

ANAIIS
DO
HOSPITAL CENTRAL
DO
EXÉRCITO

HENRIQUE VELHO
Rio de Janeiro

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

- 1.º — Cel. Dr. Antônio Pereira da Silva Guimarães — de 16-4-1890 a 3-9-1890;
- 2.º — Cel. Dr. José Porfírio de Melo Matos — de 3-9-1890 a 19-9-1898;
- 3.º — Ten. Cel. Dr. Flávio Augusto Falcão — de 19-11-1898 a 20-5-1903;
- 4.º — Ten. Cel. Dr. Raimundo de Castro — de 27-5-1903 a 1-4-1904;
- 5.º — Ten. Cel. Dr. José de Miranda Cúrio — de 9-4-1904 a 26-12-1904;
- 6.º — Ten. Cel. Dr. Ismael da Rocha — de 26-12-1904 a 1-4-1908;
- 7.º — Ten. Cel. Dr. Antônio Ferreira do Amaral — de 10-5-1909 a 31-12-1914;
- 8.º — Ten. Cel. Dr. Manuel Pedro Vieira — de 2-1-1915 a 14-12-1918;
- 9.º — Cel. Dr. Virgílio Tourinho Bitencourt — de 14-12-1918 a 15-7-1920;
- 10.º — Cel. Dr. José de Araujo Aragão Bulcão — de 15-7-1920 a 16-11-1922;
- 11.º — Cel. Dr. Antônio Nunes Bueno do Prado — de 16-12-1922 a 2-5-1923;
- 12.º — Cel. Dr. Sebastião Ivo Soares — de 16-7-1923 a 15-10-1924;
- 13.º — Cel. Dr. Alvaro Tourinho — de 15-10-1924 a 11-4-1929;
- 14.º — Cel. Dr. Manuel Petrarca de Mesquita — de 11-4-1929 a 24-1-1935;
- 15.º — Cel. Dr. Antônio Alves Cerqueira — de 11-2-1935 a 24-6-1936;
- 16.º — Cel. Dr. José Acilino de Lima — de 29-6-1936 a 12-6-1941;
- 17.º — Cel. Dr. Florêncio Carlos de Abreu Pereira — de 7-11-1941 (atual diretor).

ANAIIS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

ANO X

1945

N.º 10

S U M Á R I O

TRÊS ANOS DE ADMINISTRAÇÃO — Coronel Dr. Florêncio de Abreu	7
---	---

ASSUNTOS MÉDICO-MILITARES

A MEDICINA MILITAR NO BRASIL — Coronel Dr. Florêncio de Abreu	15
REFLEXÕES SOBRE O AMPARO AO SOLDADO ACIDENTADO — Tenente Coronel Dr. Luís de Castro Vaz Lobo da Camara Leal	21
O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E SUAS ATIVIDADES — Major Dr. Azaís de Freitas Duarte	77
O ENSINO MÉDICO-MILITAR NO BRASIL — Capitão Dr. Francisco C. Leitão	81

CLÍNICA MÉDICA

CANCER NODULAR PRIMITIVO DO FÍGADO — Capitão Dr. André de Albuquerque Filho	85
UM CASO DE BLOQUEIO SINO-AURICULAR — Capitão Dr. Francisco C. Leitão	91

CLÍNICAS CIRÚRGICA E UIRO-PROCTOLÓGICA

PERIURETRITES — Capitão Dr. João Ellentt	95
--	----

CLÍNICA DERMATO-SÍFILO-VENEREOLÓGICA

A SÍFILIS E O APARELHO CARDIO-VASCULAR — Major Dr. Alvaro de Souza Jobim	101
--	-----

CLÍNICA OFTALMO-OTO-RINO-LARINGOLÓGICA

PEDRAS SEMI-PRECIOSAS — Capitão Dr. Paulo Veloso	107
FRATURA DO TEMPORAL DIREITO — PARALISIA FACIAL — COMOÇÃO DA CÓCLEA — Capitão Dr. Olívio Vieira Filho	113

CLÍNICA NEURO-PSIQUIATRICA

SÓBRE UM CASO DE AFASIA TOTAL — Coronel Dr. Florêncio de Abreu	117
SÍNDROME DE BROWN-SEQUARD TRAUMÁTICA — Major Dr. F. P. Rodrigues Leivas e Segundo Tenente da Reserva Convocado Dr. Almir Guimarães	125

LABORATÓRIO

ÍNDICE BIOQUÍMICO DE INSUFICIÊNCIA RENAL — Major Farmacêutico Dr. Saturnino de Oliveira Filho	131
PROVAS FUNCIONAIS DO FÍGADO — Primeiro Tenente Farmacêutico Gerardo Majella Bijos	153
BIOQUÍMICA DOS PEPTÍDEOS — Primeiro Tenente Farmacêutico Paulo da Mota Lira	155

FARMÁCIA

EMULSO-CAPSULA — Capitão Farmacêutico Olyntho Luna Freire do Pillar	161
ESTATÍSTICA	163
NOTICIÁRIO	173

ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR

A CASA DO MILITAR — Coronel Dr. Florêncio de Abreu	193
RELATÓRIO DO ANO SOCIAL 1943-1944	195
ATIVIDADES DA ACADEMIA — Primeiro Tenente Farmacêutico Gerardo Majella Bijos	203
ATAS	207
SUMÁRIOS DOS "ANAIS" ANTERIORES	243
QUADRO DO PESSOAL DO H. C. E. EM MARÇO DE 1945	258

TRÊS ANOS DE ADMINISTRAÇÃO

Dr. Florêncio de Abreu

Coronel-Médico, Diretor do Hospital Central do Exército. Presidente da Academia Brasileira de Medicina Militar. Membro da Academia Nacional de Medicina.

Ao assumir a direção do Hospital Central do Exército, em 7 de novembro de 1941, o atual diretor d'êste nosocômio se impôs o ônus de uma conquista: a confiança integral do Exército no seu Hospital Central.

Transcorridos três anos dessa direção, em 7 de novembro de 1944, temos o grande prazer de registrar que o programa de administração, que havíamos traçado, foi inteiramente executado, tendo o nosso Hospital atingido os objetivos pre-estabelecidos. Além disso, a participação do Brasil no conflito mundial exigia do Hospital Central do Exército um esforço de guerra que está sendo plenamente realizado: no triênio em aprêço foram internados em nosso nosocômio 38.440 doentes, dos quais, descontados os casos de incapacidade definitiva (5,92%) e os óbitos (0,93%), bem como os doentes atualmente em tratamento (1.064), foram recuperados 34.816 doentes, o que representa uma alta percentagem de recuperação (93,15%), ainda mais apreciável em face das 4.828 intervenções cirúrgicas executadas nesse período.

Nesses três anos decorridos, além do prosseguimento e da melhoria dos serviços já existentes, foram realizadas as seguintes instalações e dotações novas:

1) — O novo Pavilhão de Oficiais foi inaugurado em 7 de Novembro de 1942, oferecendo aos seus componentes bons quartos e confortáveis apartamentos; modernas salas de cirurgia e de curativos; copa, cozinha e refeitório próprios com baixelas de metal

em banho de prata e serviço de porcelana inglesa; roupa de cama e de mesa de especial qualidade, bordada a mão; mobiliário elegante e higiênico que já tem servido de padrão — tipo H. C. E. — para outros hospitais; instalações elétricas e sinalizações luminosas das mais modernas casas de saúde.

2) — Nesse novo Pavilhão de Oficiais foi também estabelecido por proposta nossa, um serviço de **hospitalização de famílias** dos militares o qual, desde março de 1943, já internou 328 pessoas.

3) — Foi também inaugurado, em 11 de maio de 1943, um serviço de **maternidade**, no qual já nasceram 94 crianças, ou seja a média superior a 5 por mês, mais de uma por semana.

4) — O **Serviço de cirurgia** geral foi renovado e atualizado na sua instalação e em seu instrumental, tendo recebido melhores dotações, inclusive mais três mesas de cirurgia, um aparelho de anestesia por gases (protóxido de azoto), uma lâmpada Lufesco, mesas auxiliares de aço inoxidável, trépano Esculápio, mesa de Finochietto etc.

5) — O setor da **clínica médica** foi melhorado pelo acréscimo de aparelhos propedêuticos para cada uma de suas enfermarias, bem como de recursos terapêuticos mais amplos, inclusive três completas e modernas tendas MAC KESSON de oxigenoterapia.

6) — O serviço de **oftalmologia** ficou totalmente provido, inclusive um completo equipo BAUCH LOMB.

7) — O serviço de **oto-rino-laringologia** foi também completado, inclusive com uma moderna mesa-cadeira para operações da especialidade e nova aparelhagem de fisioterapia.

8) — O Pavilhão de **neuro-psiquiatria** foi acrescido de um aparelho de eletro-choque, bem como de novo aparelho produtor de correntes farádicas e galvânicas para eletro-diagnóstico.

9) — O serviço de **transfusão de sangue** foi atualizado e convenientemente instalado.

10) — Os serviços de **eletrocardiologia e metabologia** foram instalados em local mais próprio, menos influenciados por induções ou perturbações ambientais.

11) — A **radiologia** foi dotada de novo tubo de anódio giratório, além de outros pequenos melhoramentos, inclusive reforma da câmara escura.

12) — A **fisioterapia** foi aumentada de novos aparelhos de luz e calor.

13) — O Gabinete de **Mecanoterapia** foi ressuscitado no hospital não só pela reconstituição total de seus antigos e numerosos aparelhos, já considerados imprestáveis, como pela aquisição de

novos aparelhos construídos sob a orientação moderna da especialidade.

14) — O serviço de **hidroterapia** foi remodelado para aplicação de todas as modalidades de duchas.

15) — A **farmácia**, em seus diferentes serviços, recebeu vários melhoramentos e modernas aquisições, inclusive um autoclave, um destilador elétrico e uma máquina elétrica para carimbar empôlas.

16) — O **laboratório de pesquisas clínicas** foi dotado de forma a se tornar grandemente eficiente. Entre suas aquisições figuram dois novos microscópios, dos quais um binocular, um agitador e um inativador elétricos, uma balança analítica, a instalação de uma câmara escura, bem como o material necessário para o serviço de **alergia**.

17) — O **serviço odontológico** foi acrescido de mais dois gabinetes, tendo ficado convenientemente instalado um gabinete próprio e exclusivo no Pavilhão de Isolamento.

18) — O **serviço médico-legal** foi reorganizado convenientemente, dispondo agora de instalações próprias para identificação e autópsias, com câmara frigorífica de 4 compartimentos.

19) — As **juntas de saúde** do hospital ficaram instaladas razoavelmente em salas adequadas com arquivo próprio.

20) — O **pavilhão de isolamento** recebeu pintura interna total, bem como novas instalações sanitárias e higienização geral dentro das dificuldades decorrentes da velha construção, além de novo aparelho para pneumotórax.

21) — Os **antigos pavilhões** de 3 enfermarias, construídos há mais de 40 anos, receberam a higienização possível, com substituição total das instalações sanitárias do 3.º pavilhão e aproveitamento dos vãos de escadas para novos compartimentos, enquanto esperam a remodelação constante do item 43.

22) — A **secretaria** foi dotada de novo mobiliário, inclusive armários adequados ao abrigo de seus livros e arquivo de seus documentos.

23) — A **tesouraria** foi unificada em instalação adequada, recebendo melhoramentos necessários, inclusive novo mobiliário e um grande balcão tipo bancário, além de 500 fichas metálicas e uma máquina de revalidação de cheques em cruzeiros.

24) — O **almoxarifado** teve nova e condigna instalação de seu escritório, independente de seu depósito que, por sua vez, foi largamente aumentado e dotado de armários próprios para armazenamento de seus fartos estoques que, anteriormente, além de insignificantes, não tinham conveniente colocação. Foram adquiridas mais de 2.000 camas novas, modernas, muitas do tipo Fowler, com respectivos colchões e mesas de cabeceira, o que permitiu a remodelação do mobiliário de todas as enfermarias do hospital.

25) — O **aprovisionamento** recebeu melhoramentos vários e definitivos, inclusive a remodelação total da cozinha geral do Hospital, na sua instalação e nos seus fogões, caldeiras e baterias. Foram também remodelados e convenientemente providos os refeitórios de oficiais e subalternos.

26) — As **caldeiras do Hospital**, tôdas acionadas a óleo combustível, tiveram que sofrer brusca adaptação, em consequência da falta oficial desse combustível. Em poucos dias foi feita a modificação necessária em tôdas as nossas caldeiras que, desde então, passaram a funcionar a lenha.

27) — A **deficiência de água**, que foi sempre uma das grandes dificuldades do hospital e que se tornara incompatível com a extensão que tomaram os nossos serviços, está em solução definitiva com a construção de um grande reservatório subterrâneo, para 500 mil litros, com elevação, por dois motores, para uma caixa de distribuição no alto de uma torre de cimento armado. Dessa forma, o velho problema da água no Hospital Central do Exército, herdado desagradavelmente por tôdas as novas administrações, ficou resolvido não só para o momento atual como para um largo futuro.

28) — A **lavandaria** do hospital, além de melhoramentos gerais para melhor rendimento de suas máquinas, foi aumentada por novas dependências.

29) — A **rouparia** do H. C. E. foi acrescida, no período em apêço, de dotações novas, tais como : mais 2.750 cobertores, mais 10.933 pijamas, mais 7.424 pares de chinelos, mais 5.260 toalhas de rosto, mais 900 toalhas de banho, mais cerca de 10.000 fronhas, mais cerca de 10.000 lençóis, sendo que êstes têm agora as dimensões ampliadas para 2,60 m, por 1,60 m, o que lhes permite envolver fartamente os colchões a que se destinam. Foi também adquirida roupa de mesa necessária.

Anexa à rouparia foi instalada uma **sala-de-costura**, onde atualmente são desdobradas peças de fazenda adquiridas em grosso, o que redundou em apreciável economia relativamente à antiga aquisição de unidades já confeccionadas.

30) — As **oficinas** do hospital foram ampliadas e o respectivo serviço aumentado em pessoal e material para melhor atender às necessidades hospitalares de carpintaria, correaria, pintura, colchoaria, restaurações, oficina mecânica e outras.

31) — O **serviço de transporte**, muito onerado em virtude de terem sido atribuídos ao H. C. E. todos os transportes de doentes militares e famílias na zona urbana do Distrito Federal, além dos transportes necessários aos suprimentos diários do hospital, tem exigido grande cuidado da administração que, por outro lado, se esforça por equilibrar as exigências do serviço com a quota de

combustível que lhe é fornecida. Para poder atender ao vulto enorme desse serviço foi feita aquisição de mais um auto-ambulância bem como de outro carro de transporte, e um novo caminhão de carga, além do aproveitamento do chassi de um velho carro que foi transformado em caminhonete.

32) — O **necrotério** foi modificado, dispondo agora de compartimentos separados para oficiais, sargentos e soldados, com instalações sanitárias correspondentes, além de pequeno serviço anexo (café etc.).

33) — A **Biblioteca** foi acrescida de vários volumes de medicina, cirurgia, especialidades, lições de cousas e literatura, acessíveis a todos os que trabalham no hospital bem como à boa leitura dos doentes internados.

34) — O **hall do Pavilhão Central**, além de mobília adequada, recebeu reforma total em sua cúpula.

35) — O **centro telefônico** foi melhorado.

36) — As **barbearias** de oficiais e de praças tiveram novas e melhores instalações.

37) — O **apartamento do médico-de-dia** passou para o Pavilhão Central, com instalações de relativo conforto, dispondo de mais um quarto destinado a alojar gratuitamente os colegas que vêm a serviço a esta Capital.

38) — O **apartamento do farmacêutico-de-dia** foi dotado de mobília nova, além de outros melhoramentos.

39) — Os **gabinetes do diretor** e do **sub-diretor** receberam instalações sanitárias próprias. A sub-diretoria e a ajudância também foram dotadas de novo mobiliário.

40) — O **vestiário dos oficiais** foi melhorado não só pela ventilação individual de cada armário como pela instalação de banheiro e melhores dependências sanitárias.

41) — Uma **sala dos oficiais** foi instalada com agradável conforto, leitura variada, aparelho rádio-receptor etc.

42) — Um **centro de estudos dos enfermeiros** foi criado e convenientemente instalado.

43) — Além do que foi realizado nesses três anos de administração, a atual diretoria do H. C. E. apresentou ao Exmo. Sr. Ministro da Guerra, em julho de 1943, um **projeto de execução sucessiva de obras**, sem prejuízo do funcionamento normal do hospital, mercê do qual, se realizado, o Hospital Central do Exército, além de ficar em condições de internar também as famílias dos sargentos em pavilhão próprio, inclusive maternidade, terá seu conjunto hospitalar modernizado convenientemente e em situação

de duplicar sua capacidade geral de hospitalização. Esse plano de obras é o seguinte :

**PROGRAMA DE OBRAS A EXECUTAR NO
HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO**

(por ordem sucessiva de urgência, sem prejuizo dos serviços hospitalares atuais).

OBRAS A EXECUTAR	Orçamento (aproximado)	
	Construção	Instalações
	Cr\$	
I — Melhoramentos no PAVILHÃO DE ISOLAMENTO, conforme croquis A	200.000,00	100.000,00
II — Construção de um novo pavilhão para o BLOCO CIRÚRGICO, conforme croquis B .	5.000.000,00	1.000.000,00
III — Construção de um segundo pavimento no 4.º pavilhão, que será o PAVILHÃO DE SARGENTOS e suas famílias, conforme croquis C ...	900.000,00	500.000,00
IV — Construção de um segundo pavimento no 2.º PAVILHÃO, conforme croquis D	500.000,00	300.000,00
V — Construção de um 2.º pavimento no 1.º PAVILHÃO, conforme croquis D	500.000,00	300.000,00
VI — Construção de um segundo pavimento no 3.º PAVILHÃO, conforme croquis E	500.000,00	300.000,00
VII — Adaptação do atual Gabinete de Vias Urinarias (G. V. U.) para CENTRO DE TRATAMENTO DA SÍFILIS (C. T. S.) conforme croquis F	50.000,00	100.000,00

VIII — Construção de um segundo pavimento no PAVILHÃO DO CORPO DA GUARDA, conforme croquis G	250.000,00	150.000,00
IX — Construção de um segundo pavimento no PAVILHÃO DA PORTARIA, conforme croquis H	250.000,00	100.000,00
X — Ampliação de OFICINAS E GARAGES, conforme croquis I	250.000,00	150.000,00
XI — Calçamento e melhoramento do PARQUE DO HOSPITAL	100.000,00	—
XII — PINTURA GERAL interna e externa de todo o Hospital e reaparelhamento dos Serviços antigos	500.000,00	500.000,00
Soma	9.000.000,00	3.500.000,00
Total	Cr\$ 12.500.000,00	

Não somente no tocante às suas instalações, o Hospital Central do Exército passou por sucessivas renovações no transcurso dos três anos decorridos. Para que um estabelecimento idôneo realize integralmente seus objetivos é mister que o pessoal executante seja cuidadosamente selecionado. Com o decorrer do tempo a diretoria foi concretizando a seleção do pessoal conveniente ao Hospital Central do Exército onde, insofismavelmente, os doentes que lhe são confiados, oficiais, praças e civis, homens e senhoras, maiores e menores, deverão encontrar o melhor que a Nação lhes possa dar.

O pessoal que atualmente trabalha neste nosocômio está a altura de suas responsabilidades.

A esses companheiros de trabalho, à sua capacidade de ação e ao seu devotamento, mais do que ao esforço pessoal desta diretoria, deve este Estabelecimento sua situação atual.

Agradeço-lhes muito cordialmente todo o acervo de trabalho sistemático realizado conscienciosamente neste grande hospital do Exército e da Nação.

Assuntos Médicos-Militares

A MEDICINA MILITAR NO BRASIL

Dr. Florêncio de Abreu

Coronel-Médico, Diretor do Hospital Central do Exército. Presidente da Academia Brasileira de Medicina Militar. Membro da Academia Nacional de Medicina.

A "Hora Médica do Brasil", organização de radiodifusão e intercâmbio científico entre profissionais da medicina, resolveu convocar ao seu microfone alguns médicos do Exército, para as irradiações de novembro, especialmente destinadas aos colegas do interior do País. Culminando a gentileza de sua cordial intenção, determinou que a série fosse aberta pelo diretor do Hospital Central do Exército que neste momento tem a honra de se dirigir aos médicos de todos os recantos da terra brasileira para lhes informar, em rápida síntese, sobre a evolução da medicina militar no Brasil.

Do período colonial não há notícia idônea de organização sistemática do serviço de saúde militar. Pelos poucos documentos que se lhe referem, sabe-se de um serviço rudimentar, mantido longamente nos regimentos ou batalhões da época, apurando-se, entretanto, que já em 1763 havia na Corte um hospital militar que, alguns anos depois, foi instalado num antigo colégio de Jesuítas no Morro do Castelo. Posteriormente, à feição dêsse primeiro hospital do Exército, foram estabelecidos "hospitais gerais" em algumas Províncias. Um fato, porém, é digno de nota, em face

Irradiada na "Hora Médica", em 5 de novembro de 1943.

dos conhecimentos médicos da época: a criação, em 1805, de uma "Escola anatômica-cirúrgica e médica", anexa ao Hospital Militar do Morro do Castelo. Essa Escola foi a primeira-instância de um organismo didático cuja maturidade é hoje a Faculdade Nacional de Medicina.

Os primeiros anos do Brasil independente não foram pródigos para a medicina militar. Ao contrário, algumas conquistas anteriores foram revogadas, com a extinção dos "hospitais gerais" e até mesmo do Hospital da Corte. Só depois de 1840 essa mentalidade começou a se modificar, tendo sido, por Decreto de 25 de novembro de 1844, restabelecido o antigo Hospital Militar do Morro do Castelo. Em 1849, afinal, foi decretada a primeira organização regular do Serviço de Saúde do Exército, modificada, melhorada e especialmente regulamentada em 7 de março de 1857, pelo Marquês de Caxias, então Ministro da Guerra. Ainda assim, entretanto, eram grandes as falhas da organização, notadamente no tocante ao material sanitário, como bem evidenciou o doloroso período da guerra com o Paraguai.

O advento da República no Brasil trouxe vida nova para o Serviço de Saúde do Exército que, por um Decreto de 22 de março de 1890, além da normalização dos seus quadros, teve a criação de seu Hospital Central e de muitos outros Hospitais Militares localizados em diferentes pontos do território nacional.

Entretanto, em verdade, o conceito generalizado no Brasil, ainda há vinte anos, não era favorável ao médico militar. Até então, realmente, constituíam exceções os médicos do Exército, cuja cultura profissional podia figurar entre os maiores da medicina brasileira; em oposição, uma maioria impressionante enfileirava-se na coorte dos médicos patricios, militares e civis, que se deixam vencer precocemente, abeirando-se à margem da evolução profissional, acomodados à feição e à rotina do funcionário amparado pela folha mensal de vencimentos. Nós éramos assim, então.

Há vinte anos, porém, empreendemos a renovação dessa mentalidade. A minha geração de capitães-médicos, já com cerca de dez anos de patrimônio clínico, iniciou a reação benéfica. Plêiade de profissionais estudiosos, conquistámos em todas as Faculdades de Medicina e Institutos do Brasil os lugares de assistentes militares às diferentes clínicas e aos serviços médicos; membros das associações médicas nacionais, levámos aos respectivos plenários, submetendo-os ao debate amplo, as observações dos nossos hospitais e os resultados dos nossos trabalhos; professores da Escola de Saúde do Exército, tivemos a preocupação de ministrar aos nossos alunos-médicos o ensino idôneo da medicina atual aplicada a essa Escola, verdadeira triagem de seleção certamente das mais severas dentre as congêneres em nosso País. Em breve tempo

conseguimos evidenciar em nosso meio o contraste com os menos capazes dos quais alguns, estimulados pelo bom exemplo, procuraram subir para vencer, enquanto outros, sentindo-se deslocados nesse novo ambiente que se estabeleceu no Corpo de Saúde do Exército, dêle se afastaram ou vêm se afastando honestamente.

As conseqüências de tal renovação, no transcurso desses vinte anos, foram realmente satisfatórios. Desde logo alguns médicos militares, injustamente catalogados no conceito geral daquela época, tiveram oportunidade de sublinhar sua presença quando assistentes das Faculdades de Medicina: um deles, decorrido apenas um ano de sua assistência militar à cátedra do Prof. Henrique Roxo, na Faculdade Nacional de Medicina, foi elevado à chefia de clínica numa interinidade então ocorrente; sucessivamente outros médicos militares, em concorrência com seus colegas civis, obtiveram galardão idêntico, como aconteceu na cadeira do Prof. Clementino Fraga, na mesma Faculdade, e junto ao Prof. Guerra Blassmann numa das clínicas cirúrgicas da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Na mesma época, em concurso memorável para a Fundação Gaffrée-Guinle, disputado por centenas de candidatos, entre os quais alguns nomes de reconhecido valor, dois médicos militares obtinham os dois primeiros lugares. A partir de então, numerosos médicos militares conquistaram e vêm conquistando a docência livre nas Faculdades brasileiras. E, afinal, pela larga porta do escrutínio, já somos recebidos na douda Academia Nacional de Medicina, cenáculo máximo da profissão médica no Brasil.

A evolução que se tem operado na medicina militar brasileira chega mesmo a nos permitir atualmente pequeninas vaidades profissionais no tocante à produção concreta. Nós somos assim, agora.

A demografia sanitária militar no Brasil já merece referência. O Hospital Central do Exército, nosso principal nosocômio, onde, no rodizio de cada ano, são internados cerca de doze mil doentes, avançou progressivamente nos últimos anos até 94% de recuperados "ad integrum". Para quem conhece as estatísticas habituais de recuperação hospitalar, tais resultados são dignos de registro.

Ainda no cômputo das pequenas vaidades que já agora nos permitimos, está a produção dos nossos laboratórios, especialmente as nossas vacinas, que praticamente acabaram com as epidemias no Exército, e estão as criações brasileiras no Serviço de Saúde em Campanha, cujo conhecimento foi ministrado nos Cursos de Emergência de Medicina Militar para médicos civis.

Ao terminar esta rápida resenha sobre a evolução da medicina militar em nosso País, permito-me recordar aos médicos do Brasil que tem sido deveras notável a contribuição dos médicos militares

na história das conquistas científicas de benefícios para a humanidade.

Médico militar foi Ambroise Paré, iniciador da ligadura das artérias, criador da cirurgia de guerra, pai da cirurgia moderna.

Médico militar foi Larrey, herói anônimo das campanhas napoleônicas e sábio precursor da esterilização.

Médico militar foi Laveran, descobridor do agente do impaludismo; médico militar foi Ronald Ross, prêmio Nobel de sua época por sua descoberta da transmissão da malária pelo mosquito; e a obra de Laveran e de Ross, na sua continuidade e nas suas consequências, condicionando a profilaxia do fantasma palustre, saneando terras e populações em toda a superfície do Globo, foi que reconquistou a vida de populações perdidas e de terras abandonadas e que decidiu da abertura dos grandes canais de Suez e do Panamá, entre continentes e oceanos, facilitando a expansão econômica do mundo.

Médicos militares foram Loeffler e Behring, cujos estudos e vitórias sobre a difteria vêm restituindo a saúde e a vida a centenas de milhares de seres humanos.

Médico militar foi David Bruce, que identificou o tripanozoma produtor da doença do sono e seu terrível vector — a mosca *tsetse* —, além de ter caracterizado doenças que, em sua homenagem, tomaram o nome de bruceloses, descobrimentos que induziram medidas profiláticas salvadoras de enorme populações humanas e numerosos rebanhos bovinos.

Médico militar foi Walter Reed que, retomando a idéia de Finlay, estabeleceu a veiculação da febre amarela pelo estegomia, determinando com isso o extermínio da doença em todo o mundo, inclusive no Brasil, onde, pela mão de Oswaldo Cruz, o desaparecimento de tão grande flagelo, além de salvar milhares de vidas brasileiras, abriu os portos nacionais ao comércio mundial, um dos fatores econômicos mais ponderáveis do nosso progresso.

Médicos militares foram brasileiros ilustres: Soares de Mello, fundador e por quatro vezes presidente da Academia Nacional de Medicina; o conselheiro Manuel Feliciano de Carvalho e o visconde de Souza Fontes, ambos professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ambos notáveis pelo saber e pela elevação; João Severiano da Fonseca, médico de renome, historiador e erudito, atual patrono do Corpo de Saúde do Exército — todos eles membros preeminentes da Academia Nacional, quando Imperial de Medicina, no decorrer do século 19.

Médico militar foi Francisco de Castro, mestre dos mais completos da medicina brasileira, grande entre os maiores da nossa

profissão em cujo exercício trocou a farda do militar pela beca do professor.

Médicos militares sereis todos vós, meus caros colegas, se a guerra do Brasil o exigir. E nós, os mais antigos nesta árdua modalidade da nossa profissão, nós vos receberemos, nessa emergência, com fraternal simpatia, cheios de confiança na vossa colaboração e na vossa capacidade, para juntos recuperarmos os efetivos das nossas tropas, para lutarmos juntos a luta áspera e ingrata dos médicos em campanha, para vencermos juntos as batalhas da medicina militar que são as que conduzem à vitória da Pátria, ao bem da Humanidade e à graça de Deus.

REFLEXÕES SOBRE O AMPARO AO SOLDADO ACIDENTADO (*)

Dr. Luís de Castro Vaz Lobo da Câmara Leal
Tenente-Coronel

CONCEITOS MÉDICO-SOCIAIS

I) — CONSIDERAÇÕES GERAIS

Preocupado, pela adaptação conscienciosa, conseqüentemente regular e profícua, dos meios de amparo aos soldados acidentados durante o tempo de serviço nas fileiras do Exército, fizemos estudos especiais de nossas leis atuais e das que ainda regem a proteção, nas mesmas circunstâncias, aos soldados estrangeiros.

Sentimos em muitas legislações o pouco e o nada de consideração devida aos pobres defensores da Pátria, mesmo, após lutas de longos anos, que deixaram experiência e fácil orientação para perfeita legislação à respeito.

O Brasil, nação nova, certamente possuído de sentimento de caridade, exuberante, oportuno, tão próprio da raça latina, que fala mais pelo coração, de longos anos, desde as lutas coloniais, nas batalhas da independência, nas guerras orientais, na ingrata luta contra o Paraguai, nas convulsões intestinas, procurou sempre dar aos defensores do solo nacional ou do governo legal, o carinhoso amparo aos inválidos, e muitas vezes até os rebeldes cobertos com a anistia geral.

(*) Tese com que ingressou, como membro titular, na Academia Brasileira de Medicina Militar, cuja cadeira ali ocupou com raro brilho, tendo prematuramente falecido meses após.

Mas esse amparo não teve base técnica e daí a confusão e algumas injustiças.

Não houve também defesa do erário público e não se procurou ajustá-la a desigualdades de capacidades constatadas.

O reconhecimento das incapacidades foi amplo e assim permanece. O soldado sem alguns dedos da mão tem o mesmo amparo de outro que perdeu um membro inteiro.

Eis como se prejudica o tesouro publico, e daí a razão de se formularem guias indicativos das capacidades restantes, que venham, com justiça, taxar o quantitativo de proteção dentro da relatividade das lesões apresentadas e julgadas criteriosamente.

E esse amparo deve, de fato, ser distribuído pela Nação, sob vigilância direta do Serviço de Saúde das Forças Armadas, para não deixá-lo a iniciativas particulares, de mentalidade oscilante, perigosamente influenciada, muitas vezes, pelas agitações políticas do momento.

Antes que terminem as perturbações sociais motivadas pela catástrofe mundial, que parece nos arrastar para a defesa da democracia e da nossa liberdade, não é demais um estudo pelos incapazes de guerra.

As alterações sociais de após guerra completarão os meios de proteção, condicionando-os à situação, e a Nação não deixará seus mutilados na pobreza, mas confortando-os, com dignidade, minorará seus sofrimentos, tornando o regresso à vida pública sem diminuição moral, em auréola de respeito, cercados das bênçãos de seus irmãos que reconhecem ainda neles, ao lado dessa dignidade, o herói cinzelado com as máculas da refrega que ostentam em suas carnes.

Não poderá existir o julgamento antiquado da capacidade integral, não reconhecendo diferença entre o inválido absoluto e os incapazes temporários e parciais definitivos.

Além do amparo, estudado em geral, uma outra modalidade, remunerada, pro labore, poderá ser executada, a de reeducação e, posteriormente, distribuição dos incapazes definitivos em Estabelecimentos Fabris, para trabalhos cientificamente dirigidos, dentro das suas capacidades restantes.

Desfeita a desigualdade e ainda reconhecidos os acidentes de ato de serviço e os de durante o serviço, poder-se-á pois estandarizar a proteção, em graus rigorosos de incapacidade, formando corpos de inativos absolutos e relativos, recebendo a majoração de vencimentos tabelados pela produção que apresentarem estes últimos.

A civilização conduz a sociedade para leis ajustadas e o meio militar, neste caso de grande simpatia, não fugirá desta benéfica influência.

Os "Estatutos dos Militares", Decreto-Lei n.º 3.864, de 24 de Novembro de 1941, e a "Lei de Inatividade", Decreto-Lei n.º 3.940, de 16 de Dezembro de 1941, determinam modos de auxilio aos acidentados e doentes incapacitados e invalidados no serviço, e nós, para elles, podemos indicar um tabelamento especial de reconhecimento de incapacidades, sem prejudicá-los, e mais, lembrar reeducações físicas, dentro ainda do Exército, que conservem a dignidade do militar, quando afastado de toda e qualquer atividade.

Sabido que se cogita da extinção do Asilo de Invalidos da Pátria, forçosa é a adaptação dos incapazes ao serviço, não se esquecendo que à farda se deve respeito, e ao individuo vitimado no cumprimento do dever, a gratidão comovida.

A situação econômica nacional induzirá o reformado para nova melhoria de vida, e o Estado deverá acolhê-lo com interesse, re-comfortando-o e preparado para mais amenos dias do futuro.

Estudos de pensões, de reformas, de fundação de Caixas econômicas, ao lado das modalidades supra mencionadas, foram especialmente feitos no ministério Leite de Castro, pelo Dr. Álvaro Tourinho, General Diretor de Saúde, e seus auxiliares, Carlos Eugênio Guimarães, Florêncio de Abreu e Arnaldo Serqueira, e agora pelo chefe da secção técnica da D. S. E., Cel. Dr. Haddock Lobo e seu sub-chefe Dr. Câmara Leal.

A alteração racional nas normas das leis nacionais e estrangeiras, quanto ao reconhecimento variável da incapacidade e a regularização dos meios imediatos e posteriores de amparo do Estado, impõe-se e justifica este pequeno trabalho, sujeito, como todos, às inovações determinadas pela atualidade, pelas exigências do progresso, de novas leis de trabalho.

II) — CAUSAS DO ESTUDO

Os civis, trabalhadores e operários de nossos Arsenais e demais Estabelecimentos, estão contemplados pela Lei de Acidentes de Trabalho, com inteligentes dispositivos e tabelas, e porisso, um guia indicativo de invalidez para o soldado, vitimado no extenso período de convocação ao da baixa, se faz indispensável.

A legislação atual de proteção direta na aceitação de uma só incapacidade absoluta, cercada por falhas e indecisões, não satisfaz ao espírito magnânimo do brasileiro e desfalca a economia nacional.

A civilização moderna estandariza a incapacidade, o que é racional.

A assistência do Estado precisa ser relativa à incapacidade ocasionada e às condições sociais e físicas do individuo no momento do acidente.

Para os que são amparados pelo Estado, após processo de incapacidade, um trabalho dentro de suas possibilidades, que au-

mente seus rendimentos, que melhore a situação do indivíduo e que diminua o encargo do Estado, é nobre, é patriótico.

A Diretoria do Serviço de Saúde, vigilante pelo seu Conselho de Arbitragem, composto exclusivamente por médicos especializados, dará a orientação do trabalho e as formas de assistência médico-social.

Para perfeita organização do Departamento de Assistência e amparo legal e justo às partes, com as finalidades acima apreciadas, torna-se necessária, preliminarmente, uma revisão completa do corpo de inativos.

III) — CANDIDATOS AO AMPARO

São candidatos ao amparo da Nação todos os soldados que, feridos ou doentes em ato de serviço, na paz ou na guerra, se tornarem incapazes.

Os acidentados de ato de serviço, mais raros que os acidentados durante o serviço, devem ser distinguidos com melhor classificação na tabela geral.

As vítimas de moléstias independentes de ato de serviço e os que passam para a inatividade por outras causas não são candidatos à apreciação de incapacidade tabelada, que dá regalias posteriores.

Os candidatos ao amparo, submetidos nas Unidades ou Guarnições à J. M. S., de início, serão examinados pelos Conselhos de Arbitragens, Central ou Regional, que classificarão a capacidade restante de cada um.

Todo o candidato ao amparo do Estado provará seu estado de acidentado com documentos sanitários: a) ficha de evacuação em campanha; b) ficha de tratamento em zona de campanha; c) documento de baixa em nosocômio de retaguarda; d) documento de tratamento em hospital de zona militar no interior; e) atestado de origem; f) inquérito sanitário de origem.

Todos estes documentos entrarão, na ocasião de prova no Conselho de Arbitragem, devidamente controlados na vigência do tratamento, por J. M. S., composta por três médicos militares da ativa, juntos à ata de inspeção de saúde que positivou a incapacidade do requerente.

Quando desincorporadas, as praças acidentadas, que tiverem seus males agravados dentro de seis meses, poderão pedir o amparo legal, e uma J. M. S., após Inquérito Sanitário de Origem, fará as classificações de capacidades restantes indicadas pela Tabela.

No período de convocação, se acidentados, terão os cidadãos as regalias de incorporados efetivos.

Nos casos de falecimentos, as indenizações de direito serão estudadas de modo especial.

Para todas as providências sanitárias é indispensável a prova de identidade individual oficial.

E com estas credenciais serão satisfeitas as partes, pela justiça rápida e sempre atenta no ponto de vista médico-jurídico.

IV) — TABELAS PARA AMPARO

Em nosso Exército, pelo que nos fornecem os Arquivos, não existem tabelas de incapacidades.

O Estado, no entanto, jamais abandonou seus mutilados. Deulhes sempre assistência compatível com seus orçamentos, ora por meio de pensões e reformas, ora pela internação no A. I. P.

E para regularizar a situação desses beneméritos servidores públicos é que também cogitamos dessa regulamentação, visando concentrá-los, mediante relação das suas capacidades restantes, dando-lhes afazeres condignos.

Feita a tabela de incapacidades e aproveitadas as capacidades restantes, em trabalhos da indústria militar ou de outros serviços, afastaremos a preguiça oficial, a depravação física e moral, que aniquilam por completo o indivíduo.

A instabilidade monetária nos obriga a pensar no aproveitamento das capacidades restantes, desprezando a indenização fixa aos acidentados.

Devemos pensar na invalidez sob o ponto de vista físico (E. Unidos), como também sob o de vista econômico (Alemanha, Polônia, França).

A recuperação física e econômica nos lembra a possibilidade da formação de um capital especial, extra-vencimentos para uma "carteira de acidentes", no orçamento da guerra, com vida autônoma.

Com estas bases financeiras poderão ser discutidas as tabelas indicativas de incapacidades.

Podemos pensar, em tese, três incapacidades: 1) a total e permanente, por conseguinte absoluta; 2) a total transitória, com tendência a melhoras, e daí passando à incapacidade relativa permanente; 3) a incapacidade relativa permanente.

O amparo do Estado não se limita ao período final de remuneração, começa na assistência hospitalar.

A verificação das capacidades restantes, como a averiguação das capacidades, total permanente e total transitória, ficarão positivadas no guia que propomos, no capítulo XII, e que foi estudado dentro da legislação brasileira, e orientado pelo Decreto de 24 de

Maio de 1939, do Regulamento da Administração Pública da França, sem no entanto tocar nos direitos autorais desse país.

V) — CONSIDERAÇÕES SOBRE O DECRETO N.º 24.637, DE 10-III-1934, EM VIGOR

Estabeleceu esse Decreto, sob novos moldes, as obrigações resultantes dos acidentes de trabalho e dá outras providências, que pouco diferem da nossa tabela geral.

No seu artigo 14, — declara, — que a indenização será calculada segundo a gravidade das consequências do acidente assim classificadas: a) morte; b) incapacidade permanente e total; c) incapacidade permanente e parcial; d) incapacidade temporária e total; e) incapacidade temporária e parcial.

No seu artigo 15, diz entender-se por incapacidade permanente e total a invalidez absoluta e incurável para qualquer serviço, e no seu parágrafo único esclarece, serem casos de incapacidade total e permanente: a) alienação mental incurável; b) perda ou impotência funcional, em suas partes essenciais, de ambos os membros, quer superiores, quer inferiores; c) perda ou impotência funcional, em suas partes essenciais, de membro superior e outro; d) cegueira de ambos os olhos, com ou sem perda dos órgãos; e) cegueira de um olho, com ou sem perda do órgão e diminuição importante da capacidade visual do outro; f) lesão irreparável do sistema nervoso ou de um dos aparelhos, circulatório, respiratório, digestivo e gênito-urinário, conforme o grau.

A incapacidade temporária e total é reconhecida no artigo 16, como a que afasta o empregado de qualquer trabalho, durante certo tempo, e o parágrafo único desse artigo diz que sempre que durar mais de um ano a incapacidade temporária parcial ou total será considerada permanente, parcial ou total, cessando, em tal caso, com o pagamento da indenização devida, e encargo de prestação de tratamento médico, farmacêutico e hospitalar.

O artigo 17 entende por incapacidade permanente e parcial a diminuição, por toda a vida, da capacidade de trabalho do empregado.

Ainda entende o artigo 18 por incapacidade temporária e parcial a diminuição de capacidade de trabalho do empregado durante certo tempo, sem que o impossibilite de exercer qualquer trabalho.

Nestas condições foi traçado o nosso quadro de incapacidades.

O nosso primeiro grau, invalidez, (total-permanente-absoluta) correspondente ao que diz o artigo 15.

A nossa incapacidade total e transitória, que impossibilita o soldado de exercer qualquer serviço durante certo tempo, corresponde ao que preceitua o artigo 16.

A incapacidade relativa permanente, por nós colocada em última escala, corresponde ao artigo 17, isto é, diminuição permanente de capacidade de trabalho.

Esta capacidade é a que pode ser estandarizada com mais detalhes, para melhor distribuição dos benefícios da Lei.

A morte corresponde a indenização total, condicionada à posição social e econômica do soldado no momento do acidente.

VI) — A LEI DO TRABALHO E OS READAPTADOS DO EXÉRCITO

Diz o artigo 113, n.º 1, da Constituição: "todos são iguais perante a Lei".

No caso, porém, não se trata de operários propriamente ditos, e por isso não poderá haver sindicalização, e ainda por isso, a Justiça do Trabalho, autônoma e especial, não pode intervir nesta espécie de operário de proteção já adquirida do Estado, na invalidez reconhecida, pela reforma e asilamento, e no momento com proteção maior, com remuneração **pro labore**.

Este operariado, gratificado de acordo com o restante de sua capacidade, é higienizado pelo trabalho, moral e fisicamente.

Acabarão o ócio prejudicial para o indivíduo e para a prole.

O inválido absoluto está logicamente isento desse trabalho, mas terá amparo direto pela sua inatividade, oriunda do serviço à Pátria, computado no momento em que se der o acidente que o incapacitou e pelos filhos menores legítimos que possuir.

O Decreto n.º 21.396, de 12 de Maio de 1932, que tornou obrigatória a sindicalização, teve em vista proteger o indivíduo originariamente operário válido, e não o "inválido operário".

Não se trata de uma restrição aos dispositivos constitucionais, pois o trabalho regulado por diretivas internas encontrou o indivíduo em terreno de vida pública, em condições especiais de receber um adendo protecional que não caracteriza mais um direito, mas sim uma benevolência, que possa ressarcir alguns efeitos de legislação de amparo.

Cogita-se de uma atividade lícita, com fins econômicos, porém não se organiza uma nova profissão pública, de indivíduo livre.

Organiza-se uma função, de pleno direito, de proteção ampliada a indivíduo já amparado pela União.

Regula-se um trabalho de restos de capacidade de pessoas pagas pelo Estado.

Os sindicatos são órgãos de defesa profissional, e, no caso, a União é o principal órgão de defesa do novo elemento produtor.

"Os sindicatos não entram na economia dos poderes do Estado", e, por dependerem do reconhecimento do mesmo, não podem cogitar dessa nova espécie de operariado.

Dai a situação privilegiada dêsse novo corpo de operários, evidentemente inatingidos pela Justiça do Trabalho, que poderia servir de entrave à execução de tão benemérito plano, se não fossem levantadas as presentes questões, que salientam a possibilidade de sua formação sem liames a um poder especial da Justiça Nacional.

Mais ainda apreciada se torna a situação privilegiada dêsses neo-operários, tendo-os sob guarda e direção de médicos militares afeitos ao mister.

VII) — CONSELHO PERMANENTE DE ARBITRAGEM

Para que a assistência do Estado seja inteligente e produtora, vigilante e justa, e sem ônus, poderá ser criado o "CONSELHO PERMANENTE DE ARBITRAGEM", composto de cinco médicos militares especialistas.

Estudarão e dividirão os indivíduos para os vários misteres, na conformidade da capacidade restante.

Uma caderneta sanitária conterá as alterações nos meios operários.

Não haverá direito de sindicato.

Os serviços industriais serão subordinados às diretrizes e instruções do Governo.

Os peritos estabelecerão os conteúdos dos regulamentos dos estabelecimentos e dos contratos individuais, se os houver.

A fixação das condições de trabalho é feita pelo Presidente do Conselho de Arbitragem, após consulta dos restantes membros.

Dos regulamentos e regimentos sairão "as condições mínimas de maneira a deixar margem para que cada membro do pessoal possa ser indenizado segundo o seu rendimento".

"Só a Lei pode personalizar, na ordem pública ou na ordem privada, agrupamentos humanos em redor de certos patrimônios ou de comunidades de interesses".

É o Estado que pode dar certa autonomia para realizações, com maior eficiência dos serviços.

Os invalidados contemplados continuam com a mesma natureza jurídica que tinham no momento de receber a nova delegação, não perdem a sua personalidade, não sofrem diminuição de seus direitos, continuam como parte integrante do Estado (Isidoro de Lunas — Un. Milão).

em Lei.

A atividade relativa, remunerada, tutelada pelo Estado, exercitando funções de interesse coletivo, é meio de saneamento físico e mental.

A reforma é uma conquista moral e médica.

As reclamações determinantes de possíveis litígios serão dirigidas pelos intermédios, por escrito, à Comissão de Arbitragem.

A decisão, circunscrita a uma única instância, é irrecorrível.

A agravação do estado de incapacidade será apreciada pela Comissão de Arbitragem e a vítima terá a majoração estipulada

VIII) — ESTUDO GERAL DO AMPARO NO ESTRANGEIRO

As reflexões sobre a Lei de Pensões, de Mazel, de Lyon, Pounné de Val de Grace e Rechoux, apreciam o seu destaque moral e jurídico logo após a grande guerra, esclarecendo os ajustamentos necessários.

Partem do princípio que considera indispensável a prova em acidente, aceitando que esta se modifica ante as leis comuns e as leis sociais e daí as variantes de relação de causa e efeito entre o fato acidental e a incapacidade atingida pelo indivíduo.

No meio militar aprecia-se melhor a incapacidade após a desmobilização, isto é, no momento da reintegração do indivíduo no meio social, cujo ambiente moral e econômico é sensivelmente diferente e, muitas vezes, apavorante, de reflexo marcante, que pode prejudicar em absoluto o lar e o meio civil.

Depois de lutas, guerras ou perturbações internas faz-se sentir melhor a desambientação dos mutilados, dos incapazes.

É verdade que o militar é remunerado; isto porém não quer dizer que abdique ele dos amparos pelo tempo de bons serviços prestados e pelos acidentes sofridos ou moléstias contraídas.

Em tudo, porém, lógica é a classificação das incapacidades, quer haja indenização direta, imediata, quer se cogite de novo amparo em majoração.

As taxas de invalidez devem ser fixadas por barêmes do qual não devemos nos afastar, senão excepcionalmente.

Os inválidos de guerra devem ter percentagem mais favorável.

No artigo 5, lei de março de 1939, França, lê-se: "Toutes les maladies contractées chez un militaire ou marin pendant le période où est incorporé, ou pendant les six mois ont suivi son renvoi dans les foyers, sont presumées avoir été contractées ou aggravées, par suite des fatigues, dangers ou accidents de service".

São exigidas provas cabais para execução dêste artigo, eis porque se torna restrito o campo de sua aplicação.

Os arquivos de guerra, de formações sanitárias, de hospitais, para a prova dos fatos, devem ser revolidos.

A simples interpretação de doutrinas médicas não basta para destruir a prescrição de benefícios.

Discute o Estado na defesa do seu erário, e prova o candidato ao amparo do Estado os seus direitos, pelo acidente ou doença contraidos na ocasião de serviço.

A generosidade é uma manifestação do reconhecimento da Nação aos militares vitimados.

A prova de origem, pelas evacuações contínuas, e muitas vezes pelo retorno à frente, como recuperados forçados, perde-se, e daí, muitas vezes, a inexistência de compromisso do Estado para com os seus defensores.

Torna-se necessário benevolência na exigência das provas de documento sanitário de origem.

Admite-se, ainda, na França, para os militares, a equivalência de origem direta e de aprovação (Jude — 1922).

Justificam-se os atos liberais de mais de cinco anos de prazo para solicitação do amparo do Estado, principalmente nos períodos posteriores à guerra, compreendendo-se as manifestações tardias de perturbações funcionais.

O abuso deve ser abolido, e passando dilatado tempo de prova, só o I. S. O. obrigará a apreciação dos pedidos de amparo do Estado.

Os atestados graciosos devem ser regeitados, e punidos os atestantes.

Os autores franceses, ainda interpretando até a lei de 5-IV-932, discutem os ferimentos de guerra diretos e os outros apenas recebidos em serviço de guerra.

Continuando em apreciações, os autores opinam pela revisão metódica das pensões, para corrigir erros possíveis e tornar mais saliente a diferença entre as moléstias contraidas por combatentes autênticos e os restantes mobilizados.

E para que não haja injustiças na orientação da pensão, os autores fazem menção especial aos exames de incorporação, às alterações sanitárias devidamente lançadas em fichário.

Terminam os comentadores expondo a situação dos tuberculosos, que, em qualquer manifestação da moléstia, recebem o máximo de amparo.

A caderneta sanitária, já proposta para o Exército, pode resolver, com justiça, muitos casos de assistência do Estado.

A caderneta sanitária é ficha zeladora dos interesses da União, e para isso deve ser iniciada no primeiro dia de contacto oficial do individuo com as corporações armadas.

Estudando em seguida as várias legislações de amparo aos mutilados de guerra e invalidados outros nos múltiplos serviços das forças armadas, em nações de valor militar comprovado, passamos a expor o que se faz na Inglaterra.

INGLATERRA.

Esta poderosa e rica Nação, antes da grande guerra, não possuía organização oficial de amparo. A assistência era toda particular. Só em 1915 appareceu a centralização do socorro oficial.

Em anos sucessivos foram melhorando as condições de assistência, até que, no fim da guerra, o Ministério do Trabalho se preocupou com a situação de seis milhões de oficiais e soldados das forças civis temporariamente incorporados para a guerra, de volta à atividade civil.

O Ministério das Pensões continuou a assegurar o tratamento médico ou cirúrgico dos inválidos para diminuir a "chomage" física causada pela guerra antes da reinstalação à vida civil e regulamentação definitiva autorizando a invalidez real.

Longo período de assistência em hospitais e estabelecimentos reeducativos diminuíram extraordinariamente a compensação do Estado.

Até 1916, um inválido parcial recebia uma pensão que tendia a cobrir a diferença existente entre a capacidade total de trabalho e a restante após a declaração da invalidez.

Em 1917 não se cogitava mais como base e perda de capacidade de ganho.

Partiu daí o grau de invalidez, por serviços de guerra, estimado medicamente.

O Ministério acordou — que a avaliação médica era mais séria que simples aviso e estipulou uma tabela nestes traços gerais: a) amputação de uma perna ou do braço esquerdo, no terço inferior, a perda da visão de um olho, são avaliados em 50%; b) amputação dessa perna, acima do joelho e do braço esquerdo acima do cotovelo, avaliação 60%; c) a desarticulação coxo-femural, avaliação 80%; d) amputação do braço direito para cima do cotovelo, 70%; e) desarticulação da espádua direita, 80%; f) a perda da vista, 100%; g) a perda de dois membros e mais, 100%.

Em resumo, as numerosas disposições tomadas na Inglaterra, a favor das vítimas da guerra, reconheceram o direito de pensão e instituíram um sistema de indenização, que tem, sobretudo, em vista a perda do recuperado, efetivamente causada pela invalidez, e chega assim a uma reparação tão exata quanto possível do prejuizo sofrido.

PORTUGAL.

A lei de 1921 não cogita do dano profissional, mas sim do fisiológico; concede a antigos combatentes pensões de reforma, pensões suplementares, mas as vantagens que prevê estão reservadas aos militares afastados temporariamente do serviço ou definitivamente, após fadigas ou acontecimentos de guerra, acidentes, ferimentos, ou moléstias contraídas ou agravadas pelo serviço em campanha ou considerado como tal.

As enfermidades resultantes das fadigas inerentes à vida militar estão compreendidas em serviço.

ITALIA.

A lei de 1918 trata das pensões em caso de ferimentos, lesões ou moléstias contraídas ou agravadas no serviço, distinguindo, no entanto, as moléstias contraídas nas zonas de guerra das contraídas em zona do interior.

Dá privilégio para os inválidos militares feridos ou com moléstias de território beligerante, admite a presunção de origem, como sendo, os trabalhos preparatórios de guerra, os dos próprios serviços de zona de guerra.

POLÓNIA.

A relação de causa e efeito, entre a enfermidade e o serviço prestado, é submetida à prova absoluta (Lei de 18-III-921).

IUGOSLÁVIA.

Os antigos militares, feridos ou enfermos, ou com males agravados no ato de serviço, sem precisar de que modo e sob que forma deva ser provada a relação entre a causa e o efeito, têm, pelo Decreto de 12-II-920, sua regulamentação de socorro.

Regeitam a enfermidade provocada pela própria falta de interesse.

AUSTRIA.

O Estado protege (Lei de 25-IV-919) o militar, uma vez passada a existência do mal, ou agravação, posterior à sua entrada no Exército.

JAPÃO.

A legislação japonesa (1.890) só favorece os incapazes. É só em consideração ao serviço prestado que se estipula

uma pensão, sem considerar a carga de família, a precariedade de situação e o prejuízo real sofrido. Leis especiais regulamentaram as pensões da guerra de 1914 a 1918, exigindo uma prova de relação de causa e efeito entre a enfermidade e um ato comprovado do serviço (atestado de origem ou ferimento tratado por médico militar).

ESTADOS UNIDOS.

Nos Estados Unidos, as leis de 6-X-917 e 24-XII-919 regulam os seguros contra os riscos de guerra (enfermidades imputadas ao cumprimento do dever).

A lei americana, partindo da "integridade física", acha que qualquer alteração é de origem direta do serviço.

A indenização da redução de capacidade de trabalho resultante duma invalidez de 10% ao menos está prevista nas leis dos veteranos de 1919. As taxas adotadas pelo barêmetre podem sofrer o acréscimo de 10% e são baseadas sobre a diminuição média da capacidade do trabalho resultante dos ferimentos do mesmo gênero nas profissões civis análogas àquela que o militar exerce na época de seu asilamento.

BÉLGICA.

A lei belga de 1919 é decalque da lei francesa de março do mesmo ano, porém mais ampla, tendo em vista o serviço prestado; salienta a reparação de antigos militares atingidos por enfermidades de guerra, diferenciando os feridos de guerra e os feridos no serviço. A pensão de invalidez remunerada, conforme o serviço prestado, é calculada em função de pensão de antiguidade.

A lei belga chega a apreciar uma renda para os antigos combatentes, mesmo hígidos, e estabelece uma diferença absoluta entre ferimentos e moléstias, adquiridas ou agravadas do serviço, e as que aparecem durante o serviço.

Aos primeiros, a renda inteira, e aos segundos, uma pensão reduzida de 50%.

Só há indenização para o estado de agravação, e não do estado anterior.

CANADA.

Contempla o serviço prestado e a situação da família e mais ainda os parentes a seu cargo.

Distingue os casados dos celibatários e favorece aos primeiros.

As pensões provisórias são revistas. A invalidez é avaliada no ponto de vista físico.

— ALEMANHA.

No império, era manifesta a proteção ao meio armado; distinto e privilegiado era ele; garantias especiais tinham os subalternos, e daí saírem os componentes dos quadros civis e dos mantenedores da ordem.

Em 1906 (31 de Maio), a legislação era regular sobre oficiais e subalternos. Eram indispensáveis as provas de enfermidades, doenças e ferimentos contraídos durante o serviço.

Ao oficial era computada a antiguidade em serviço e esta servia de base às taxas ajustadas, majoradas conforme o grau de ferimento recebido.

Para o soldado, a renda militar era combinada depois da baixa do serviço ativo, por uma invalidez ao menos de 10%. Tendo-se em consideração também a profissão exercida antes da incorporação.

Em 1920, modificou-se a proteção, a assistência abrangeu também os herdeiros.

E mais, esta assistência, médica, cirúrgica, social, de reeducação profissional de direito a emprego do Estado, computava-se, para fixar o montante de indenização.

A diminuição de capacidade do ganho, da profissão, dos encargos de família, do lugar de habitação, e fortuna pessoal.

Não cogitava, então, dos serviços prestados e do grau que teve o militar no serviço ativo.

O direito de pensão começava quando era reduzido de 15% o fator individual.

A invalidez começava na cifra de 90 da redução do valor de capacidade.

Esta lei atingiu também certas categorias de funcionários civis, do pessoal voluntário de serviços sanitários e outros serviços contratados privados do Exército.

Os alemães concedem um socorro transitório aos militares que não têm direito a pensão, e que, ao darem baixa, estejam, por moléstia, com sua capacidade de trabalho diminuída. Este adjutório lhes pode ser dado por três anos, até reintegração à vida comum anterior ao serviço militar.

— IX) — A BIOTIPOLOGIA E OS ACIDENTADOS —

Nos demorados momentos de reflexão nas linhas de frente de nossas forças anti-revolucionárias, e no tempo de paz, nas

juntas de inspeções no interior, antes dos estudos de biotipologia serem familiares, preocupava-nos seriamente a situação das praças distribuídas às armas e aos serviços, sem um perfeito conhecimento de suas aptidões físicas e mentais.

Achávamos perigosa a incorporação do sorteado sem um período de observação médico militar e concluíamos que muitos desastres em combate e acidentes de serviço se ligavam logicamente ao estado bruto do fator homem descuidadamente encaixado na tropa.

E para se resolver a situação muitas vezes lembramos a formação de núcleos de adaptação antes da incorporação, mesmo que isso trouxesse o retardamento de ajustamento de efetivos.

Certa vez, no Posto de Concentração n.º 8, Barra do Pirai, surpreenderam-nos as proposições idênticas às nossas, formuladas pelo 1.º Tenente Dr. Doyle, membro da Junta médica de inspeção de sorteados, e então, deliberadamente, procurámos, uma vez reconhecendo a impossibilidade das instalações adaptadoras, fazer uma classificação de tipos dentro da escola de Viola.

Pelo que nos demos a observar posteriormente, apesar da inqualificável distribuição dos aptos, está nossa diretriz aprovada.

Poucos são os inspeccionandos no P. C. 8 que baixam ao H. C. E.

A classificação bio-tipológica criteriosamente feita deve indicar a Unidade de incorporação e não deixar que sargentos escrivães, auxiliares das Juntas de inspeção, façam a distribuição dos sorteados considerados aptos.

Mesmo nos corpos, achamos que os médicos devem apreciar as aptidões, divididas pelos vários setores, e propor mudanças de armas quando não forem adequadas as tendências individuais.

A engrenagem técnica deve ser facilitada pelas autoridades no período projetado de adaptação.

Longe de retardar a formação estrutural do ensino militar, a escolha de "cada um para seu lugar", em período satisfatório, quem do comum anual, apresentará um saliente contingente de praças prontas, destruindo qualquer alteração de programa educacional dentro do ano de caserna.

A adaptação pelo biotipo e dados endocrinológicos desfaz a revolta íntima do sorteado, e na volta para o meio social, com notada euforia, expande-se alegre, transmitindo nova mentalidade aos que o cercarem e estiverem em idade militar.

A seqüência é lógica — a boa compreensão do indivíduo o torna senhor do seu eu, capaz, eficiente, patriota, trabalhador inteligente, componente indispensável da coluna mestra do prestígio nacional — a força armada.

Este é o pensamento moderno de expansão internacional.

A Nação, com estas bases de distribuição dos elementos de sua defesa, além de apresentar um alto valor intelectual e físico de seus filhos, procura salvaguardar os seus interesses econômicos, fugindo às indenizações avolumadas, totalmente oriundas do des-norteamento das inclusões dos sorteados nas fileiras militares.

O amparo, que sobrevier, será de mínima percentagem, pois a educação especializada, metódica, refletida, influirá na formação espiritual do sorteado e na vida futura das classes armadas.

Não mais possuímos os mercenários de curta inteligência, de difícil agilidade física, que traziam das matas a timidez, entrave para a civilização.

Equilibradas as ações do oficial instrutor e do soldado recém chegado, momento haverá de conjunções de forças em que surgirá o tipo completo do soldado brasileiro — resistente, inteligente e de boa conduta.

Continuando mais tarde nestas reflexões oportunas para nossa profissão, procurámos em Rocha Vaz o "iniciador e propugnador da Biotipologia no Brasil", em Berardinelli que "abriu novos horizontes" a esse ramo médico, com "erudição, discernimento, clareza e elegância", em Henrique Roxo, psicanalista, em Peregrino Júnior e outros, os dados marcantes de uma nova era para o nosso ambiente médico-militar, que no momento passa entre transformações radicais profundas em preparo de nova civilização onde a ordem, o progresso, o respeito à dignidade humana sobrevirão legislados pela serena e sábia interferência dos grandes mandamentos da Divindade Cristã.

As investigações filosóficas, tendentes à penetração no conhecimento da individualidade, iniciadas com Hipócrates e Galeno, passando por Celso, Sigaud e seu continuador Mac-Auliffe, formando as combinações de Benecke, atingiram o iniciador da escola constitucionalista italiana De Giovanni (1891) que "compreendia a palavra morfologia em sentido anatômico e funcional", e continuaram com seu aluno Viola, marco luzente da "ciência do individual".

A normalidade em Biologia é cousa relativa, porque de fato existe um desvio para variantes especiais, que, no entanto, estudadas nas leis de endocrinologia ditam para melhor as classificações individuais.

Ao médico militar interessa o conhecimento do indivíduo no ato de incorporação, quando se faz o primeiro exame sanitário e se toma contato com o temperamento, cultura e caráter do mesmo, e mais tarde na observação diária do quartel, onde se completam as fichas dentro dos ensinamentos da escola escolhida.

O conhecimento da constitucionalística, no meio militar, tenderá sempre para a "ordem prática", pois o tempo de serviço e as razões de Estado assim determinam.

"A coordenação e orientação das pesquisas no sentido da determinação das inter-correlações existentes entre os diversos caracteres humanos e a classificação científica dos tipos individuais" proporcionam, desde os bancos primários da Escola Pública, o preparo para a luta pela vida.

As quatro grandes harmonias da Natureza, no dizer de Peregrino Júnior:

"harmonia do corpo — beleza;
harmonia do coração — bondade;
harmonia do espírito — inteligência;
harmonia das funções — saúde".

são a finalidade da instrução do soldado, pois devemos restituí-lo à sociedade num todo assim perfeito, e, quando os acidentes da vida militar deixarem incompleto este conjunto harmônico, cabe ao Estado ampará-lo, e essa tarefa é fácil e econômica quando não foram poupados meios para tal fim.

Não se afastam das diretivas da Igreja Católica os problemas sobre constituições individuais, pois São Tomás de Aquino também classificou quatro tipos, hoje dentro dos ectipos de Pende.

O bondoso mestre Afrânio Peixoto, reconhecendo as divergências de termos das diversas escolas, não desprezou a importância dos fatos que coincidem escapando para a concordância científica futura.

Nós, para não retardarmos iniciativas proveitosas, devemos nos aproximar da Escola de M. Pende, aceitando as alterações de nosso meio em formação.

A classificação de Walter Mills, escapando um pouco à verdade científica, porém prática, deixou para Kretschmer o estudo da "evolução psíquica, caminhando progressivamente da saúde para a doença".

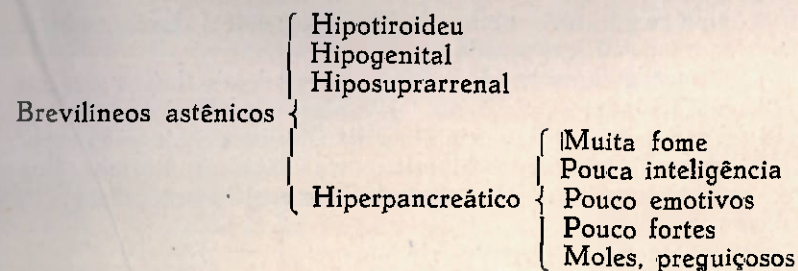
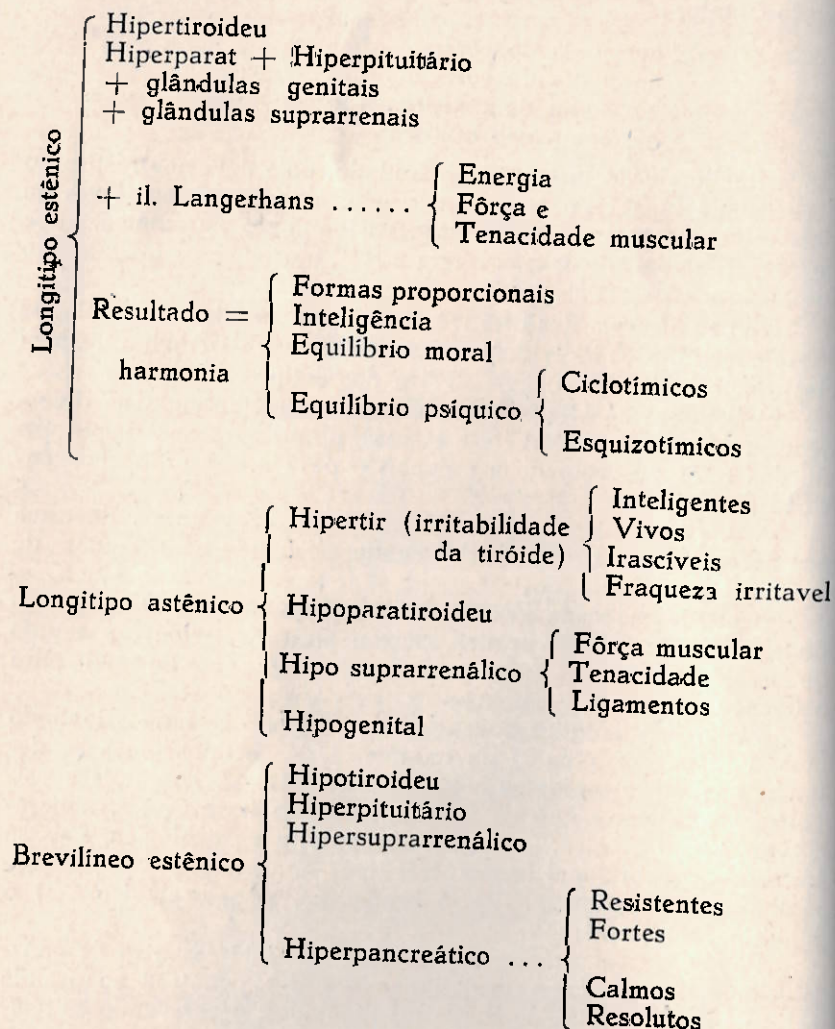
Viola, o orientador constitucionalista, não se impressionando com a "face morfológica ou anatômica dos ectipos" mas se detendo nos "seus múltiplos aspectos, hereditários, humorais e psicológicos, salientou quatro faces igualmente importantes, a hereditária, a morfológica, a dinâmico-humoral e a psicológica, e dessa harmonia proporcional formou três tipos fundamentais: 1) o normotipo, normosplânico; 2) o braquitipo, megalosplânico; 3) o longitipo, microsplânico.

Pende, porém, traçou as normas mais interessantes de constitucionalística porque, como dissemos antes, penetrou no grande setor endocrinológico, de fronteiras ilimitadas, descrevendo os tem-

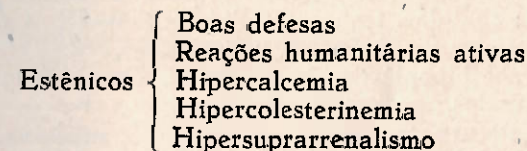
peramentos endócrinos "hiper e hipopituitários, hiper e hipotiroideus, hiper e hipotímicos, hiper e hipo suprarrenálicos, hiper e hipogenitais e ainda os temperamentos mistos, resultantes da combinação daqueles", e distinguiu ainda as variedades estênica e astênica.

O estudo feito por Peregrino Júnior permitiu-lhe traçar um quadro esquemático dos caracteres morfológicos — dinâmicos-endocrinológicos desses ectipos de Pende, que muito nos servirá.

Ei-lo :



Em geral :



Astênicos { o contrário.

Completa este quadro as explicações de Pende, ao descrever os seus ectipos, conforme resumo do professor Peregrino Junior :

A) — LONGILÍNEO ESTÊNICO :

- 1) **Estatura** — pouco superior ao normal (1,60 a 1,62).
- 2) **Pêso** — Pouco inferior ao normal.
- 3) **Ossos e músculos** — desenvolvimento normal. Forma delgada do esqueleto, que é rico em cálcio.
- 4) **Microsplanemia ligeira**. Tórax e ventre menos achatados que no astênico. Conservada a proporção entre os diâmetros ântero-posteriores e transversos.
- 5) **Membros delgados com extremidades distais longas e fortes**. Massas musculares longas e elásticas, capazes de desenvolver força notável nos movimentos, desenhando-os sob a pele.

Características : rapidez e agilidade.

- 6) **Crânio** normalmente desenvolvido, de forma mesaticéfala ou dolicocefala. Fronte alta. Predomínio da altura craniana. Face bem modelada, com proeminências ósseas grosseiras. Nariz bem alongado. Dentes fortes.
- 7) **Coração e artérias** — Sem sinais de hipoplasia. Tensão arterial normal. Amplas exaerções diafragmáticas com

tipo respiratório abdominal. Espirometria dando valores normais ou exagerados.

- 8) **Funções digestivas** — Normais, podendo haver grande voracidade.
- 9) Predominância leve do simpático, embora haja polineuromia. Dominantes hipertiroídica e hiperpituitária. Boa função suprarrenal e genital. Notável hematopoiese.

— Variedade estênica do normotipo.

- B) — **LONGILÍNEO ASTÊNICO**: caracteriza-se pela gracilidade de todos os sistemas orgânicos. Rosto achatado, formas abatidas, tronco estreito e achatado. Crânio com perímetro curto, às vezes dolicocefalo.

Face hipoplástica e angulosa. Dentes frágeis e mal implantados, sujeitos à cárie.

Estatura ora muito maior que a mediana, ora um pouco inferior. Pêso fraco. Notável predominância do desenvolvimento dos membros sobre o tronco, principalmente dos membros inferiores.

Microsplania absoluta e relativa de Viola. Pescoço fino e longo, às vezes com saliência exagerada do pomo de Adão. Ângulo de Charpy muito agudo. Músculos e esqueleto hipoplásticos e moles.

Coração e artérias pouco desenvolvidos. Tensão arterial baixa. Estômago longo, estreito, atônico, com hiposecreção, mas muitas vezes com peristaltismo exagerado.

Labilidade neuro vegetativa total. Predominância do vago sobre o simpático.

Temperamento hipertiroídeu, hiposuprarrenalínico, hipogenital. Às vezes hipocalcemia e espasmofilia, por hipoparatiroidismo.

Hematopoiese insuficiente, com linfocitose relativa e oligocromhemia.

- C) — **BREVILÍNEO ESTÊNICO**: tem a estatura pouco inferior à mediana, com pêso excessivo.

Membros inferiores curtos relativamente ao busto.

Tronco largo e maciço.

Notável robustez do esqueleto e da musculatura.

Megalosplania absoluta e relativa leve, segundo o conceito de Viola. Crânio bem desenvolvido em todos os diâmetros, com predominância da altura. Mesaticéfalos ou braquicéfalos. Face hexagonal, angulosa e robusta.

com fronte alta. Nariz proporcional. Maxilar inferior largo. Dentes fortes e resistentes. Tórax largo e longo. Coração esquerdo e aorta bem desenvolvidos.

Hiperestenia total neurovegetativa. Predominância relativa do simpático.

Temperamento hipersuprarrenalínico, hipergenital, hiperpancreático. Insuficiência relativa da tiróide.

Elevados valores de glicemia, colesterinemia e urecemia, bem como do número de hemátias e da proporção de hemoglobina.

Voracidade e poder digestivo notáveis. Sexualidade boa ou exagerada.

Notável força muscular e resistência ao esforço.

Lentidão dos movimentos.

- D) — **BREVILÍNEO ASTÊNICO**: apresenta geralmente estatura elevada, pêso excessivo, membros inferiores ora curtos, ora exageradamente longos em relação ao tronco. Tórax curto, de forma infantil. Ventre volumoso.

Corpo arredondado atônico, com pescoço curto e largo, cabeça pouco inclinada para a frente. Ventre proeminente e ptótico. Olhos estreitos. Excesso de gordura principalmente nas regiões sub-mentoniana e mamárias, nos flancos, bacia e hipogástrio.

Expressão pueril da face. Pelos finos e raros. Face delicada, com proeminências pouco desenvolvidas. Crânio tendente à braquicefalia. Caracteres sexuais secundários reduzidos nos homens, podendo ser normais nas mulheres. Músculos finos, hipotônicos. Esqueleto débil.

Excessivo desenvolvimento dos sistemas venoso e linfático. Hipoplasia do sistema arterial e do sangue.

Acrocianose e microsfigmia habituais. Tendência ao linfatismo e à oligocromhemia. Hipotiroidismo, hipopituitarismo, hipogenitalismo, às vezes hiperinsulinismo. Labilidade neuro vegetativa. Prevalência do vago. São sedentários e comem muitos hidratos de carbono e bebem muita água.

Sendo observadas as relações mencionadas, as armas e serviços, abandonando velhos índices de Pignet, e outros, poderão concorrer para formação de quadros de eficiência técnica.

Diz Rocha Vaz: "compreende-se bem quanto erro de julgamento nos dá a técnica dos "índices" constitucionais — mistura

sem nenhum rigor matemático da estatura, do peso, do perímetro torácico, do diâmetro transverso torácico, do diâmetro transverso cardíaco e da excursão respiratória, elementos da mais variada natureza anatômica e funcional e da mais variada natureza dimensional".

Feita a seleção dos aptos para a incorporação, a distribuição para as formações de tropa deve seguir uma orientação conscienciosa:

- 1) para a infantaria, os brevilíneos estênicos, onde a força, a calma, a resolução, a resistência ressaltam o valor do infante;
- 2) para a cavalaria, os longilíneos estênicos, que satisfazem pela energia, força, tonicidade muscular, pela harmonia de seu todo, de inteligência, equilíbrio moral e psíquico, dentro de formas anatômicas proporcionais;
- 3) para a artilharia montada e de dorso, requer o mesmo tipo anterior; para a artilharia de costa deve ser aceito o brevilíneo estênico; para a artilharia anti-aérea e pesada satisfazem os de longitipo astênico;
- 4) para a engenharia, nas suas especialidades, combinam perfeitamente os brevilíneos estênicos e os longilíneos astênicos;
- 5) para a aeronáutica, somente os longilíneos estênicos, de conjunto harmonioso, satisfazem plenamente.
- 6) para os serviços de tropa e intendência, devidamente educados servem os brevilíneos astênicos;
- 7) para o serviço de saúde e quartéis gerais, satisfazem completamente os longilíneos e brevilíneos estênicos.

X) — A CIRURGIA ESTÉTICA DOS MUTILADOS E O AMPARO TABELADO

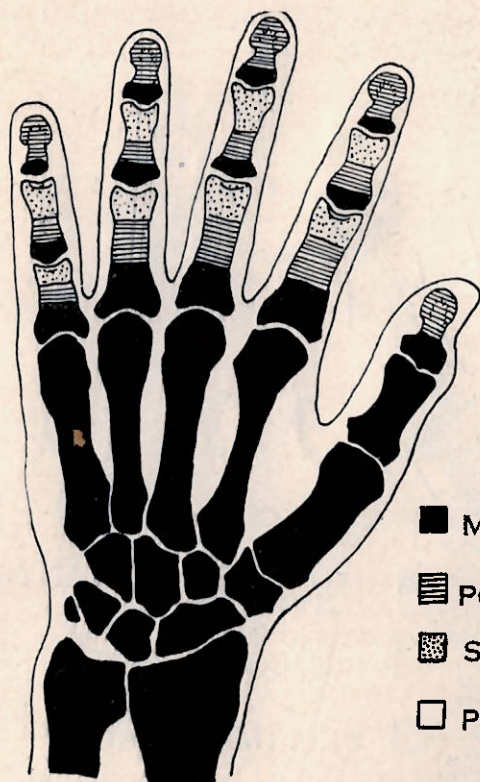
Investigando razões de melhor preparo do acidentado para o amparo do Estado, em boa hora, recebemos régio presente — "Métodos modernos de amputação", completo trabalho de Edmundo Vasconcelos, catedrático de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.

E assim, mais um capítulo inteiramente nele orientado procurámos traçar, não abandonando nossos dados pessoais de dezesete anos de cirurgia civil e militar.

A readaptação completa, após os atos cirúrgicos, será perfeita se tivermos obedecido a prática adquirida no campo anátomo-fisiológico, e se mantivermos melhor entendimento com o protético.

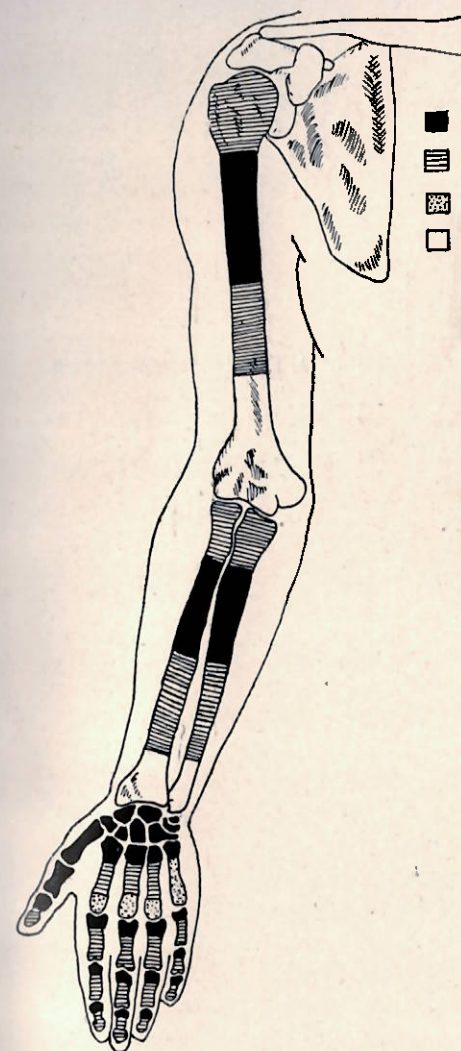


FIGURA Nº 1



- MUITO IMPORTANTE
- ▨ POUCO IMPORTANTE
- ▩ SEM IMPORTÂNCIA
- PREJUDICIAL

FIGURA Nº 2



- MUITO IMPORTANTE
- ▨ POUCO IMPORTANTE
- ▩ SEM IMPORTÂNCIA
- PREJUDICIAL

FIGURA Nº 3

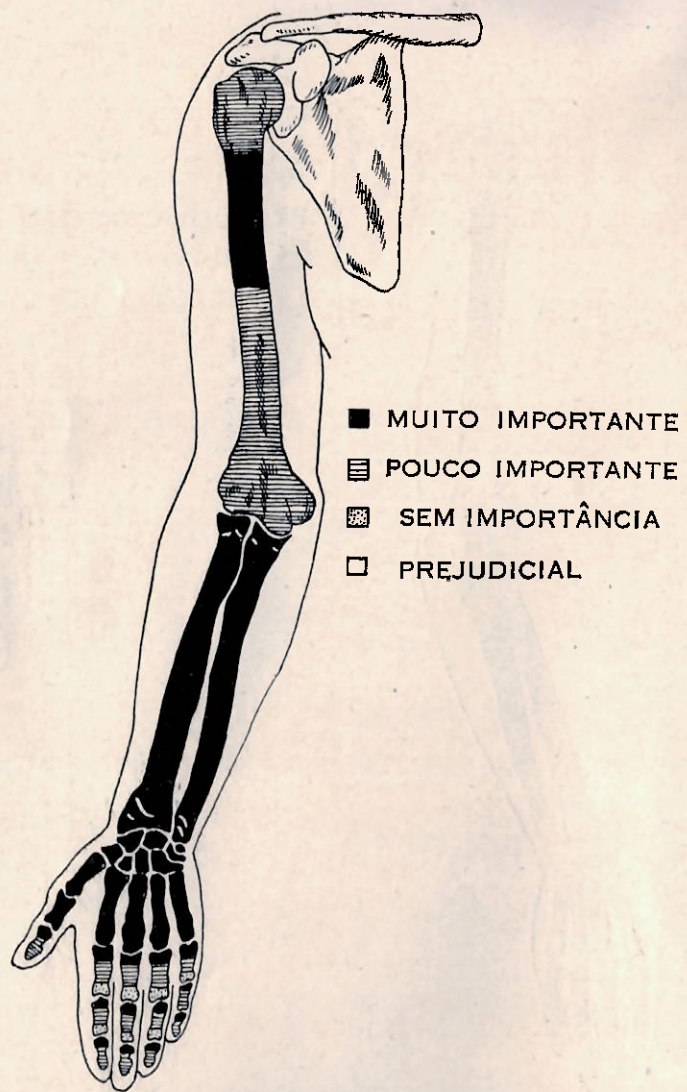


FIGURA Nº 4

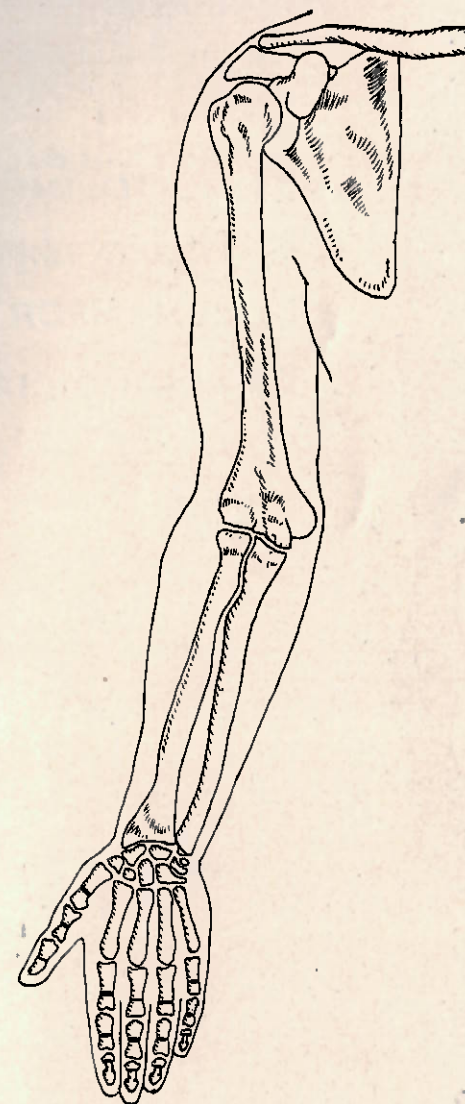
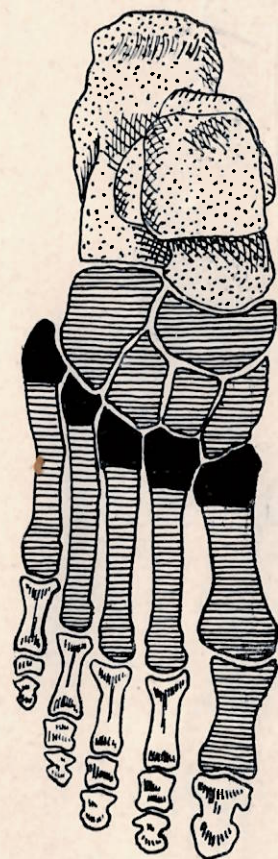
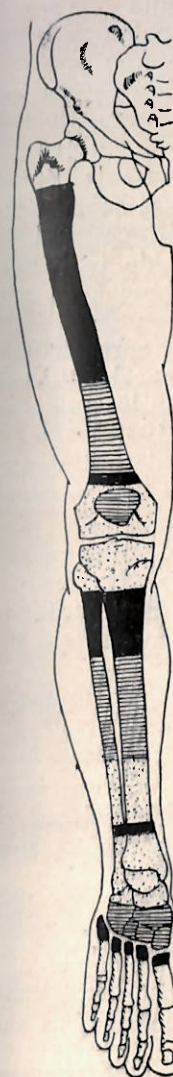


FIGURA Nº 5



- MUITO IMPORTANTE
- ▨ POUCO IMPORTANTE
- ▤ SEM IMPORTÂNCIA
- PREJUDICIAL

FIGURA Nº 6



- MUITO IMPORTANTE
- ▨ POUCO IMPORTANTE
- ▤ SEM IMPORTÂNCIA
- PREJUDICIAL

FIGURA Nº 7



FIGURA Nº 8

Não nos afastaremos dos velhos ensinamentos práticos de Farabeuf, Lecene, Alfredo Monteiro, mas apenas comentaremos as modernas lições de "níveis ótimos de amputação" que nos levam a Kirk, no reconhecimento útil das condições funcionais dos vários segmentos do corpo humano.

Bem feita a intervenção, fácil será a escolha do aparelho ortopédico e mais econômica para o Estado a sua intervenção de amparo legal.

"A experiência já demonstrou que, o ter de amputar acima de um nível crítico, é sempre melhor abandonar esse segmento e amputar no nível ótimo imediatamente acima", e o esforço musculotendinoso deverá ser apreciado na situação social do indivíduo, variando do côto forte, resistente do trabalhador braçal, ao moderado dum intelectual.

Reconhecendo praticamente o valor desta lição, apresentamos vários desenhos reproduzidos do trabalho de Vasconcelos, vindos do original "in zur Verth M. Absetzungen und Auslösungen an den Fuisern" — Münch Hed. Wsehr — 39; 1527; 1937.

Nestas figuras, salientamos o valor funcional dos diferentes segmentos da mão de um intelectual, onde, sempre que possível, se deve amputar na continuidade das falanges.

A desarticulação metacarpo-falangiana deve ser acompanhada da ressecção da cabeça do metacarpo correspondente. Na desarticulação total do dedo mínimo, deve-se proceder à extirpação da quase totalidade da diáfise do metacarpo, afim de favorecer a estética.

Na mão do trabalhador pesado, praticar sempre a amputação na continuidade das falanges.

A desarticulação inter-falangiana não deve ser executada.

Na desarticulação metacarpo-falangiana, deve-se conservar, sempre, a cabeça do metacarpo correspondente. No polegar, a amputação deve poupar, ao máximo, o comprimento do côto, quer se trate dum intelectual ou de um operário.

Os valores funcionais dos segmentos do membro superior dum intelectual e dum operário estão patenteados nas figuras 3 e 4.

A figura n.º 5 nos mostra os níveis ótimos (—) de amputação e críticos (—) no membro superior no ponto de vista protético.

Níveis ótimos de amputação e níveis críticos no membro superior, sob o ponto de vista protético:

- 1) — nível ótimo, nos dedos;
- 2) — nível ótimo no antebraço (6 centímetros acima da interlinha articular do punho);
- 3) — nível crítico no antebraço (10 centímetros abaixo da ponta do olecrânio);

- 4) — nível ótimo no braço (porção mais baixa do terço inferior);
- 5) — nível crítico no braço (15 centímetros abaixo do crânio).

Para o membro inferior, começando pelo pé, fig. 6, vemos que os dedos, com exceção do hálux, podem ser extirpados na totalidade. Os metatársicos devem ser poupados o mais possível, sendo sempre preferível praticar uma amputação transmetatársica do que a desarticulação de Lisfranc. A segunda fileira do tarso constitui zona de pequena importância.

A fig. n.º 7 nos esclarece o valor funcional das diferentes porções do membro inferior, em que aceitamos para o joelho a amputação osteoplástica de Gritti, modificada por Taubeuschlag, ou a amputação de Sabanajeff.

Na fig. n.º 8, temos os níveis ótimos e níveis críticos do membro inferior, sob o ponto de vista protético:

- 1) — nível ótimo para as amputações de dedos do pé: no hálux está indicada a desarticulação inter-falangiana e a amputação na continuidade das falanges;
- 2) — nível ótimo de amputação para o pé anterior: operação transmetatársica de Sharp-Yager;
- 3) — Amputação de Sime-Olier;
- 4) — nível ótimo para a perna: 4 centímetros abaixo do meio da perna;
- 5) — nível crítico para a perna: 10 centímetros abaixo da interlinha articular do joelho;
- 6) — nível ótimo para a coxa: 6 centímetros acima da interlinha articular do joelho;
- 7) — nível crítico para a coxa: 10 centímetros abaixo do bordo superior do grande trocânter.

Respeitadas que foram as diretivas gerais de amputações e desarticulações, conhecidas as que nos levam às amputações abertas, tôdas escolhendo os pontos ótimos de penetração, teremos garantido post-operatório animador e ótimos côtos de adaptação ortopédica.

No final, a prótese dos amputados, quer seja estrangeira ou de Barbosa Viana, facilitando movimentos, trabalho aproveitável e apresentação pública agradável, resolverá um dos pontos de amparo do Estado.

Nestas linhas gerais, sob reflexo especial, com prazer, pelo que apreendemos e pelo que pretendemos transmitir, realçamos em nosso meio militar o nome do mestre catedrático de S. Paulo, Edmundo Vasconcelos.

XI) — INSTRUÇÕES REGULADORAS DAS
INCAPACIDADES NO EXÉRCITO

13.º GRUPO

- CLXV — Aderências e retrações aponevróticas tendinosas ou musculares quando deformantes ou acarretando perturbações funcionais. (Diagnóstico preciso).
- CLXVI — Artrites crônicas, hidrartroses, inflamações das bolsas serosas quando persistentes e incuráveis. (Precisar o diagnóstico indicando a articulação).
- CLXVII — Atrofias musculares de causas diversas, determinando perda ou insuficiência funcional acentuada: a rutura dos músculos ou tendões, hérnias musculares, trazendo deficiência funcional acentuada. (Baixa ou reforma dependendo do resultado do tratamento).
- CLXVIII — Corpos móveis articuladores comprometendo o livre funcionamento de membros e que não possam ser retirados.
- CLXIX — Luxações irreductíveis ou mal reduzidas com comprometimento funcional, anquiloses, pseudoartroses, rigidez articular etc., das articulações mais importantes, quando incuráveis.
- CLXX — Osteítes deformantes, osteomalácia, raquitismo, acondroplasias, leontiasis óssea etc.
- CLXXI — Torticolo crônico e incurável.
- CLXXII — Outras doenças ou afecções crônicas ou incuráveis do esqueleto, articulações e músculos.

14.º GRUPO

DEFORMAÇÕES ADQUIRIDAS

- CLXXIII — Deformidades acentuadas do quadril, joelho e pé (pé torto em suas variedades, pé chato etc.) motivam a baixa ou a reforma, que ficam dependendo do resultado operatório.
- CLXXIV — Deformidades adquiridas, quando muito acentuadas, impedindo o funcionamento de algum membro ou órgão ou comprometendo grandemente a estética.
- CLXXV — Deformidades e alterações dos ossos produzidas ou por doença grave ou por traumatismo (calo disforme, consolidação viciosa de fraturas etc.) ou resis-

duos de outras afecções locais (hiperostoses, exostoses, periostoses, necroses etc.) em grau de impedir o funcionamento da parte atingida, ficam dependendo do resultado do tratamento.

- CLXXVI — Desvios ou deformidades da coluna vertebral, quer sejam motivados por traumatismos, quer sejam ocasionados por afecções crônicas.
- CLXXVII — Luxações irreductíveis de qualquer dos polegares ou de uma das suas falanges, assim como as do grande artelho ou de uma de suas falanges.

15.º GRUPO

MUTILAÇÕES DOS MEMBROS POR ACIDENTES, FERIMENTOS DE GUERRA
OU OPERATÓRIOS

- CLXXVIII — Mutilações de membros em qualquer segmento, desde as articulações metacarpo ou metacarpofalanges.
- CLXXIX — Perda de dois dedos ou de duas falanges de dois dedos; a baixa ou a reforma ficam dependendo da capacidade funcional dos outros dedos.
- CLXXX — Perda de três dedos de qualquer das mãos.
- CLXXXI — Perda das falangetas ou falanginhas de quatro ou três dedos de qualquer das mãos; a baixa ou a reforma ficam dependendo da capacidade funcional.
- CLXXXII — Perda total do indicador, somente quando acompanhada de alteração nos movimentos normais dos outros dedos; a parcial quando não coincida com a integridade dos movimentos das articulações dos outros dedos; a perda de uma ou duas falanges, complicada de anquilose angular ou retilínea das articulações restantes, motivam apenas a isenção definitiva.
- CLXXXIII — Perda ou falta do grande artelho ou de uma das suas falanges; a baixa ou a reforma ficam dependendo das perturbações da marcha, quando acentuadas.
- CLXXXIV — Perda de mais de um dos podátiles ou de seus respectivos segmentos; a baixa ou a reforma ficam dependendo das perturbações acentuadas da marcha que acarretem.
- CLXXXV — Outras mutilações incompatíveis com as funções militares.

17.º GRUPO

CXC — As hérnias viscerais de qualquer espécie irreductíveis e inoperáveis.

XII) — TABELA PARA RECONHECIMENTO DAS CAPACIDADES RESTANTES DOS VITIMADOS NO SERVIÇO MILITAR

LESÕES RESULTANTES DE ACIDENTES DO TRABALHO
NO PERÍODO DE INCORPORAÇÃO

Estudados os pontos de vista imprescindíveis, esboçamos a presente tabela, que julgamos ser a primeira proposta no meio militar, onde se fixa a incapacidade constatada, com as alterações prováveis de recrudescimento do mal, como também de declínio ou estacionamento.

Dai o aproveitamento do individuo dentro da capacidade restante de trabalho produtivo, quando pretendia a reeducação funcional, ou então a taxaçao definitiva do amparo permanente do Estado.

Facilitando a tabela militar, não adotaremos as tabelas parciais do Diário Oficial de 27-IV-935, que dificultam o estudo rápido do amparo pela Justiça do Trabalho.

Eis a tabela proposta :

ACIDENTES ATINGINDO:

CRÂNIO — ENCÉFALO

- | | |
|---|------|
| 1) — Fratura do crânio — com perda de substância óssea e perturbações posteriores localizadas | 30% |
| 2) — Fratura do crânio — com perda de substância óssea e encefálica — deixando reliquats locais . | 50% |
| 3) — Lesões do couro cabeludo, com fenômenos dolorosos, perda de cabelo, cicatrizes exuberantes . . | 25% |
| 4) — Epilepsia generalizada e jaksoniana | 60% |
| 5) — Afasia | 80% |
| 6) — Ataxia | 90% |
| 7) — Epilepsia sintomática | 80% |
| 8) — Alienação mental | 100% |
| 9) — Vertigens | 90% |
| 10) — Nevrose: estados neuro psicastênicos, estados histéricos e pitiáticos, síndromes-motores funcionais | 50% |

- | | | |
|-------|--|------|
| 11) — | Nevralgias crônicas de origem traumática | 50% |
| 12) — | Hemiplegia completa flácida | 100% |
| 13) — | Hemiplegia com contratura : lado direito . . . | 100% |
| | lado esquerdo . . . | 70% |
| 14) — | Hemiplegia com perturbações esfinterianas . . . | 100% |
| 15) — | Hemiplegia e afasia | 100% |
| 16) — | Hemiplegia incompleta, para os dois lados . . . | 60% |
| 17) — | Monoplegia completa membro superior direito . | 70% |
| 18) — | Monoplegia completa membro superior esquerdo | 60% |
| 19) — | Monoplegia incompleta membro superior direito . | 50% |
| 20) — | Monoplegia incompleta membro superior esquerdo | 30% |
| 21) — | Monoplegia incompleta do membro inferior por
lesão da córtex-cerebral | 30% |
| 22) — | Parahiplegia orgânica de origem cerebral : | |
| | incompleta | 80% |
| | completa | 100% |
| 23) — | Síndromes cerebelosas | 100% |
| 24) — | Torticólico traumático | 25% |
| 25) — | Perturbações simpáticas | 50% |
| 26) — | Perturbações das meninges | 50% |
| 27) — | Nervos cranianos : | |
| | Trigêmio, com algia do tipo intermitente
"tic doloroso" | 70% |
| | Trigêmio com algia do tipo contínuo sim-
patológico | 80% |
| | Facial, qualquer lesão | 40% |
| | Glossofaríngeo, qualquer lesão | 15% |
| | Spinal, qualquer lesão | 25% |
| | Hipoglosso, qualquer lesão | 50% |

NERVOS PERIFÉRICOS

MEMBRO SUPERIOR:

- | | | |
|-----|---|-----|
| 28) | — Paralisia radicular superior Duchenne-Erb, compreendendo deltóide, biceps, braquial anterior e córaco-braquial, longo supinador | 45% |
| 29) | — Paralisia radicular inferior (tipo Klumpke), compreendendo os músculos flexores dos dedos, como os pequenos músculos da mão | 55% |
| 30) | — Paralisia isolada do nervo subescapular | 15% |
| 31) | — Paralisia do circunflexo | 30% |
| 32) | — Paralisia do biceps | 35% |
| 33) | — Paralisia do nervo mediano: no braço | 45% |
| | no punho | 20% |

34) — Paralisia do nervo cubital: no braço	35%
no punho	35%
35) — Paralisia do nervo radial:	
para cima do ramo do triceps	50%
para baixo desse ramo	40%
36) — Paralisia associada do mediano e do cubital . .	55%
37) — Síndrome de paralisia do simpático cervical (Claude Bernard-Horner), miosis, enoftalmia, re- tração da fenda palpebral, mais	10%
38) — Síndrome de excitação do simpático cervical (Pour-four du Petit), midríase, exoftalmia, mais .	10%
39) — Ulcerações persistentes, perturbações tróficas, retrações fibrosas cutâneas, reações nevriticas, mais	40%

MEMBRO INFERIOR:

40) — Paralisia total dum membro inferior:	
flácida	80%
espasmódica	50%
41) — Paralisia completa do nervo ciático	40%
42) — Paralisia do nervo ciático popliteu externo . .	30%
43) — Paralisia do nervo ciático popliteu interno . .	20%
44) — Paralisia do nervo crural	45%
45) — Paralisia do nervo obturador	20%
46) — Ulcerações persistentes, reações nevriticas, mais .	40%
47) — Nevrites com algias persistentes e intensas . . .	50%
48) — Sequelas nevriticas — pé varus, equinus etc. . .	40%

COLUNA VERTEBRAL

49) — Entorses, fraturas, luxações evidentes de qualquer parte da vértebra, sem lesões nervosas, com ou sem dores	40%
50) — Anquiloses da coluna, reumatismo vertebral, es- pondiloses	50%
51) — Lesões osteomielíticas da coluna vertebral	40%

MEDULA

52) — Paraplegia braquial	80%
53) — Paraplegia crural	80%
54) — Quadriplegia	100%

Quando flácidas ou espasmódicas.

55) — Síndromes de Brown-Sequard	60%
56) — Hemiplegia medular:	
completa	100%
incompleta	80%
Quando com dores intensas, ou de cons- tância penível, mais	20%
57) — Atrofias conseqüentes a lesões medulares de músculos do membro superior, sem acarretar im- potência absoluta	50%
58) — Idem, com impotência completa dum membro su- perior	70%
59) — Atrofia completa com impotência absoluta dos dois membros superiores	100%
60) — Atrofias de músculos da cintura pélvica, da mas- sa sacrolombar e membros inferiores	50%
61) — Atrofia completa com impotência absoluta dum membro inferior	70%
62) — Atrofia completa com impotência absoluta, de dois membros inferiores	100%
63) — Perturbações da sensibilidade de origem medu- lar, membros inferiores, mais	10%
64) — Perturbações dos esfíncteres: retenção	30%
incontinência	70%
65) — Perturbações genitais:	
abolição ou diminuição de ereção	20%
priapismo incoercível e doloroso	20%
66) — Siringomielia: formas frustas	40%
forma mais progressiva	60%
forma amiotrófica grave	100%

FACE

67) Mutilações parciais dos maxilares, com permanência de articulação de um incisivo, dois caninos, três premolares e cinco molares para cada maxilar . .	25%
68) — Perda dos maxilares superiores, com perda da ar- cada dentária, véu palatino e esqueleto nasal . .	100%
69) — Perda do maxilar inferior na totalidade de sua porção dentária	90%
70) — Perda do maxilar superior com comunicação bu- co-nasal e perda da totalidade do arco mandi- bular	100%

71) — Perda de um só maxilar superior com conservação do outro e conservação do arco mandibular ...	50%
72) — Perda de um só maxilar superior com comunicação buco-nasal e perda de substância mais ou menos extensa do arco mandibular	90%
73) — Lesões dos ossos nasais, molares ou maxilares prejudicando as funções do nariz	90%
74) — Lesão da face tornando o rosto da vítima desagradável ou repelente	100%
75) — Consolidação viciosa do maxilar inferior e com perturbações ligeiras	15%
76) — Pseudoartroses do maxilar inferior	20%
77) — Luxação irreductível do maxilar inferior	50%
78) — Luxação recidivante do maxilar inferior	20%
79) — Anquilose do maxilar inferior	80%
80) — Contração ou queda do maxilar por lesões musculares	80%
81) — Amputação parcial da língua	20%
82) — Amputação total da língua	80%

NARIZ

83) — Estenoses nasais	20%
84) — Perturbações olfativas e estéticas	25%
85) — Sinusites	20%
86) — Crânio-hidrorreias	100%
87) — Rinites post traumáticas	20%

LARINGE

88) — Lesões traumáticas determinando perturbações de origem cicatricial ou parálitica e perturbações vocais e da palavra	50%
89) — Idem trazendo perturbações respiratórias acentuadas	80%
90) — Laringostomia ou traqueotomia	100%

FARINGE

91) — Perdas de substâncias, do véu, estenoses cicatriciais, perturbações da deglutição	30%
---	-----

ESÔFAGO

92) — Estenose cicatricial	20%
----------------------------------	-----

93) — Estenose com gastrostomia	50%
94) — Estenose inoperável	100%

OUVIDOS

95) — Surdez completa dos dois ouvidos	100%
96) — Surdez completa de um ouvido	50%
97) — Surdez acentuada de ambos os ouvidos	70%
98) — Inflamação interna e crônica do ouvido, determinando corrimento	60%
99) — Vertigens de Menière	90%
100) — Mutilações e cicatrizes viciosas dos ouvidos ...	10%

OLHOS

101) — Perda completa dos dois olhos	100%
102) — Perda completa da visão dos dois olhos	100%
103) — Perda completa de um dos olhos	50%
104) — Perda completa de visão em um dos olhos	50%
105) — Perda total da visão em um dos olhos e parcial no outro, não permitindo ler, ou escrever, podendo orientar-se	70%
106) — Redução permanente da visão de ambos os olhos, impossibilitando o trabalho, mas permitindo a orientação	70%
107) — Perturbações vasculares locais, perturbando intermitentemente a visão	50%
108) — Paralisia dos músculos oculares, determinando a imobilidade dos olhos e a dupla visão bi-lateral	100%
109) — Paralisia dos músculos oculares, determinando a imobilidade de um dos olhos e a dupla visão bi-lateral	80%
110) — Lesão da órbita, determinando a imobilidade do globo ocular e conseqüente limitação da visão simples (em um dos olhos)	70%
111) — Lesão da órbita, determinando imobilidade do globo ocular e conseqüente limitação da visão dupla (nos dois olhos)	100%
112) — Dilaceração de condutos lacrimais	50%
113) — Desvio dos bordos palpebrais	20%
114) — Ptose ou blefarospasmo: um olho	25%
dois olhos	70%
115) — Fístulas locais	10%

TÓRAX

116) — Redução da mobilidade do tórax, em consequência de traumatismo	60%
117) — Afecção crônica do aparelho pulmonar em consequência de lesão traumática	80%
118) — Fratura do esterno	20%
119) — Fratura simples das costelas	30%

CORAÇÃO E AORTA

120)	— Dilatação acentuada e permanente do coração, esforço violento ou traumatismo torácico	80%
121)	— Rutura de válvulas cardíacas, idem	100%
122)	— Aneurismas traumáticos da aorta	100%
123)	— Qualquer doença crônica incurável do coração, de origem traumática	90%

ABDOMEN

124)	— Lesão crônica de qualquer órgão do abdome em consequência de traumatismo	80%
125)	— Dilaceração dos músculos abdominais, motivando ameaça permanente de eventração	80%
126)	— Obstrução intestinal crônica, resultante de peritonite traumática	80%
127)	— Adesão permanente de órgão à parede do abdome ou a outros órgãos, idem	80%
128)	— Hérnias traumáticas (operáveis)	20%
129)	— Hérnias traumáticas inoperáveis	90%
130)	— Splenectomia	30%

RINS

131)	— Nefretomia, com integridade funcional do outro rim	
132)	— Nefretomia com azotemia irreduzível de 0,60 a 1 g	30%
133)	— Nefretomia com azotemia irreduzível superior ..	60%
134)	— Nefretomia com complicações cicatriciais, eventrações, paralisia parcial dos músculos do abdome	100%
135)	— Hidronefrose traumática	50%
136)	— Ruptura da uretra com perinefrose ou fistula persistente	50%
137)	— Pielonefrite : unilateral	50%
	bilateral	80%

BEXIGA

138)	—	Eventração após cistostomia	30%
139)	—	Fístula hipogástrica persistente	50%
140)	—	Cistite com infecção renal: unilateral	60%
		bilateral	80%
141)	—	Retenção crônica de urina	50%
142)	—	Incontinência de urina	40%

URETRA

143)	—	Fistula urinária persistente	40%
144)	—	Impermeabilidade das uretras	50%
145)	—	Destruição da uretra anterior com micção :	
		pelo meato urinário	50%
		por meato hipogástrico	80%

APARELHO GENITAL

146)	— Atrofia ou destruição ou supressão operatória ou traumática de : um testículo	10%
	dois testículos	50%
147)	— Emasculação total	90%
148)	— Hematocele, hidrocele ou testículo em torção ...	10%

ANEL PÉLVICO

149)	— Fratura do anel pélvico, produzindo deformações do quadril e perturbação da marcha	50%
150)	— Fratura do sacro com perturbações esfinterianas e genitais	80%
151)	— Luxação irreductível do púbis, ou relaxamento extenso da sínfise pubiana	20%
152)	— Artrite sacro-iliaca post traumática	20%

CICATRIZES

153) — Cicatrizes de axila perturbando grandemente os movimentos	40%
154) — Cicatrizes do cotovelo, perturbando grandemente a angulação	50%
155) — Cicatrizes da cavidade poplíteia, perturbando a extensão	50%
156) — Cicatrizes do pé	30%

157) — Fistula persistente única	20%
158) — Fistulas persistentes múltiples	50%

VASOS

159) — Varizes traumáticas	30%
160) — Obliterações arteriais traumáticas	80%
161) — Obliterações venosas traumáticas	50%

MEMBRO SUPERIOR:

DEDOS E METACARPO

162) — Rigidez do polegar :	
a) articulação interfalangiana	6%
b) articulação metacarpofalangiana	6%
c) articulações interfalangiana e metacarpo-falangiana	6%
163) — Rigidez dos outros quatro dedos com o polegar livre :	
extensão	15%
flexão	25%
164) — Rigidez dos cinco dedos :	
extensão	20%
flexão	40%
165) — Rigidez do indicador :	
a) — primeira ou segunda articulação interfalangiana	5%
b) — tôdas as articulações	10%
c) — articulação metacarpofalangiana	3%
166) — Rigidez do médio e anular :	
a) — uma articulação	2%
b) — tôdas as articulações	6%
167) — Rigidez do auricular :	
a) — uma articulação	1%
b) — tôdas as articulações	3%
168) — Anquilose do polegar :	
a) — articulação carpometacarpiana	15%
b) — articulação metacarpofalangiana	10%
c) — articulação interfalangiana	5%

d) — articulação metacarpofalangiana e inter-falangiana	15%
e) — tôdas as articulações : extensão	30%
flexão	25%
169) — Anquilose do indicador :	
a) — articulação metacarpofalangiana	5%
b) — articulações da 1. ^a e 2. ^a falanges	10%
c) — articulações da 2. ^a e 3. ^a falanges	3%
d) — duas últimas articulações	10%
e) — as três articulações	15%
170) — Anquilose do médio :	
a) — articulação metacarpofalangiana	4%
b) — articulações da 1. ^a e 2. ^a falanges	7%
c) — articulações da 2. ^a e 3. ^a falanges	2%
d) — duas últimas articulações	10%
e) — as três articulações	15%
171) — Anquilose do anular :	
a) — articulação metacarpofalangiana	3%
b) — articulações da 1. ^a e 2. ^a falanges	5%
c) — articulações da 2. ^a e 3. ^a falanges	2%
d) — duas últimas articulações	10%
e) — as três articulações	12%
172) — Anquilose do auricular :	
a) — articulação metacarpofalangiana	2%
b) — articulações da 1. ^a e 2. ^a falanges	3%
c) — articulações da 2. ^a e 3. ^a falanges	2%
d) — duas últimas articulações	10%
e) — as três articulações	12%
173) — Perturbações funcionais por secção ou perda de substância de tendões extensores ou flexores :	
Flexão permanente do polegar :	
a) — as duas articulações	25%
b) — articulação metacarpofalangiana	10%
c) — articulação falango-falangiana	5%
174) — Flexão permanente do indicador, médio e anular (cada um de per si) :	
a) — as três articulações	15%
b) — articulação falango falangiana	5%
c) — articulação falangiano falangeta	3%

175) — Flexão permanente do auricular :	
a) — as três articulações	10%
b) — articulação falango falangiana	5%
c) — articulação falangiano falangeta	2%
176) — Perda do tendão extensor ou flexor do polegar .	20%
177) — Perda do tendão extensor ou flexor dos outros dedos	12%
178) — Extensão permanente de um dedo :	
a) — polegar inteiro	20%
b) — indicador inteiro	15%
c) — médio inteiro	15%
d) — anular inteiro	10%
e) — auricular inteiro	10%
179) — Impotência total definitiva de apreensão da mão :	
a) — por flexão ou extensão permanente de to- dos os dedos	60%
b) — por flexão ou extensão permanente de três dedos com rigidez dos outros, atrofia da mão e do ante-braço, rigidez do punho ..	65%
180) — Pseudoartrose dos dedos, falange terminal :	
a) — polegar	5%
b) — outros dedos	2%
181) — Idem, outras falanges :	
a) — polegar	15%
b) — indicador	10%
c) — outros dedos	5%
182) — Luxações não reduzidas e irreduzíveis :	
a) — polegar : 1) falangeta	5%
2) metacarpo falangiana	20%
3) quando há cicatrizes aderen- tes da palma da mão e rigidez dos outros dedos	40%
4) polegar sem ação	3%
5) polegar colado ao indicador .	20%
183) — Idem, dos dedos :	
a) — falangeta	3%
b) — falanginha e falangeta	15%

184) — Amputações ou desarticulações, ablação isolada do polegar ou de um dedo parcial ou total :	
a) — polegar : 1) metade da falange terminal .	5%
2) falange terminal inteira	15%
3) duas falanges com ou sem a cabeça do metacarpo	30%
4) as duas falanges e o 1.º me- tacarpiano inteiro	35%
185) — Idem, do indicador :	
a) — metade da falange terminal	3%
b) — falange terminal	6%
c) — duas falanges	12%
d) — três falanges, com ou sem a cabeça do me- tacarpo	15%
186) — Idem, do médio :	
a) — falange terminal	5%
b) — duas falanges	9%
c) — três falanges	12%
187) — Idem, do anular :	
a) — falange terminal	4%
b) — duas falanges	8%
c) — três falanges	10%
188) — Idem, do auricular :	
a) — falange terminal	3%
b) — duas falanges	7%
c) — três falanges	8%
189) — Ablação de vários dedos :	
Ablação de dois dedos, com os metacarpos cor- respondentes :	
a) — indicador e um outro dedo	40%
b) — outros dois dedos (sem o indicador)	20%
190) — Quando há mobilidade do polegar e dos outros dedos :	
a) — ablação de dois dedos, com ou sem os me- tacarpos correspondentes, quando a rigidez do polegar é muito pronunciada bem como dos outros dedos e há atrofia da mão ..	50%
191) — Ablação de três dedos, com os metacarpos cor- respondentes :	
a) — indicador e dois outros dedos	40%

b) — médio, anular, auricular (reduzindo estado de mobilidade do polegar e do indicador)	50%
c) — quando há mobilidade do polegar e do dedo restante	60%
192) — Ablação de três dedos, sem os metacarpos correspondentes :	
a) — indicador e dois outros dedos (quando há mobilidade do polegar e do dedo restante	45%
b) — médio, anular e auricular, idem	35%
c) — quando há imobilidade do polegar e do dedo restante	60%
193) — Ablação da falangeta do polegar e das duas últimas falanges do indicador :	
a) — com mobilidade completa dos côtos	20%
b) — sem essa mobilidade	30%
194) — Ablação total do polegar e do indicador :	
a) — se há perfeita mobilidade dos outros dedos para apreensão da palma da mão	45%
b) — se há o contrário	60%
195) — Ablação total do polegar e de três ou dois dedos, não contando o indicador	60%
196) — Ablação de quatro dedos :	
a) — ficando o polegar, móvel	50%
b) — idem, com sua imobilidade	60%
197) — Ablação simultânea nas duas mãos :	
a) — dos polegares e de todos os dedos	100%
b) — dos polegares e de todos os dedos, menos um	100%
c) — dos polegares e de três ou quatro dedos	100%
d) — dos dois polegares	70%
e) — dos dois polegares e dos dois índices	90%
f) — dos dois polegares de três ou quatro dedos, menos o indicador	80%
198) — Metacarpo :	
a) — Calo disforme, saliente, perturbando a mobilidade dos dedos correspondentes	15%

b) — fratura com perda de substância óssea sobre um ou outro bordo da mão, desvio secundário da mão, perturbação acentuada da mobilidade dos dedos	20%
c) — fratura de Bennet	15%
199) — Perda total da mão :	
a) — por desarticulação do punho ou amputação baixa do ante-braço	70%
b) — por desarticulação dos cinco metacarpos	70%
c) — por amputação intrametacarpiana	70%
d) — por amputação do polegar e de quatro dedos	70%
e) — perda das duas mãos	100%
200) — Punho — fraturas e luxações :	
a) — luxação — fratura do semilunar	20%
b) — fratura do escafoide do carpo	20%
c) — luxação do semilunar e do grande osso	25%
d) — osteoparose post traumática	25%
201) — Punho — articulações rígidas e anquiloses parciais :	
a) — rigidez de extensão e flexão	8%
b) — rigidez de pronação e supinação	10%
c) — rigidez combinada	20%
202) — Punho — anquiloses completas :	
a) — em extensão e meia pronação, polegar para cima, polegar e dedos móveis	20%
b) — em extensão e pronação completa, dedos móveis	25%
c) — em extensão e pronação completa, dedos rígidos	40%
d) — em extensão e supinação, de acordo com o grau de mobilidade dos dedos	50%
e) — em flexão e pronação, idem	60%
f) — em flexão e supinação, dedos móveis	50%
g) — em flexão e supinação, dedos anquilosados, perda de uso da mão	60%
203) — Punho — pseudoartrose — após ressecções e perdas de substâncias	45%
204) — Mão em feixe por perda de substância de um dos ossos do ante-braço, com desvio lateral e perturbações da mobilidade dos dedos	40%

205) — Mão com retração da apronevrose palmar e edema duro traumático	20%
206) — Ante-braço — fraturas :	
a) — com inflexão lateral ou ântero posterior dos dois ossos com perturbação consecuti- va dos movimentos da mão	15%
b) — limitação dos movimentos de torsão (pro- nação e supinação) :	
1) pronação conservada, supinação abo- lida	10%
2) pronação abolida, supinação conser- vada	15%
c) — supressão dos movimentos de torsão, com imobilização :	
1) em meia pronação, polegar para cima	15%
2) em pronação completa	25%
3) em supinação completa	40%
d) — retração isquêmica de Volkmann, após re- liquats e sequelas :	
1) fraturas diafisárias simultâneas do cúbito e do rádio	35%
2) fratura da diáfise do rádio	15%
3) fratura da diáfise do cúbito	12%
4) fratura da epífise distal do rádio	20%
5) fratura da apófise estilóide radial ou cúbital	5%
207) — Ante-braço — pseudoartrose dos dois ossos :	
a) — apertada	20%
b) — frouxa	50%
208) — Ante-braço — idem de um só osso :	
a) — rádio : 1) apertada	10%
2) frouxa	40%
b) — cúbito : 1) apertada	5%
2) frouxa	30%
209) — Ante-braço — amputação :	
1) no terço superior	75%
2) no terço médio	70%
3) no terço inferior	70%
210) — Cotovelo — perturbações da extensão completa (180°) ou da flexão completa (30°) — por sim- ples rigidez	25%

211) — Cotovelo — anquiloses completas	50%
212) — Cotovelo — anquiloses incompletas	40%
213) — Cotovelo — fratura do olecrânio, com calos per- turbando os movimentos	25%
214) — Cotovelo — pseudoartroses	50%
215) — Desarticulação do cotovelo	80%
216) — Braço — fratura do úmero normalmente conso- lidada	5%
217) — Braço — fratura do úmero, com deformação e atrofia muscular, sem paralisia radial	30%
218) — Braço — pseudoartrose terço médio do úmero	50%
219) — Braço — amputação no terço médio ou inferior	80%
220) — Braço — amputação no terço superior	90%
221) — Espádua — Rigidez articular	30%
222) — Espádua — a) com mobilidade do omoplata	45%
b) com luxação do omoplata	60%
223) — Espádua — periartrose crônica dolorosa, com perturbações do movimento e atrofia	35%
224) — Espádua — pseudoartrose por ressecções largas ou perdas externas de substâncias ósseas	70%
225) — Espádua — pseudoartrose por luxação recidivante	20%
226) — Espádua — desarticulação da espádua, ampu- tação no colo cirúrgico ou terço superior	90%
227) — Espádua — amputação inter-escápulo-torácica	95%
228) — Perda dos dois membros superiores	100%
229) — Espádua — lesões musculares :	
a) — rutura mais ou menos completa do deltóide	20%
b) — rutura do biceps incompleta	15%
c) — rutura do biceps completa	25%
d) — rutura do triceps parcial	20%
e) — rutura do triceps total	30%
230) — Clavícula — fraturas :	
a) — bem consolidada, sem rigidez da espádua	2%
b) — idem, calo mais ou menos saliente com ri- gidez da espádua	15%
c) — fratura dupla, calos salientes, rigidez das espáduas	30%
d) — calo disforme, com compressões nervosas	40%
e) — pseudoartrose	10%
231) — Clavícula — luxações não reduzidas :	
a) — externa	4%
b) — interna	6%

- 232) — Omoplata — com fraturas e perturbações funcionais completas 50%

MEMBRO INFERIOR:

ARTE LHOS

- 233) — Rigidez articular 5%
- 234) — Anquiloses completas:
- a) — grande artelho:
 - 1) em sua posição de hiperextensão, de flexão, de desvio lateral 12%
 - 2) em boa posição, no sentido do eixo do pé 5%
 - b) — outros artelhos:
 - 1) má posição (hiperextensão, flexão, calvalgamento) 15%
 - 2) em posição retilínea favorável 5%
- 235) — Amputações e desarticulações:
- a) — grande artelho:
 - 1) segunda falange 5%
 - 2) idem e inércia da primeira 8%
 - 3) as duas falanges 10%
 - b) — outros artelhos:
 - 1) terceiro e quarto artelhos 2%
 - 2) segundo e quarto artelhos 3%
 - c) — ablação simultânea:
 - 1) primeiro e segundo artelhos 10%
 - 2) primeiro, segundo e terceiro artelhos 12%
 - 3) idem, idem, idem e quarto artelhos .. 15%
 - 4) segundo, terceiro e quarto artelhos .. 5%
 - 5) idem, idem, idem e quinto artelhos .. 10%
 - 6) terceiro e quarto artelhos 2%
 - 7) idem, idem e quinto artelhos 5%
 - 8) quarto e quinto artelhos 4%
 - 9) grande artelho e todos os demais ... 25%
- 236) — Amputações e desarticulações, com os metatarsos:
- 1) grande artelho 20%
 - 2) segundo ou quinto 10%
 - 3) terceiro ou quarto 5%
 - 4) primeiro e segundo 25%
 - 5) quarto e quinto 20%
 - 6) terceiro, quarto e quinto 25%
 - 7) todos (Lisfranc) 35%

METATARSOS

- 237) — Fraturas: 1) primeiro metatarso 15%
- 2) quinto metatarso 8%
 - 3) de um metatarso médio 5%

TARSO

- 238) — Fraturas ou luxações do metatarsos e do tarso, ou fraturas e luxações combinadas:
- 1) planta do pé abaixada e dolorosa 15%
 - 2) desvio do pé para dentro ou para fora: rotação (pied bot traumático) 25%
 - 3) pied bot traumático, com deformação considerável e fixa: imobilidade dos artelhos, atrofia da perna (impotência do pé) 50%
- 239) — Fraturas isoladas dos ossos do tarso com sequelas:
- 1) astrágalo 30%
 - 2) corpo do calcâneo 40%
 - 3) grande apófise do calcâneo 10%
 - 4) pequena apófise do calcâneo 5%
 - 5) tuberosidade posterior 10%
 - 6) os dois calcâneos 60%
 - 7) escafóide 15%
 - 8) cubóide 15%
 - 9) cuneiformes 20%
- 240) — Desarticulações e amputações — mediotarsiana (Chopart):
- 1) boa atitude e mobilidade suficiente do côto 35%
 - 2) má atitude, com báciaula do côto e marcha sobre a extremidade do côto 40%
 - 3) sub-astragaliana 40%
 - 4) operação de Piragoff 40%
 - 5) operação de Ricard 35%
 - 6) astragalectomia 30%

PÉ

- 241) — Articulação tibio-társica, de amplitude equivalente a 40° em ângulo reto, no normal:
- 1) rigidez 30%
 - 2) anquilose em ângulo reto sem deformação do pé e com mobilidade suficiente dos artelhos 20%

3) idem, idem, com deformação do pé e prejuízo dos movimentos dos artelhos	25%
4) em atitude viciosa (pé equino, varus, valgus, talus)	50%
242) — Desarticulação e amputação :	
1) desarticulação tíbio-társica (Syme ou Gyon)	50%
2) Amputação dos dois pés	100%
PERNA	
243) — Fraturas : perônio só :	
1) em cima, sem complicação	2%
2) da diáfise	2%
3) maléolo externo	1%
244) — Fratura da tibia só :	
1) toda a extremidade superior	40%
2) tuberosidade anterior	10%
3) diáfise	15%
4) maléolo interno	20%
5) fratura simultânea da diáfise dos dois ossos	10%
6) fratura supra maleolar	15%
7) fratura bi-maleolar	20%
245) — Calos viciosos :	
a) — em consequência de fraturas maleolares :	
1) deslocamento do pé para dentro	40%
2) deslocamento do pé para fora	45%
b) — em consequência de fratura da diáfise :	
1) consolidação retilínea, com encurtamento (3 a 4 cm), calo exuberante com atrofia muscular	25%
2) consolidação angular, com desvio da perna para dentro ou para fora, desvio secundário do pé, encurtamento (4 cm); marcha possível	40%
3) consolidação angular, com encurtamento grande, marcha impossível ..	65%
4) pseudoartrose dos dois ossos	60%
246) — Amputações :	
1) no terço superior	70%
2) no terço médio ou inferior ..	65%
3) das duas pernas	100%

RÓTULA

247) — Fraturas :	1) parciais	5%
	2) verticais	15%
248) — Calos :		
	1) ósseo ou fibroso curto, boa extensão, flexão pouco limitada	15%
	2) fibroso longo, extensão ativa completa, mas fraca, flexão pouco limitada	25%
	3) fibroso longo, extensão ativa, quase nula, atrofia notável do osso	45%
249) — Ablação da rótula, com joelho livre, atrofia notável do triceps e extensão insuficiente		
		40%

JOELHO

250) — Rigidez articular, com ou sem frouxidão, lateral ou pósterio-anterior	30%
251) — Anquiloses completas :	
1) posição favorável, em extensão completa de 180° ou quase completa de 135°	35%
2) posição desfavorável, em flexão de 135° a 30°	65%
3) moléstia de Pelegrini e Hoffa	10%
252) — Entorse — Hidartrose :	
1) hidartrose ligeira	10%
2) idem, crônica, com recaídas, com amiotrofia	20%
3) idem, crônica dupla e volumosa com amiotrofia bilateral	35%
4) rutura ou luxação dos meniscos do joelho ..	30%
5) rutura do tendão rotuliano	15%
6) corpos estranhos traumáticos	20%
253) — Fraturas da extremidade inferior do fêmur, superior da tibia e combinadas, com rigidez, anquilose	
	50%
254) — Calos viciosos :	
1) anquilose em extensão, joelho valgum	55%
2) idem, joelho varum	55%

255) — Pseudoartroses, após ressecção do joelho :	
1) se o encurtamento não passa de 6 cm e se não está o joelho frouxo	50%
2) joelho pendente	65%
3) desarticulação	75%

COXA

256) — Fratura diáfise do fêmur	60%
257) — Fratura do colo do fêmur	80%
258) — Calos viciosos :	
1) consolidação em caxado em uma fratura sub-trocanteriana, com dores e acentuado encurtamento	70%
2) pseudoartroses	70%
259) — Amputações :	
1) intertrocanteriana	95%
2) sub-trocanteriana	90%
3) no terço médio	80%
4) no terço inferior	75%

ANOTAÇÕES FINAIS :

260) — Ruturas musculares completas triceps, adutores ..	20%
261) — Rutura completa do tendão de aquiles	25%
262) — Rutura completa dos peroneiros laterais	20%
263) — Encurtamentos (perna ou coxa) :	
1) menos de 2 cm	0%
2) de 2 a 3 cm	3%
3) de 3 a 6 cm	10%
4) de 6 a 8 cm	15%
5) de 8 a 10 cm	20%
6) além de 10 cm	25%
264) — Amputações :	
1) de um membro superior e de um membro inferior, qualquer que seja a combinação	100%
2) dos dois membros inferiores	100%
265) — Quadril — rigidez	40%
266) — Quadril — anquiloses completas :	
1) reta	50%
2) em má attitude	60%

3) ambos os lados	100%
4) quadril oscilante	80%
5) desarticulação	95%
6) amputação inter-ileo-abdominal	100%

XIII) — CONCLUSÕES

Feitas estas reflexões sobre os pontos mais interessantes atinentes ao amparo do Estado, achamos que o soldado acidentado no período de incorporação poderá ter socorro imediato de hospitalização, e posteriormente sua reforma condicionada à Tabela de incapacidade.

Se o soldado tiver capacidade restante fisica poderá ser reeducado e trabalhar em estabelecimentos militares para melhorar sua situação de incapaz.

Se funcionarem as Caixas Econômicas Militares, ou mesmo agindo diretamente o Governo, havendo deliberação de ser paga a reforma de uma só vez, o cálculo de quitação se fará sobre os vencimentos da praça no momento do acidente, no total de dez anos, dentro da tabela agora proposta.

Para desafogo do erário público, mesmo que o Governo pague todo o restante de vida do reformado dentro da tabela, percentagem de incapacidade nos vencimentos anuais, ainda haverá vantagem econômica pelo efeito da própria tabelação.

Para o intelectual certamente haverá um aumento proporcional de 10% sobre o constante da tabela.

Para facilitar o cálculo definitivo não foram os membros superiores divididos em direito e esquerdo, mas apenas melhoradas as equivalências funcionais numa só tabela de incapacidade; para os membros inferiores foram igualadas as funções e percentagens consequentemente.

Tendo em vista a situação social do sorteado, o Conselho Permanente de Arbitragem poderá melhorar a tabela de incapacidade.

Seis meses após a baixa do serviço, ou mesmo passados cinco anos, mediante um I. S. O., o soldado que se considerar protegido pela lei, pelo mal agravado ou pelo mal que surgir, poderá pedir o amparo do Estado.

A tabela de propina do soldado de capacidade restante, aproveitado, será feita de acordo com a produção apresentada.

Eis o nosso trabalho médico-legal, ajustado após interpretações de lições técnicas e sociológicas, marcando o grau de incapacidade definitiva tabelada, deixando o grau correspondente de capacidade restante aproveitável para melhor proteção futura.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — AUGUSTO PAULINO — Patologia Cirúrgica.
- 2) — BERARDINELLI, W. — Noções de Biotipologia.
- 3) — CAMARA LEAL, L. — Bases para "reformas" no Exército — 1939.
- 4) — CAMARA LEAL, L. — Possível convocação de incapazes relativos — Revista Brasileira — 1942.
- 5) — DUPLAY, ETC. — Diagnostic Chirurgicale.
- 6) — EDMUNDO VASCONCELOS — Métodos modernos de amputação — 1942.
- 7) — FLORENCIO DE ABREU e ARNALDO SERQUEIRA — Relatório base para reeducação dos inválidos — 1933.
- 8) — FORGUE — Patologie externe.
- 9) — HELVECIO XAVIER e GILBERTO FLORES — Acidentes do trabalho.
- 10) — HENRIQUE ROXO — Psicanálise e outros estudos.
- 11) — LAURENS — Clinique Chirurgicale.
- 12) — PEREGRINO JUNIOR — Biotipologia pedagógica — 1940.
- 13) — ROCHA VAZ — Constituição individual e recrutamento militar — 1942 — Revista Brasileira de Medicina.
- 14) — THORECK — Técnica Cirúrgica — 1942.
- 15) — WALDEMAR FERREIRA — Justiça do Trabalho — 1940.
- 16) — DECRETO DE 24 DE MAIO DE 1939 — Journal Officiel da França.

O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E
SUAS ATIVIDADES

Dr. Azais de Freitas Duarte

Major-médico. Chefe da Clínica Cirúrgica e da
14.^a Enfermaria.

Através dos seus 53 anos de funcionamento continuou sempre em ascensão o Hospital Central do Exército e, no decurso de sua atual administração, atingiu o máximo de eficiência, sendo também o órgão máximo de tratamento do Corpo de Saúde do Exército.

A atividade contínua e fecunda dos profissionais ali em serviço, aumentada constantemente com novos encargos, tem exigido ingente esforço afim de serem atingidos seus verdadeiros fins. Assim, ao completar dois anos na direção do hospital, o Cel. Florencio de Abreu teve o grande prazer em registar que seu programa fôra inteiramente executado, tendo o referido nosocômio atingido realmente os objetivos pré-estabelecidos, inclusive o de apresentar uma recuperação de 94% relativa aos doentes que nesse período estiveram internados.

No momento atual, o Hospital Central do Exército, com sua capacidade grandemente aumentada, dispõe de serviços dos mais modernos, com instalações perfeitas, apesar da deficiente provisão de técnicos, atendendo plenamente a sua finalidade.

Elementos selecionados do Corpo de Saúde se acham à frente dos diversos serviços, constituindo o seu todo uma perfeita Escola, onde os técnicos aprendem e ensinam, aperfeiçoando os novos colegas que em estágios sucessivos completam seus conhecimentos, adestrando-se nos misteres da medicina militar.

Irradiada na "Hora Médica", em 19 de novembro de 1943.

Tudo é fácil, tudo é possível quando uma orientação firme e sistemática norteia uma digna administração. E assim o Cel. Florêncio de Abreu, organizando programa certo, com sua larga visão de profissional e de soldado, com suas excepcionais qualidades de administrador, tem obtido o prêmio de seu esforço, aliado à glória do seu valor, de sua dedicação e de seu amor à classe.

A ciência médico-militar, digamos, obedece porém a transformações evolutivas e faz parte hoje também da medicina social. Reconheceu-se por isso a necessidade de ampliar o seu âmbito de ação e dar-lhe um cunho mais positivo.

Já de longe se vinha sentindo imperiosa e urgente necessidade de maior amparo às famílias dos militares. Embora individualmente atendidos, faltava-lhes uma obra de assistência hospitalar ampla, estendendo-se até a um serviço de maternidade. A falta de legislação própria, a par dos problemas a serem vencidos, criavam dificuldades sucessivas, tornando a questão insolúvel para uma tarefa social de grande envergadura que exigia, além de aparelhagem adequada, uma direção firme e clarividente.

Foi exatamente no dia 7 de Novembro do ano passado, quando o Hospital Central do Exército comemorava festivamente o primeiro aniversário de sua atual administração, que o Cel. Florêncio de Abreu, ao ser inaugurado o pavilhão destinado à assistência aos oficiais, solicitou ao Exmo. Sr. Presidente da República torná-la também extensiva às respectivas famílias.

O Sr. Getúlio Vargas, desejando prestar novos benefícios aos militares, manifestou-se prontamente favorável a essa idéia, sendo sua resolução de imediato abafada por intensa e prolongada salva de palmas de toda a assistência àquela solenidade, manifestação sincera e certa de mais este amparo social que então seria iniciado.

O Sr. Ministro da Guerra, com o aviso 547 de 1.º de Março do corrente ano, regulou a autorização de serem internadas no Hospital Central do Exército as famílias dos militares. Tão depressa entrou em vigor este aviso, logo os resultados mais completos se verificaram, tornando-se difícil à administração atender aos constantes pedidos de internação dos interessados na secção referida. Insistiam em conseguí-la por todos os meios, forçando os dispositivos em vigor, pois que as contingências da vida e os resultados constituíam a melhor propaganda, a despeito dos inconvenientes decorrentes da falta de acomodações para internação e devida assistência.

Resolvido este magno problema de assistência social, com o perfeito funcionamento de suas secções, inclusive a de maternidade, ficou cabalmente demonstrada a sua utilidade, benefício esse só devidamente apreciado pelos militares que o tem usufruído. Assim, no decorrer deste ano grande foi o número de senhoras favorecidas

com a medida posta em prática, evidenciando-se que os oficiais do Corpo de Saúde eram capazes de dar à mesma toda a eficiência possível.

No momento atual, unidos num grandioso programa de guerra, temos outros problemas que exigem do Hospital Central do Exército um esforço contínuo e constante dedicação afim de que, colaborando mais estreitamente, sejam os mesmos resolvidos com acerto.

As atividades dos oficiais deste hospital têm sido grandemente aumentadas, seja com o maior número de doentes, seja com maior trabalho nos seus laboratórios, seja com exames e pareceres para as juntas de seleção de pessoal, além do considerável aumento na frequência dos diversos ambulatórios.

A movimentação e o preparo de enfermeiras, adestrando-lhes na nobre missão de socorrer feridos, aliviar-lhes a dor e consolá-los com bondade tem sido feito em grande parte nas diversas enfermarias e serviços do hospital.

Grandiosa tem sido a colaboração das Irmãs Religiosas e dentre estas as de S. Vicente de Paula que, desde muitos anos, exercem atividade como zeladoras e agora também como enfermeiras-religiosas, imprimindo nos diversos setores ordem e disciplina, além dos elevados sentimentos de fé, de esperança e de caridade.

As reservas de saúde têm constantemente tomado contacto direto com as instalações existentes, adaptando-se aos detalhes da medicina militar, todos num grandioso esforço imprescindível ao combate que o Brasil desenvolve, em colaboração com as nações aliadas contra a violência e o totalitarismo nazista.

O ENSINO MÉDICO-MILITAR NO BRASIL

Dr. Francisco Correia Leitão

Capitão-médico, membro da Academia Brasileira
de Medicina Militar.

O início do ensino médico no Brasil está intimamente vinculado às forças armadas.

Portugal mantinha, espalhado no vasto território da sua colônia, até mesmo nas mais remotas paragens, ainda hoje pouco habitadas, um apreciável Exército de perto de 24 mil homens. Ora, essa tropa sempre se fez acompanhar por médicos militares e é possível que o ensino médico, no Brasil, tenha começado nas enfermarias e hospitais militares.

Para assim pensar, basta citar o caso de um dos maiores médicos brasileiros desse tempo, que acabou cirurgião da casa real portuguesa. Refiro-me ao Dr. José Corrêa Picanço, nascido em 1745 em Goiana, Pernambuco, que após um estudo de letras, em Recife, obteve do governador da capitania, Conde de Vila-Flor, ser nomeado "cirurgião do corpo avulso dos oficiais da ordenança dos entrados e reformados". Este fato, da nomeação de Picanço para médico militar de uma corporação militar, numa época em que não havia Escola de Medicina oficial no Brasil, indica-nos que devia ele ter aprendido a sua arte no convívio dos cirurgiões militares do Recife colonial. Mais tarde foi Picanço à Europa, doutorou-se em medicina na conhecida faculdade de Montpellier, casou-se com a filha de um catedrático da faculdade francesa e veio a ser professor de cirurgia e anatomia em Coimbra e primeiro cirurgião da casa real. Veio em 1807 com a família real para o

Irradiada na "Hora Médica", em 12 de novembro de 1943.

Brasil e, na demora do príncipe regente na Bahia, conseguiu d'ele a criação official da primeira escola de cirurgia do Brasil, em 18 de fevereiro de 1808. Digo official porque, de fato, no Rio de Janeiro, no seu Hospital Militar, em 1805, informa-nos Florêncio de Abreu, já havia ensino médico e, quando, entre as realizações do governo de D. João VI, enumera-se a criação do Hospital Militar, isto se refere à sua instalação no antigo Colégio dos Jesuitas, situado no então existente Morro do Castelo. E foi nesse velho Hospital do Morro do Castelo, em 1808, que surgiu a primitiva Escola Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro, mais tarde, em 1832, por ato da Regência, transformada definitivamente em Faculdade de Medicina e ocupando, então, todo o edificio do velho Hospital Militar. Foi este o começo da nossa gloriosa Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, sem favor a maior expressão da cultura médica entre nós, onde ensinaram os nomes mais ilustres e representativos da medicina brasileira e, ainda hoje, cenáculo de sábios.

Eis as informações históricas que nos mostram o papel representado pelo médico militar no ensino médico do país, mas o ensino da medicina militar propriamente dita, só muito mais tarde, veio a ser realidade. É mesmo de criação recente.

Poderão perguntar, haverá uma medicina militar, diferente da medicina civil, com disciplinas próprias, exigindo cursos especiais para o seu aprendizado?

Mas eis o que é óbvio e o que os inúmeros cursos ultimamente ministrados pela Diretoria de Saúde do Exército e pelos Serviços de Saúde das várias regiões militares tornaram bem evidente.

Já aos nossos homens do Império não havia escapado a necessidade do ensino militar. Assim, em 13 de março de 1867, é apresentado ao congresso um projeto de lei para organização do Corpo de Saúde do Exército, sendo relator o dr. José Ribeiro de Souza Fontes e levando as assinaturas do conselheiro Joaquim Cândido Soares Meirelles e do conselheiro José Antônio de Calazans Rodrigues. Neste projeto, entre outras propostas, figurava "a criação de cadeiras, nas quais se ensinarão matérias que tendem a aperfeiçoar os conhecimentos médicos daqueles que compuzerem o quadro do Corpo de Saúde".

Diga-se, de passagem, que foi este um dos mais inteligentes projetos já concebidos para a organização do Serviço de Saúde do Exército e muitos dos problemas e das aspirações do quadro de médicos militares, já nele se acham examinados com uma superior visão: "nada mais justo, diz o projeto, que aqueles que estão sujeitos às regras militares debaixo de seus mais rigorosos pontos de vista também o estejam quando se tratar de vantagens".

Eis algumas justificativas do projeto: deseja (a secção da comissão de exame de legislação do Exército) que os médicos passem por outras provas que terão por fim mostrá-los habilitados em conhecimentos especiais ao serviço militar, donde deve nascer a uniformidade desse serviço; porque, sendo o modo de sua execução explicado metodicamente nas cadeiras cuja criação propõe, é natural que fiquem aqueles que se tiverem ensaiado uniformemente nessas doutrinas, habilitados para com acerto e vantagem trabalharem em benefício dos individuos que lhe forem confiados e dos cofres do estado". "As vantagens da criação das cadeiras são intuitivas, e a criação de uma escola especial seria ainda muito mais vantajosa; a secção, porém, não ousa propor essa escola, porque receia a grande despesa que ela traria; e a não ser essa razão votaria antes por esta última idéia, isto é, pela criação da escola especial de medicina e farmácia militares, do que pela proposta que faz".

E vinha a legislação proposta:

Art. 17 — Criar-se-ão, para aperfeiçoamento e complemento dos estudos especiais dos candidatos a officiais do corpo de saúde do Exército, quatro cadeiras, que serão anexas à faculdade de medicina do Rio de Janeiro, e nas quais se ensinarão as matérias seguintes:

1.º — Cadeira de clinica médica, cujo lente se incumbirá, não só da clinica médica exercida no hospital militar, mas também de tratar teoricamente das moléstias e epidemias dos exércitos.

2.º — Cadeira de clinica cirúrgica, cujo lente se incumbirá, não só do ensino da clinica cirúrgica exercida no hospital militar, mas também de medicina operatória, aparelhos, feridas produzidas por armas de guerra e anatomia topográfica.

3.º — Cadeira de hygiene e medicina legal militares para essas matérias.

4.º — Cadeira de clinica e farmácia práticas, para as mesmas matérias, porém em relação ao serviço dos exércitos.

Art. 18 — Estas cadeiras serão preenchidas por médicos do corpo de saúde do exército, com patente nunca inferior à de capitão, que, tendo sido habilitados por concurso segundo as regras estabelecidas nos estatutos e regulamentos das faculdades de medicina do Império, forem escolhidos e nomeados pelo governo.

Parágrafo único — O concurso terá lugar na Faculdade do Rio de Janeiro e, perante a sua congregação, que será o tribunal julgador.

Cito estes textos em homenagem ao bom discernimento e à inteligência dos que nos antecederam. E a escola especial que os legisladores da época não ousaram propor — com receio das grandes despesas — foi, finalmente, criada pelo governo da República.

pelo Decreto n. 15.230, de 31 de dezembro de 1921, com o nome de Escola de Aplicação do Serviço de Saúde do Exército. Em 8 de maio de 1927 foi ela inaugurada e passou a funcionar com dois cursos: o curso de aplicação para os médicos e farmacêuticos que ingressam nos quadros, e o curso de aperfeiçoamento para os demais oficiais médicos e farmacêuticos.

Esses cursos se originaram da missão militar francesa chefiada pelo General Gamelin, que trouxe consigo dois médicos militares: Drs. Louis Marland e Jean Bouissou.

Atualmente, chama-se Escola de Saúde do Exército e está instalada em belo e amplo edificio próprio, à rua Moncorvo Filho.

Funcionam nela os seguintes cursos: Curso de aperfeiçoamento de médicos; curso de formação de oficiais médicos, curso de enfermeiros; curso de manipuladores de farmácia.

Não estão funcionando presentemente os cursos de aperfeiçoamento e de formação de oficiais farmacêuticos.

O curso de formação de médicos é constituído das seguintes disciplinas:

- 1.º — Serviço de Saúde em Campanha. (Tática sanitária).
- 2.º — Legislação militar, S. S. em tempo de paz e Medicina legal militar.
- 3.º — Cirurgia de guerra — Técnica operatória. Aparelhos e Ortopedia.
- 4.º — Higiene e epidemiologia militares e doenças dos Exércitos.

Além dessas disciplinas teóricas: estágio nas clínicas médica, cirúrgica, oftalmológica, oto-rino-laringológica e neuro psiquiátrica do Hospital Central do Exército.

Ainda: equitação.

O curso é de 8 a 9 meses.

O curso de aperfeiçoamento consta apenas de equitação e tática sanitária.

Eis, de maneira sucinta, o atual funcionamento do ensino médico militar no Brasil.

Muitos médicos ilustres se têm sobressaído nas matérias propriamente militares deste ensino, como sejam a cirurgia de guerra, a higiene militar, a medicina legal militar, a legislação militar e a tática sanitária, que reputo a expressão máxima da medicina militar, a atividade que define exatamente o médico militar.

Gostaria de poder citar nominalmente todos os que têm contribuído com o brilho de sua inteligência e o seu amor pela Medicina Militar, para o prestígio sempre crescente dos médicos do Exército.

Clinica Médica

CANCER NODULAR PRIMITIVO DO FÍGADO

Dr. André de Albuquerque Filho

Cap. Médico, Chefe da 4.ª Enfermaria do H. C. E.

OBSERVAÇÃO — D. C. soldado do Regimento Sampaio, com 24 anos de idade, natural do Estado do Rio e residente no quartel de sua Unidade.

INSPEÇÃO GERAL — melanodermo, normolineo, tipo mesoestênico. Deitado em decúbito lateral direito. Pele seca, sem circulação colateral e sem edemas. Sub icterícia não perceptível na superfície cutânea, porém visível nas mucosas, conjuntivas, abóbada palatina e na face inferior da língua. Alguns gânglios palpáveis na região inguinal de ambos os lados. Temperatura de 36,5.

ANTECEDENTES PESSOAIS — molestias próprias da infância. Nega passado venéreo. Não faz uso de alcool. Tabagista moderado. Sempre gosou boa saúde.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS — sem interesse clínico.

HISTÓRIA DA MOLESTIA — há cinco dias passados, sentiu forte dor no flanco direito com irradiação para a região lombar do mesmo lado, dor essa que foi amainando aos poucos e quase desapareceu. Veio para o hospital porque notou que a barriga estava crescendo (sic.). Após as refeições, trinta minutos mais ou menos, notava que a dor, quase desaparecida, exacerbava-se

novamente. Dispneia noturna. Urina vermelha, sem dor durante a micção.

APARELHO DIGESTIVO — Pela inspeção notamos abdome volumoso, umbigo proeminente, sem circulação colateral. Língua saburrosa. Dor à palpação na metade direita do abdome. Fígado crescido, excedendo o rebordo costal direito cinco centímetros, bosselado, duro, sensível à palpação. A borda superior, na linha mamilar, correspondia à 5.^a costela. Ascite. Timpanismo variável com o decúbito. O baço não estava acessível. Era difícil a palpação do mesmo em virtude da ascite. Colocado o doente na posição de Schuster, verificámos que o baço não estava aumentado de volume.

APARELHO CIRCULATORIO — Ictus cordis no 3.^o espaço intercostal esquerdo. Pulso cheio, ritmado, com 78 batimentos por minuto. Pressão Mx 13, Mn 7. Ausência de frêmito. Bulhas normais.

APARELHO RESPIRATORIO — Alguns estertores sibilantes de bronquite disseminados em toda área de ambos os pulmões.

APARELHO URINARIO — O exame de urina revelou traços de urobilina, ácidos, pigmentos e sais biliares.

SISTEMA NERVOSO — Normal.

Estavamos diante de um doente com ascite e fígado aumentado; impunha-se a punção exploradora. O aspecto do líquido, os seus caracteres físicos, o exame bacterioscópico e citológico nos daria indicações para o diagnóstico. Feita a punção, obtivemos um líquido hemorrágico cujo exame direto foi negativo para o bacilo de Koch. O exame citológico foi o seguinte:

INSTITUTO MILITAR DE BIOLOGIA

Nome: D. C. Material a examinar: Líquido ascítico.
N.º: 77. Data: 1-11-1944. Natureza do exame: Citológico.
A pedido da 4.^a Enfermaria.
Resultado: Contagem diferencial.

Eosinófilos	3%
Neutrófilos	18%
Linfócitos	21%
Células endotelióides	58%

Observação: Líquido hemorrágico.
(Assinado) Dr. João M. de Mendonça. Cap. Médico.

O exame radiográfico do coração, vasos da base e campos pleuro pulmonares foi o seguinte:

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Gabinete de Radiologia

Soldado D. C. Peso: 60 Kg Idade: 24 anos. Altura 1,65m.
Teleradiografia do coração e vasos da base.

Radiodiagnóstico: Espessamento moderado dos hilos; sombra homogênea de tonalidade sub-costal e contornos regulares no polo superior do hilo direito (gânglio hipertrofiado). Atelectasia leve das bases pulmonares e levantamento da área cardíaca pela ascite; campos pleuro pulmonares com transparência normal; seios cardíacos e costal frênico normais pela inspiração profunda. Em 3-11-944. (assinado) Dr. Thiers de Almeida. Cap. Médico.

Reações sorológicas: Wassermann, Kahn e Kline negativas. A urina, como vimos, continha pequena quantidade de urobilina, ácidos, pigmentos e sais biliares. Fezes descoradas. Uréia diminuída na urina, o exame acusava 5,0 g por litro. É verdade que o regime alimentar concorria para a diminuição da mesma, mas em grande parte essa hipozotúria era devida à supressão da função uropoietica já em grande parte abolida.

DIAGNÓSTICO: A sífilis hepática podia apresentar-nos um quadro clínico dessa natureza, principalmente conservando um estado geral bom como no do nosso paciente. Tivemos que afastá-la pelos antecedentes — nascido a termo, nunca teve cancro — e também porque não tinha estigmas de sífilis.

As reações serológicas, como vimos, foram negativas. Argyll Robertson também negativo. Não havia esplenomegalia. A cirrose hipertrofica, tipo Hanot-Gilbert, própria dos alcoolistas, não era o nosso caso, tem sempre baço enorme, pouco líquido no peritônio e não hemorrágico.

A tuberculose peritoneal, que pode apresentar-se com fígado hipertrofiado, foi afastada por varias razões. Não havia antecedentes familiares, o doente não tinha febre, esta febre pequena, vespertal, que acompanha sempre os tuberculosos, e principalmente porque todos os exames foram negativos para o bacilo de Koch. A forma citológica não revelou aquela linfocitose pura, abundante, própria da peritonite tuberculosa, mas sim células endotelióides em grande quantidade, 58%, comum no câncer. Ficámos com o diagnóstico de câncer do fígado.

AUTOPSIA: A autopsia, feita pelo Major Dr. Abelardo Calmon de Oliveira, revelou câncer nodular primitivo do fígado com metástase no pulmão direito. Não havia absolutamente si-

nais de neoplasma em outro órgão. Feita minuciosa investigação em tôdas as vísceras, principalmente no estômago e intestino, nada foi constatado. A pequena metástase encontrada no pulmão direito e confirmada pelo exame histo-patológico forneceu à radiografia, conforme já referimos, uma sombra homogênea de contornos regulares, que foi tomada, com justa razão, por um gânglio hipertrofiado. Não havia nenhum derrame pleural. O pleris canceroso, que freqüentemente ataca o pulmão direito através do diafragma com derrame hemorrágico, não estava presente. Baço normal.

EXAME HISTO-PATOLÓGICO: Foi o seguinte:
INSTITUTO MILITAR DE BIOLOGIA

N.º 1165. Data: 20-12-1944. Nome: Saldado D. C.
 Material a examinar e sua procedência: Fígado e Pulmão.
 Natureza do exame: Histopatológico.
 A pedido da 4.ª Enfermaria.
 Diagnóstico anátomo-patológico. Fígado: Carcinoma.
 Pulmão: Carcinoma metastático.
 (Assinado) Dr. José Monteiro Sampaio. Major Médico.

CONSIDERAÇÕES GERAIS: O doente permaneceu no nosso serviço apenas 24 dias, pois faleceu no fim desse prazo. A evolução do câncer foi de uma rapidez extraordinária. Moléstia caquetisante por excelência, não deixou entretanto o doente no estado de miséria orgânica, e profunda anemia, que observamos comumente. Permaneceu latente durante quase todo o tempo de sua evolução, permitindo a permanência do paciente no quartel de sua Unidade, participando de todos os exercícios e obrigações de uma vida agitada como seja a da caserna. Os seus sofrimentos dataram de cinco dias, antes de sua baixa ao hospital informou-nos a anamnese, constituídos por dores no flanco direito com irradiações para a região lombar do mesmo lado, dores essas que foram amainando aos poucos e quase desapareceram! Veio para o hospital porque notou que a barriga estava crescendo (sic.). Não fosse a ascite na sua manifestação tardia e, certamente, o paciente teria permanecido ainda mais tempo no quartel. As perturbações digestivas e a febre apareceram depois da chegada do doente ao hospital. A própria ascite não molestava o doente, no início, apenas o impressionava profundamente, e a isso se referia freqüentemente, como querendo chamar a nossa atenção para tudo que, a seu ver, resumia a moléstia. Entretanto ela não era tão

pequena assim, pois já havia deslocado o coração, que batia no terceiro espaço intercostal esquerdo, conforme assinalamos na nossa observação, e ainda porque já havia compressão do diafragma produzindo dispnéia noturna. Uma vez constituído o derrame peritoneal aumentou rapidamente com tôdas as perturbações mórbidas dele decorrentes. Assim praticamos a paracentese feita ao nível da linha Monro Richter, e retiramos 2½ litros de líquido hemorrágico, o que provisoriamente trouxe alívio ao enfermo. Realmente o alívio foi passageiro, e, cinco dias após, o doente reclamava insistentemente que lhe esvasiássemos o ventre. Praticamos nova paracentese, desta vez ao nível da linha umbilico-púbica, esvasiando previamente a bexiga do paciente, e retiramos mais 3 litros de líquido em idênticas condições ao anterior. Outro fato interessante no caso foi a primitividade do câncer. Realmente o câncer do fígado, como sabemos, é quase sempre secundário, e os autores consideram raríssimo mesmo o neoplasma primitivo do fígado. Um primitivo para oito secundários (Hanot-Gilbert). Pela autopsia não encontramos aquela forma de amêndoa característica do câncer maciço. Aliás, já esperávamos isso, devido à superfície irregular, bosselada do fígado, e ainda pela presença de peri-hepatite traduzida pela ascite, porém supúnhamos fosse secundário. Entretanto, a autopsia não encontrou em nenhuma víscera, apesar da pesquisa minuciosa, outro blastoma. O nosso doente tinha realmente um carcinoma primitivo do fígado. Sendo raro o câncer primitivo do fígado, mais interessante ainda se torna quando, como no presente caso, se reveste da forma nodular. Este aspecto nodular é, na imensa maioria dos casos, secundário. L. Ramond, nas suas magistrais lições de Clínica Médica, diz que o câncer nodular é apenas o resultado da multiplicação, por metástase, in situ, de um câncer hepático primitivamente único. Outro fato que nos chamou a atenção foi a idade do paciente; moço, muito moço mesmo, no verdor dos seus 24 anos, quando essa moléstia é própria dos velhos. É ainda Ramond, com toda autoridade do seu nome, que nos diz: "O câncer primitivo do fígado é observado principalmente em homens de 50 a 65 anos". O Prof. Roffo, de Buenos Aires, que observou até o ano passado 120.000 enfermos, diz que a idade mais freqüente para o câncer é de 61 a 70 anos. Nesse limite de idade, o blastoma aparece numa percentagem de quase 30%. Entre 21 e 30 anos, caso do nosso doente, a percentagem de Roffo é de 0,73%.

UM CASO DE BLOQUEIO SINO-AURICULAR

Dr. Francisco Leitão

Capitão Médico.

Chefe do Gabinete de Eletrocardiologia e Metabologia do H. C. E. Membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar, Instrutor de Clínica Médica na E. S. E. Assistente do Prof. Rocha Vaz.

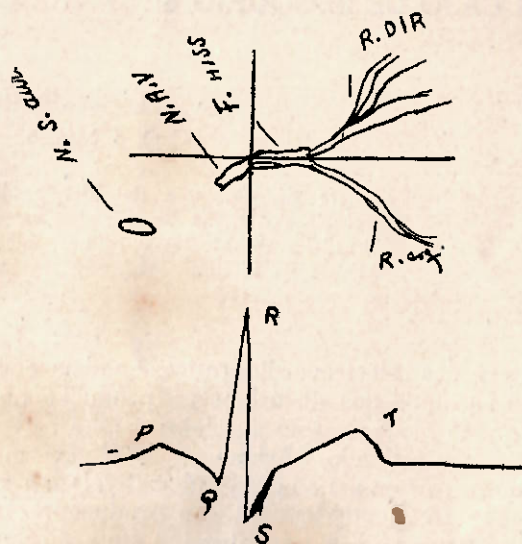
As alterações electrocardiográficas podem ser reunidas nos dois grandes grupos dos distúrbios na produção ou na condução do estímulo. O bloqueio sino-auricular é uma raríssima alteração na condução do estímulo (Ashman e Hull, em mais de 20.000 ecgs, não encontraram um só caso indiscutível) e a arritmia sinusal uma alteração freqüentíssima na sua produção. Embora alterações tão diferentes no seu mecanismo, a situação anatómica imprime-lhes um mesmo feitiço electrocardiográfico essencial. Portanto, levando-se em conta a semelhança dos traçados, a raridade de um, a freqüência da outra, o bom senso manda que se receba com as maiores reservas o diagnóstico de bloqueio sino-auricular.

É este, numa síntese, o mecanismo das duas alterações.

Os estímulos surgem no nódulo sinusal a intervalos iguais, não exatamente iguais, mas praticamente iguais. Geralmente, quando o estímulo nasce em intervalos de 0,80 de segundos, temos uma freqüência cardíaca de 75 batimentos por minuto. Neste caso, o estímulo leva 0,50 cent. de seg. para percorrer o miocárdio específico e o coração espera 0,30 cent. de seg. para que surja outro estímulo. Esse tempo de espera para surgir novo estímulo pode variar, como acontece na arritmia sinusal, chamada respiratória. Numa arritmia sinusal intensa, de alto grau, essa variação pode ser muito marcada e esse tempo de espera pode encur-

tar-se ou alongar-se muito, o que no ecg. traduzir-se-á por um menor ou maior espaço TP.

Ora no bloqueio sino-auricular o estímulo nasce, mas não é conduzido pelo miocárdio auricular, que o bloqueia: o resultado será uma pausa maior, expressa no ecg. por um espaço TP mais longo. Eis o que mostra a semelhança das duas perturbações. Ou o estímulo surja retardado ou nasça a tempo, mas fique bloqueiado, o resultado electracardiográfico será sempre o mesmo: não se fará a contração cardíaca e o ecg. terá o seu espaço TP alongado.



O estímulo nasce no nódulo sinusal, propaga-se ao miocárdio auricular-complexo auricular, onda P. Ganha depois o nódulo auriculo-ventricular, o Feixe de Hiss, marchando pelos "trilhos" até as últimas ramificações do miocárdio es- perífico — complexo ventricular — RST, seguido da linha iso-elétrica, diástole — espaço TP.

Mas no bloqueio há um dado interessante: é que a análise dos tempos dos vários acidentes pode mostrar que falta, exatamente, um ciclo; ao passo que uma arritmia com tal regularidade seria estranha.

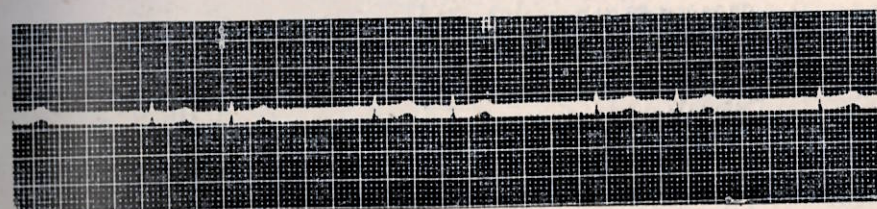
Assim, no traçado que ora apresento, o estímulo surgiu sempre a intervalos iguais e rápidos, apenas um desses estímulos foi bloqueiado, perdendo-se um ciclo.

Esse fato, de resto, pode verificar-se de uma maneira muito evidente no traçado, riscando-se num cartão ou papel superposto

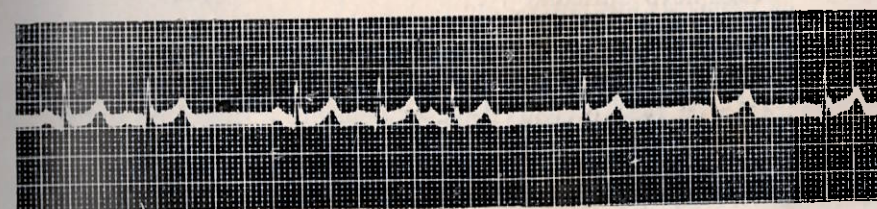
os lugares dos acidentes e deslocando-se o papel para a direita ou esquerda: ver-se-á a inteira regularidade dos ciclos e o lugar do ciclo que falta.

Cada linha vertical 1/25 seg.

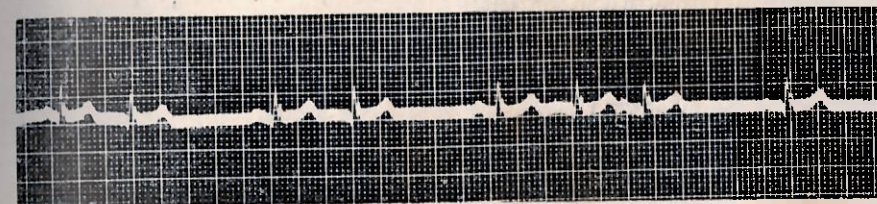
Cada linha horizontal 1mm.



Derivação I



Derivação II



Derivação III

Agora a análise cronológica do traçado

Cada sístole, portanto, dura 0,42 de segundo
Cada complexo auricular dura 0,14 de segundo
Cada complexo ventricular dura 0,28 de segundo
Isso nos vários ciclos.

O que varia é o espaço diastólico TP.

Em um ciclo ele é de 0,10 de segundo e em outro de 0,62 de segundo.

Portanto, tem-se:

sístoles de durações iguais
diástoles muito desiguais na duração.

Ora essa considerável desigualdade na duração da diástole, já surpreendente numa simples arritmia sinusal, ainda por cima é de um ciclo para outro, e com absoluta regularidade. Esses fatos não se coadunam bem com o diagnóstico de arritmia sinusal.

Assim, um ciclo tem a duração:

Complexo auricular	0,14
Complexo ventricular	0,28
Diástole	0,10

Duração de todo o ciclo 0,52

O outro ciclo:

Complexo auricular	0,14
Complexo ventricular	0,28
Diástole	0,62

Duração de todo o ciclo: 1,02, exatamente o dobro do outro ciclo, e isso unicamente à custa do espaço diastólico TP.

Ora esse espaço diastólico TP assim pode ser decomposto:

diástole	0,10
complexo auricular	0,14
complexo ventricular	0,28
diástole	0,10

Soma 0,62

Nessa grande diástole, portanto, pode intercalar-se exatamente um outro ciclo, o ciclo que se perdeu, igual a todos os outros ciclos do traçado, na duração dos seus complexos auriculares e, o que é mais importante, também das suas diástoles iguais.

A frequência média do traçado é de 80 ciclos por minuto.

O traçado ainda mostra distúrbios na condução intra-ventricular e o doente, um tuberculoso, veio a falecer alguns meses depois. Apesar do que dizem os já citados ASHMAN e HULL, no seu excelente livro sobre eletrocardiografia, penso poder concluir por um autêntico traçado de bloqueio sino-auricular.

Quero terminar fazendo uma referência aos trabalhos nacionais sobre o assunto, que tive a oportunidade de ler: "Bloco sino-auricular". Brasil Médico n.º 9, 1937, Pires Salgado e "Distúrbios da condução sino-auricular" Patologia Geral, Maio-Junho de 1940, Luiz Capriglione e Aarão Benchimol, merecem citação e leitura atenta.

Clinicas Cirúrgica e Uro-Proctológica

PERIURETRITES

Dr. João Ellentt

Capitão Médico, Chefe do Serviço de Uro-Proctologia do H. C. E. — Ex-assistente militar do Hospital Pronto Socorro — Ex-Instrutor da Escola de Saúde do Exército.

Periuretrites são supurações do tecido celular adjacente à uretra, tendo como causa principal a infecção uretral. São observadas sob a forma crônica ou aguda.

As formas agudas são sempre supurações localizadas circunscritas, os denominados abscessos urinosos, ou difusas, os fleimões urinosos ou infiltração de urina, esta última, denominação bem antiquada. A forma crônica é o tumor urinoso de evolução lenta.

Atribuiu-se a formação dessas supurações à passagem de urina através da uretra, levada por traumatismo ou processo patológico, urina essa que se infiltrava nos tecidos e atuava então pela quantidade e pela irritação que produzia.

Mais tarde essa hipótese foi modificada por novos estudos, chegando-se à conclusão de que as periuretrites obedecem a um mesmo fator etiológico, que a infecção dos tecidos é conseqüente a uma lesão uretral e que a urina pode ser causa accessória de disseminação.

A periuretrite aguda circunscrita ou difusa e a crônica se apresentam de acordo com a virulência e grau da infecção e ainda de acordo com o terreno em que evolve; é preciso notar que o estado geral também influe bastante, pois os casos maus são observados nos indivíduos cuja resistência orgânica está diminuída, por infecções endógenas ou exógenas, intoxicações etc., e nos doentes cardíacos, hepáticos ou renais. A causa mais freqüente é o es-

treitamento uretral e a infecção tem origem nas lesões retro-estric'turais.

A infecção folicular ou glandular no transcurso de uma uretrite aguda pode ser causa de periuretrite. Ainda como causa devemos citar os traumatismos externos ou internos, os traumatismos cirúrgicos, os cateterismos, as meatotomias etc.

Os germes responsáveis pelas periuretrites são aeróbios e anaeróbios, havendo observações em que são encontrados isoladamente ou associados.

Esses germes provêm ou da urétra, onde pululam na superfície ou nas glândulas e depressões, ou do aparelho urinário superior e veiculados pela urina, ou ainda trazidos por um agente traumatizante.

A evolução, os sintomas, o prognóstico e o tratamento das periuretrites variam de acôrdo com a forma observada.

A) No abscesso urinoso :

O paciente, via de regra, como início, refere a dificuldade de urinar; com passado blenorragico antigo, ou no decurso de uma infecção blenorragica; a seguir, surgem os sintomas clássicos do abscesso; este se forma na região perineal ou peniana, de preferência, a temperatura vai até 38 e 39 graus; a resolução não se observa freqüentemente, embora possível, a regra é a supuração franca; o prognóstico destes casos é bom, quando tratados convenientemente. O tratamento consiste em suspender toda a terapêutica uretral que se esteja fazendo, no momento oportuno abertura e drenagem do abscesso; mais tarde, quando houver regressão da infecção, inicia-se o tratamento uretral.

B) No fleimão urinoso :

O início é, ora brando, ora insidioso, insidioso e progressivo quando se segue a uma periuretrite circunscrita. Quando brusco, o paciente sente dores, disúria, retenção, e aparece uma tumefacção perineal. Essa tumefacção progride e se estende a outras regiões próximas; o edema, a princípio mole, não doloroso e verifica-se, às vezes, que a pressão produz crepitação gasosa. Ao lado desses fenomenos locais, há reação geral, uma verdadeira toxinfecção. A evolução varia com as condições pessoais; se se trata de indivíduo jovem, com bom funcionamento orgânico e o tratamento é feito oportuna e convenientemente, há probabilidades freqüentes de cura.

Se, entretanto, se trata de indivíduo idoso, portador de outras infecções crônicas, debilitado em consequência, as probabi-

lidades diminuem e não raro a morte sobrevém, apesar do tratamento ter sido feito em ocasião própria. Nestes casos, há formação de focos piohêmicos metastáticos e sobrevém a septicemia por vezes.

O tratamento clássico do fleimão urinoso consiste em: a) abrir largamente e drenar o foco, as incisões podem ser feitas a bisturi, termocautério ou bisturi elétrico; far-se-ão tantas incisões quantas fôrem necessárias, evitando-se a proximidade delas pelo perigo do esfacelo dos tecidos compreendidos entre essas incisões; b) tratar o estado geral pelos meios já conhecidos; e c) tratar a lesão uretral alguns dias após a intervenção.

C) No tumor urinoso :

Tumor urinoso ou abscesso urinoso crônico é uma periuretrite de marcha lenta e fria, e apresenta uma espessa camada envolvente. É um tumor que se forma na região perineo-escrotal. É de evolução lenta, que, via de regra, forma fístula e que pode apresentar crises agudas, tornando-se então um abscesso urinoso agudo. O tratamento da lesão uretral produz o desaparecimento desses tumores.

Entretanto há necessidade, muitas vezes, de fazer a abertura e drenagem e consequente tratamento uretral.

Um caso de periuretrite de forma aguda difusa, um fleimão urinoso, é o que vamos relatar, transcrevendo a observação respectiva :

"A. M. — 36 anos, branco, casado, Piauí, 3.º Sgt. do 2.º R. I. Baixou em 25/11/1940 — Caderneta n.º 10.585.

A. M. H. — Pais e 8 irmãos vivos e gosando saúde.

A. M. P. — Sarampo, Catapora, Coqueluche, Parotidite bilateral simples, Pneumonia aos 12 anos, Blenorragia, Cancros e Adenite aos 17 anos, nova Blenorragia aos 19 anos. Casado aos 26 anos. Espôsa e 4 filhos vivos, gosando saúde. Operado de septo nasal em 1936. Hérnia inguinal direita, operado em 1937.

H. M. A. — Baixou ao Hospital porque há 48 horas estava sem urinar e, durante esse tempo, incharam as regiões escrotal e perineal (sic). Refere que, um ano depois da segunda blenorragia, notou que o jato urinário se tornava mais fino. Não fez tratamento especial para esse estreitamento

Exame do paciente :

Aparêlho gênito-urinário : Uretra impermeável à sonda exploradora, mesmo filiforme; regiões supra-pubiana, escrotal e perineal edemaciadas e de cor arroxeadas. Emissão de urina espontânea, embora em jato fino. Demais aparelhos normais.

Diagnóstico : Estreitamento uretral — Fleimão urinoso.

Tratamento : Inicialmente resolvemos intervir com urgência e fazer apenas, seguindo a observação pessoal em outros casos, o debridamento e drenagem. E assim foi a primeira intervenção :

"26/11/1940 — 11 horas. Operador : Dr. Ellentt — Auxiliar : Dr. Celestino — Anestesista : interno Alberto.

Incisões largas nas regiões pubo-escrotal direita, escrotal esquerda e perineal. Drenagem com tubos de borracha. Curativos com gaze iodoformada.

Anestesia geral : balfórmio, sem anormalidade."

O paciente continuou a emitir urina em jato fino e as regiões glúteas foram tomadas pelo fleimão, resolvemos então intervir novamente, para derivar a urina.

"2.ª intervenção : 2/12/1940 — 10 horas. Operador : Dr. Ellentt — Auxiliar : Dr. Celestino — Anestesista : o operador.

a) Cistostomia supra-pubiana. Foi feita a intervenção clássica e colocada uma sonda Malecot de permanência. Encontrámos cerca de 200 cm³ de urina na bexiga.

b) Abertura e drenagem de focos purulentos nas regiões glúteas.

Anestesia local com novocaína, a 1%."

Além das intervenções foi feita uma medicação anti-tóxica e anti-infecciosa. Assim, aplicámos soro glicosado, soro anti-gangrenoso, sulfamida local e per os; óleo canforado, vitamina C, extrato hepático etc. A sonda vesical foi mudada de 8 em 8 dias, e os curativos eram diários. Deliberámos, como é de regra, só tocar na uretra depois que o processo infeccioso regredisse. É assim que, somente em março, isto é, quatro meses após, tudo estava cicatrizado e a bexiga continuava com a sonda de permanência. A exploração da uretra era impossível ainda, não passava nem a filiforme. Foi somente passados outros quatro meses que conseguimos passar uma filiforme, que ficou de demora, dando passagem depois a sondas de maiores calibres, e assim chegámos à sonda 24. Nesta ocasião, retirámos a sonda vesical, e 8 dias depois a fistula vesical supra-pubiana estava fechada e cicatrizada. Continuámos as dilatações com beniquês 48, durante algum tempo.

Exames complementares :

a) Rad. pulmão — "Não há lesão dos parênquimas pulmonares, que são normalmente transparentes.

Apagamento do seio costal frênico, à direita. Escoliose dorsal de convexidade direita, com estreitamento do campo frenal claviclar do mesmo lado." (a) Doutor Segadas. 16/4/1941.

b) — Rad. do rim esquerdo. "Rim esquerdo projeta-se em situação anatômica, tem forma e volume radiologicamente normais. Ausência de concreções opacas. Escoliose dorso lombar de convexidade direita." (a) Dr. Juarez — 17-4-1941.

c) — Uretrografia — "Irregularidade da uretra posterior que se apresenta com pontos de estreitamento e com fistulização para próstata e perineo." (a) Dr. Juarez — 17-3-1941.

d) — Uretrografia — "Ao nível da uretra prostática e da porção membranosa, observa-se a existência de múltiplos divertículos." (a) Dr. Segadas — 4-8-1941.

e) — Baciloscopia — negativa no escarro — 14-4-1941 — (a) Dr. Lobo.

Alta curado clinicamente a 4-IX-1941.

Vários outros casos observámos no serviço, a maioria deles de abscesso urinoso.

Todos êsses foram tratados pela simples abertura e drenagem e o tratamento do estreitamento.

Em todos os nossos casos a causa foi o estreitamento uretral.

O tratamento observado no caso que relatamos foi o que é geralmente aconselhado pelos autores.

A derivação da urina não é em geral aconselhada mas, nos casos como o nosso, em que o paciente não urina, pela uretra ou pelas incisões, após o debridamento achamos de boa prática fazê-la para benefício do paciente.

Afim de não alongar este artigo, deixamos de publicar as demais observações que constam do nosso arquivo.

Clinica Dermato-Sifilo-Venereológica

A SÍFILIS E O APARELHO CARDIO-VASCULAR

Dr. Alvaro de Souza Jobim

Major Médico, Chefe da Clínica Dermato-Sifilo-Venereológica.

A sífilis, doença infecto-contagiosa, de natureza venérea e de transmissão congênita à descendência, tende a aumentar sua incidência em nosso meio, enquanto não forem tomadas medidas eficientes de profilaxia e de combate à mesma.

A sifilização do povo aumenta com o decorrer do tempo, atendendo a que, não se tomando medidas adequadas, cada caso novo que surja é somado ao total dos já existentes, e isto em contraste com as demais doenças venéreas, de que, atualmente, se consegue a cura em curto prazo.

Constitui imperativo formal no meio militar a criação de um serviço autônomo, capaz de abordar e resolver o problema da profilaxia da sífilis primária e dos acidentes viscerais e nervosos.

A sífilis, uma vez adquirida, segue, de ordinário, uma marcha septicêmica progressiva de generalização do organismo, atacando a pele, as mucosas, o sistema ganglionar, para localizar-se, em seguida, nos órgãos internos, de preferência no aparelho cardíaco-vascular e no sistema nervoso.

O tratamento precoce, intensivo e adequado, no período primário soro negativo, correspondente aos dez primeiros dias do aparecimento do sífiloma, livrando o paciente da infecção, logra

conseguir a cura biológica e evitar as manifestações secundárias e terciárias, ao passo que o tratamento incompleto, irregular, inadequado e mal orientado, não só não impede a generalização no organismo como predispõe para o desenvolvimento precoce das lesões cárdio-vasculares e nervosas.

No período primo-secundário, ela é altamente contagiante.

Passado este período infecto-contagioso, sífilis recente contagiante, a sífilis vai perdendo seu caráter de transmissibilidade e entra na fase da sífilis tardia (antiga) em que, a não ser em condições excepcionais, não é contagiante, transformando-se assim, com o decorrer do tempo, de uma infecção septicêmica em uma doença crônica de marcha progressiva, localizada em algum aparelho, sistema ou órgão interno. De uma infecção generalizada, transforma-se em uma afecção localizada, tomando o aspecto de localização visceral precisa.

Perde seu caráter de transmissibilidade por contágio a outrem ou mesmo à descendência e quando transmitida à descendência suas manifestações se tornam brandas e atenuadas.

Em sua evolução lenta, silenciosa, despercebida e sorrateira, com uma média de duração que varia de dez a trinta anos, a sífilis latente tardia (sífilis antiga) atinge o aparelho cárdio-vascular a uma alta porcentagem, acantonando-se, de preferência, e com mais freqüência na aorta ascendente, onde produz, além da aortite habitual, dilatação fusiforme e aneurismas sacciformes, nos óstrios das coronárias, produzindo estenose e na válvula aórtica produzindo a insuficiência, no sistema de conduções do estímulo, onde se desenvolve um bloqueio cardíaco, e no próprio tecido do miocárdio, quando mais não seja comprometendo sua capacidade funcional.

A sífilis cárdio-vascular é uma manifestação tardia da sífilis, surgindo, em regra, só muitos anos após a infecção. Nestas condições, com uma terapêutica bem orientada, pode ser feita a profilaxia dos acidentes cárdio-vasculares da sífilis tardia. Como terapêutica profilática dos acidentes tardios da sífilis, o tratamento bem orientado na sífilis recente, quer na sua forma florida, quer em sua forma latente, pelo arsenical tri-valente, associado ao bismuto, só oferece uma segura garantia quando a dose do arsenical tri-valente atinge ao menos a dose total de 24 gramas (0,24 de arsenox) correspondente a quatro séries do arsenical tri-valente associado ou alternado com o bismuto, segundo o método contínuo-alternado ou segundo o método descontínuo-intercorrente.

É preciso considerar-se que o tratamento incompleto, irregular, mal orientado, não oferece segurança alguma na profilaxia dos acidentes tardios viscerais, ao contrário, modificando as reações orgânicas à defesa, pela reativação que produz, concorre para

o aparecimento prematuro das lesões viscerais cárdio-vasculares e nervosas.

Já, na sífilis tardia, o tratamento, visando em geral atender as manifestações viscerais ou só visando um compromisso visceral latente, silencioso e insidioso, não pode seguir em seus princípios fundamentais, a norma de padronização adotada para o tratamento da sífilis recente, por isso que deve ser levado em consideração, além da idade do paciente, e da evolução clínica do caso, outros fatores inerentes às condições próprias do doente. Ainda deve ser levado em consideração que, na sífilis tardia, o tratamento pelos sais de bismuto adquire uma importância considerável, ao contrário da sífilis recente, em que o tratamento arsenical é de uma ação rápida e eficaz, insubstituível e imprescindível. Assim, na sífilis recente o arsenical tri-valente constitui a base de um tratamento eficaz de cura ou de profilaxia dos acidentes tardios, ao passo que, na sífilis tardia, quer latente assintomática ou sintomática visceral ou nervosa, esta base de tratamento é constituída pelos sais de bismuto e de iodo. Na forma tardia a eficácia do arsenical tri-valente é muito diminuída, devendo ainda ser usado com prudência pois não é isento de perigo.

A sífilis cárdio-vascular é comumente uma sífilis antiga, que vem evoluindo progressiva, silenciosa e insidiosamente. É durante muitos anos um processo inflamatório assintomático em que o paciente nada sente, apresentando-se aparentemente são e em que nada é percebido ao exame clínico e que só se manifesta sintomaticamente muitos anos após a infecção.

Este longo período silencioso, que varia de 10 a 30 anos, com uma média de 25 anos de duração, é o que corresponde ao que se chama sífilis latente assintomática sôro ou liquor-positiva, em que o diagnóstico é, muitas vezes, um achado de laboratório. Donde se infere a importância dos exames sorológicos periódicos nos sífilíticos confessos e antigos.

É durante este período de sífilis latente assintomática que a sífilis se instala no aparelho cárdio-vascular, originando processos inflamatórios e gomosos no parênquima e no tecido intersticial do coração, no ventrículo esquerdo de preferência e nos grossos vasos, que produzem, se o tratamento não for instituído a tempo e com eficácia, infiltrações, processos degenerativos e cicatrias irremediáveis. Estes processos, instalando-se próximos do sistema de condução do estímulo ou mesmo nele, produzem distúrbios graves, verificáveis no traçado eletro-cardiográfico, por alterações da condutibilidade que se apresentam no bloqueio cardíaco parcial ou total, traduzindo doença do miocárdio, de grande importância clínica e de significação sempre séria. É preciso considerar que, nesses transtornos orgânicos, ocupa a sífilis o primeiro lugar, trans-

tornos em que o tratamento específico proporciona, quando precoce, resultados, às vezes, satisfatórios.

Em geral, é na porção inicial da aorta que se dá o comprometimento específico da sífilis, daí se propagando as lesões para as válvulas aórticas e para os vasos coronários, onde produz estenose ou mesmo obstrução dos óstios coronarianos ou ainda processos mais ou menos extensos dos próprios vasos coronários.

Esse comprometimento coronário constante é justificado pelo fato das artérias coronárias, artérias do coração, serem ramos da aorta ascendente e nascerem de cada lado da aorta, ao nível e um pouco abaixo do bordo superior das válvulas sigmóides e o processo infeccioso sífilítico afetar a porção inicial e o arco aórtico. Daí as frequentes dores precordiais anginosas nos portadores de aortite. Neste período inicial a afecção é suscetível de tratamento, cujo resultado é, em geral, muito bom.

O processo se inicia na aorta, pelos vasa vasorum, produzindo infiltrações específicas na túnica externa (adventícia), propagando-se à média e à interna (intima) endoarteria, onde produz degenerações e cicatrizes. A sífilis, que constitui o maior fator responsável pelas lesões cárdio-vasculares, compromete sistematicamente a aorta, atendendo à grande predileção que tem a sua forma terciária para localizar-se, preferentemente, no aparelho circulatório, e, predominantemente, na aorta em relação aos demais aparelhos, sistemas e órgãos internos.

A aortite constitui uma manifestação clínica da sífilis cárdio-vascular antiga, entretanto pode ser encontrada na sífilis recente, constituindo então uma manifestação prematura cárdio-vascular da sífilis recente.

Na sífilis recente, o acometimento cárdio-vascular precoce comum e que lhe é próprio é o que o Dr. Pedro da Cunha denominou de "Pancárdio-vascularite", que se caracteriza por hiperfonesia do tom aórtico, às vezes sopros funcionais, taquicardia, hipotensão, batimento dos vasos periféricos, eritismo cárdio-vascular, e que é devido à invasão da torrente circulatória pelo treponema, o qual produz verdadeira infecção septicêmica vascular, que pode servir de ponto de partida para futuras lesões aórticas, orovalvulares ou miocárdicas nos não tratados e, de preferência, nos tratados insuficientemente ou irregularmente.

A angina pectoris, manifestação de coronarite, devido à origem aórtica das artérias coronárias, constitui a complicação mais frequente da aortite. A coronarite na sífilis é, pois, de extrema frequência, podendo-se mesmo a rigor afirmar que toda coronarite na idade madura, isto é, ao redor dos 40 anos, por ser ainda cedo para pensar-se em artério-esclerose e idade em que não é comum a artério-esclerose, que é antes própria da idade avan-

çada, constitui uma afecção sífilítica, atendendo a que o angor sífilítico é o mesmo da artério-esclerose.

Na forma grave do angor se mostra o infarto do miocárdio conseqüente à obstrução de algum ramo coronário, facilmente diagnosticável ao electro-radiograma pela onda típica de Pardee.

A constatação de uma afecção cárdio-vascular, inclusive uma hipertensão pura de causa indeterminada, na idade madura, sem passado reumatismal, é sempre suspeito de sífilis.

O prognóstico de toda afecção cárdio-vascular, com exceção da aortite simples, é grave e de prognóstico sombrio. As lesões valvulares aórticas, coronarianas, e do tecido específico são sempre de prognóstico sombrio; já a aortite supra coronária pode persistir durante muitos anos sem se agravar, cedendo seus distúrbios ao tratamento específico.

O cardiopata sífilítico está sujeito a morte prematura e súbita.

Afirma-se que nas afecções sífilíticas cárdio-aórtica-coronarianas é que ocorrem, com frequência, os casos de morte súbita.

Na sífilis cárdio-vascular, qualquer sinal de insuficiência cardíaca, como a asma cardíaca, traduz um comprometimento sério do miocárdio de prognóstico severo *quoad vitam*.

Assim, o futuro do sífilítico depende do tratamento correto instituído. Não é demais lembrar que um tratamento específico incompleto, e irregular, concorre, pela reativação que produz para o aparecimento precoce destes acidentes tardios, encurtando o período de latência e agravando os já em início. Tratamento incompleto concorre para o aumento do índice da morbidade.

No período clínico das lesões cárdio-vasculares, maiores e melhores, são as possibilidades de êxito, se instituído o tratamento precoce por isso que a marcha destas afecções pode então ser grandemente influenciada pelo tratamento.

Sendo uma doença responsável por um dos mais altos índices da morbi-mortalidade em nosso país, pois quase a metade dos sífilíticos são atacados de sífilis terciária no aparelho cárdio-vascular, constitui um dever de sã política médico-social instituir seu tratamento obrigatório no Exército onde, por suas fileiras, passa anualmente grande número de jovens. Torna-se por isto necessária a organização de um órgão próprio e independente, como a Inspetoria da Sífilis no Exército, para que a campanha encetada possa ser eficiente. O trabalho efetuado no H. C. E., para que dê resultados eficientes, precisa ser prolongado em centros especializados e nos corpos de tropa.

Só abordando este problema de frente é que se pode restituir à sociedade grande número de cidadãos hígidos, capazes de desempenhar papel útil na economia nacional.

Clínica Oftalmo-Oto-Rino-Laringológica

PEDRAS SEMI-PRÉCIOSAS

Dr. Paulo Veloso

Cap. Médico, Chefe da 16.^a Enfermaria do H. C. E.
Instrutor da E. S. E.

Quem quer que leia o título que encabeça estas linhas achá-lo-á certamente estranho, vendo-o figurar em ANAIS de um hospital, quando seria mais próprio, evidentemente, numa revista de propaganda industrial.

Entretanto não me pude furtar à comparação tão expressiva dêsses achados de clínica que a gente vai "bateiando" no manejo consuetudinário dos casos que nos aparecem ambulatoriamente ou em internação e onde, mesmo sem pensamento pré-estabelecido, insensivelmente se separam as fichas ou as cadernetas, porque as julgamos interessantes e demandarão talvez, ulterior estudo, mais apurado.

Será um estudo que, às mais das vezes, nunca faremos, absorvidos que somos por outros casos, outras derivações como as inúmeras que acontecem num grande serviço hospitalar; ficam-nos porém na memória e na gaveta os elementos do caso que nos feriu a atenção sem o brilho de primeira grandeza dum raro diamante de casuística médica, mas, de certo, com fulgor bastante ou bastante tonalidade de colorido para excitar nossa recordação e merecer uma referência.

Sofrendo, pois, o pitoresco da comparação — no intuito mesmo de amenizar o possível pedantismo de títulos mais rebarbativos —

parece-nos bem acentuar que se não tratam aqui de pedras propriamente "preciosas", mas, "semi-preciosas", o que, como se sabe, se do ponto de vista comercial lhes subestimaria um tanto o valor intrínseco, em nada lhes diminuirá o interesse objectivo.

Aqui abaixo, passo, pois, a tecer algumas considerações sobre certos casos da especialidade oftalmológica que mais feriram minha atenção durante o ano de 1944, no serviço que tenho o prazer de dirigir no H. C. E.:

Goma do nervo ótico —

Confesso minha hesitação ao escrever este diagnóstico: a goma, lesão francamente do terciarismo luético, tem características histológicas bem definidas, das quais não é de menor monta a degeneração plástica que sofrem os elementos atingidos, do que resulta uma "fusão" tissular. Será portanto um processo pouco encontrado para o lado dos nervos, onde melhor se adapta a expressão "glioma" traduzindo uma reação das bainhas, que é o que geralmente ocorre.

Entretanto, a rigor, sabe-se que a goma, que parece ter como característica a "destrutividade", pode atingir qualquer tecido (Fournier, Collet, Masson, Stedman) e a palavra quase que tem distinguido o terciarismo sífilítico. E de terciarismo sífilítico foi precisamente o caso que vimos na 16.^a enfermaria, na pessoa de A. I. S., preto, com idade militar e que acabara de ter sido considerado sorteado insubmisso.

O maior interesse do diagnóstico residu na Anamnese, que permitiu como que fazer uma supervisão retrospectiva do caso, pois que, quando nosso colega, Dr. Gervais, apreciou o fundo de olho ao oftalmoscópio binocular e constatou a lesão, lembrou logo a possível etiologia sífilítica do mesmo e orientou as indagações.

O olho era O. E., com visão igual a zero, sem reação pupilar foto-motora direta, mas conservando a consensual por via do O. D. O olho em causa não manifestava nenhuma hipertensão nem qualquer alteração do segmento anterior ou da motilidade extrínseca. À transiluminação, via-se uma mancha esbranquiçada destacar-se, em certa posição do olhar, sobre o róseo do fundus iluminado. A oftalmoscopia binocular mostrou uma formação branco-acinzentada, ocupando precisamente o lugar da papila ótica, que se distinguia apenas por vagos contornos "flou", muito irregulares. Tinha-se uma certa impressão de relêvo a este nível, algo que lembrava uma estase papilar, mas sem os voluteios caprichosos dos vasos, que praticamente lhe são o apanágio. Inegavelmente há uma impressão de intumescência, o relêvo com cerca de duas dioptrias (1 mm).

O resto do fundus está, de modo geral, normal. Claro que se não pode cogitar de perimetria nem de nenhum exame subjectivo

outro, pois que a visão nesse olho era nula, como dissemos. Foi quando a indagação clínica revelou o seguinte: 1) o paciente tivera cancro sífilítico há alguns anos, de que se não tratara (!) 2) não se lembrava de ter tido nenhuma doença para o lado da pele; 3) ultimamente (1 mês) sentira lentamente e depois bruscamente ir perdendo a visão e procurara a Fundação Gaffré-Guinle, onde lhe praticaram uma R. W. no sangue, resultando positiva (sic) e começara uma série de Neosalvarsan que fôra interrompida após a segunda empôla. Foram feitas novas reações serológicas em nosso serviço (por intermédio do I. B. E.), que também foram positivas.

Conclusões imediatas, à vol-d'oiseau. a) a retomada do tratamento anti-luético intensivo era de rigor; b) havia de ser muito cuidadosa no sentido de alertar um possível Herxheimer, que poderia ser fatal para o outro nervo ótico (cegueira completa do paciente); c) era, apesar de tudo, um caso em que não deveríamos hesitar no emprêgo dos arsenicais (trivalentes!) em doença do nervo ótico; d) dado o caráter da lesão observada não se podia responsabilizar o tratamento anterior, interrompido, pela alteração verificada; e) o olho atingido estava perdido, sob o ponto de vista funcional (degeneração do elemento nobre, em prazo relativamente longo); f) o paciente, monocular que se tornara, e na situação de indivíduo a incorporar, estava definitivamente incapaz para o serviço do Exército; g) o reflexo consensual que estava presente por via do O. D. corria por conta, exclusivamente, do oculo-motor (gânglio ciliar).

Nevo epibulbar —

Tomo a liberdade de considerar também uma "pedra semi-preciosa" esta curiosa anomalia por mim encontrada num sorteado que veio a exame, ambulatoriamente, em nosso serviço. Era moço A. A., com 21 anos de idade, garçon de café, fisionomia algo inteligente, mas um tanto contrafeito por exibir uma "mancha de tinta de escrever" que lhe afeiava o olho direito.

Pude estudar mais minuciosamente este caso, pois que tinha o intuito de apresentá-lo à Sociedade Brasileira de Oftalmologia, não como raridade propriamente, mas sim como curiosidade clínica. É pena que as dificuldades materiais de uma tricromia não nos permitam exibir este olho junto a estas considerações, o que certamente, com muito mais eloquência, expressaria tudo o que aqui pretendo comunicar.

O olho direito do paciente, que é normal quanto à motilidade extrínseca e intrínseca, disposição dos anexos, córnea e outros meios transparentes, apresenta uma mancha azulada, cor de tinta de escrever, como dissemos, interessando a região superciliar e a pele da pálpebra superior (terço médio), derramando-se como um

borrão, irregularmente, sobre a conjuntiva bulbar, ao nível correspondente à região do corpo ciliar, indo do sector temporal até o equador do glóbo e vindo atingir ainda a pele da pálpebra inferior em seu terço médio e interno, onde se prolonga até o sulco orbito-geniano. Do lado interno da conjuntiva bulbar a mancha ocupa menor extensão, deixando uma zona normal de conjuntiva sobre a esclerótica, junto à caruncula. Há um certo microftalmus, e a pele da face do paciente, de ambos os lados, apresenta, junto a alguns ácnos que não são raros em sua idade, vários "comédons" (cravos), com a mesma cor de tinta velha da alteração conjuntival.

O paciente, algo subnutrido, não apresenta nenhuma outra alteração morfológica; apenas notamos que o olho esquerdo, embora não exiba mancha semelhante à do direito, tem a esclerótica azulada, o que positivamente não é raro nos olhos grandes dos miopes com adelgaçamento da esclerótica ou nos indivíduos considerados de "constituição linfática" dos antigos autores.

Não esqueçamos, porém, que linhas acima falei em microftalmus... A acuidade visual era um terço, em cada olho, com correção precária, de hipermetropia e astigmatismo mais 1.50 eixo 180° (olhos de má constituição, sob o ponto de vista embriológico, dos autores franceses).

Premissa que estabelecemos para estudar o caso: a cor azulada correria unicamente por conta de uma hiperpigmentação localizada em O. D., caprichosamente, ou também, e principalmente, por um adelgaçamento da capa escleral, pondo em contraste a coróide e a zona mais espessa do corpo ciliar, que estão sob ela? A lesão era positivamente congênita.

Alás, o raciocínio sob base teórica mandava que se desprezasse aquela segunda modalidade, pois que se sabe que olhos de esclerótica delgada são miopes e não hipermetropes, porém, já este mesmo defeito de refração fala, como dissemos, em favor de mais profundas alterações embriológicas.

Nosso estudo subordinou-se aos seguintes elementos: 1) tensão ocular. 2) Biomicroscopia. 3) estudo do fundo de olho. 4) biopsia de fragmento excisado da lesão.

1) Tensão ocular, normal em A. O.: O. D. 22 O. E. 19 (Schioz, às dez horas da manhã, três dias diferentes, tirando a média).

2) Biomicroscopia: O. D. — Sob a conjuntiva bulbar, delgada, vêem-se, nos sectores externo e interno, depósitos de pigmento localizado em "amas", em relêvo, com capilares correndo por sobre a zona de pigmento.

Córnea (sclerotic scatter): sector interno, III horas, constata-se a presença de depósitos pigmentares na Descemet (?) Entre VII e IX horas, junto ao limbo, nébula no tecido próprio (a al-

teração lembra o Embriotoxon - Vogt, que há nos microftalmus). Íris: pigmentada em toda sua extensão. Não se destacam bem as zonas ciliar e esfínteriana, nem os alvéolos das criptas (aumento: Ocul 5 Obj 55 F).

3) Estudo do fundus: O. D. — fundo de tipo negróide (pigmentado, uniformemente escuro), normal quanto a todos os detalhes. (Oftalmoscopia direta e binocular, pupila em média dilatação).

4) Biopsia do fragmento excisado da conjuntiva bulbar, junto ao limbo, sector interno, ponto onde havia pequeno relevo: "Epitélio pavimentoso estratificado bem conservado. No estroma conjuntival há algumas células contendo grânulos cor-de-castanha. Diagnóstico: Nevo. (Dr. Sampaio. I. B. E.)".

Dissiparam-se assim as dúvidas e constatou-se mais esta localização caprichosa de um nevo.

Agora um de alhe que confirma o valor do microscópio corneano e manifesta quanto é justo o termo — "Biomicroscopia" de Mawas: já sabíamos, antes da confirmação histológica, de rigor, que se tratava de um nevo, pois que, ao biomicroscópio, a porção descoberta pela excisão efetuada na conjuntiva bulbar mostrou a presença de pigmento intra-escleral, um capilar mais calibroso se perdendo dentro do tecido pigmentado.

Cisticerco retiniano —

Outra gema — e aqui o nome tem até relação com as características geométricas do caso que nos ficou da batéia, quando uma bela manhã, num exame para incorporação, nos caiu sob as vistas, ao binocular, o fundo do O. D. do moço N. N., de 21 anos, carioca, que jamais esteve em zonas rurais e não era grande comedor de carne de porco. O que vimos foi o seguinte:

Na região do polo posterior, numa zona situada no sector inferior da região papilo-macular, havia uma grande mancha esbranquiçada, algo movediça, lembrando um espesso exsudato organizado do vítreo. Focalizando melhor, verificava-se que a mancha era realmente uma vesícula de contornos bem delimitados, de forma ovóide, com grande eixo transversal, o polo interno, quase tocando o rebordo papilar (projeção), fazendo relêvo no vítreo (diferença de 3 mm, 9D, entre a superfície anterior e o plano da papila).

E, como dissemos, todo o conjunto movimentava-se lentamente no vítreo, flutuando, — como uma dessas bexigas coloridas com que as crianças tanto se divertem, — nas várias posições do olhar. Automaticamente, lembrado-nos dos casos de Bussaca, pensámos logo num cisticerco.

Es'aria em pleno vítreo, o que se justificava pela facilidade de movimento que acima mencionamos. Pouco depois corrigimos,

à oftalmoscopia direta monocular com pupila dilatada, êste modo de pensar, pois que nos era dado constatar a presença nítida dum ramúsculo arterial exatamente por sôbre a face anterior da vesícula e nos pareceu haver também descolamento no sector supero-externo, próximo a um dos polos da formação.

Ou se tratava dum simples cisto retiniano, como o dum caso de Trantas, que simulava um descolamento?

Confesso que não chegámos a nenhuma conclusão nesse sentido, o que foi muito de lamentar, pois me parece que uma boa pista estava achada quando, demorando mais o exame, evidenciámos uma zona mais clara, amarelo-dourada, como que excavada junto ao polo papilar da tal vesícula. Lembramo-nos de que no caso de Trantas (Bull. Soc. Hellenique d'Opht. v. 8.º, Jan-Março, pg. 49, apud Oft. Ibero-Amer.), o líquido retiniano e sub-retiniano eram transparentes e os vasos da coróide podiam ser vistos com o diafanoscópio.

Enfim, o paciente, cujo olho embora de visão igual a zero, não era hipermetro, não voltou mais ao serviço, como lhe havia sido recomendado, e, assim, não continuamos seu estudo. Foi pedra que não poudeser lapidada...

Mas, como disse ao iniciar estas considerações, suponho que os casos que aqui trouxe não representam raridade no moutejar da especialidade entre nós. Nem por isso, entretanto, uma grande ou uma água-marinha deixam de ter seu encanto.

FRATURA DO TEMPORAL DIREITO — PARALISIA FACIAL — COMOÇÃO DA CÓCLEA

Dr. Olívio Vieira Filho

Capitão Médico.

Chefe da 17.ª Enfermaria — Instrutor de
O. R. L. da E. S. E.

Observação clínica

Ficha n.º 22103.

NOME — A. P. B.

IDADE — 35 anos.

NACIONALIDADE — Paraná. ESTADO CIVIL — Casado. PROFISSÃO — Militar.

DATA DO EXAME — 5/XII/944.

Doença atual — Declara ter sofrido queda em 16.XI.944, tendo permanecido desacordado por espaço de duas horas. Esteve em tratamento na Enfermaria de sua Unidade e no Hospital de S. Paulo, sendo transferido para êste Nosocômio em 24 do mesmo mês. Acusa surdez e zumbidos no ouvido direito. Tem a hemi-face dêste mesmo lado paralisada.

Antecedentes hereditários — N. D. N.

Antecedentes pessoais — N. D. N.

Exame Oto-Rino-Laringológico

1.º) Inspeção: Hemi-face direita em atonia, sem expressão. Fenda bucal em forma de "ponto de exclamação". Esta assimetria é exagerada pelos movimentos. Hipoestesia.

2.º) Otoscopia: Condutos com revestimentos normais. Au-

sência de coágulos ou crostas sanguíneas. Timpanos integros. Boa mobilidade ao Siegle.

3.º) Exame funcional:

a) Aparêlho coclear —

O. D.

Weber — Schwabach encurt. Rine — negativo

O. E.

lat.

positivo

Obs. Grande deficit de condução dos sons agudos e graves, por via aérea e óssea (lado direito).

b) Aparêlho vestibular — Ausência de nistagmus, vertigens ou desvios segmentares. A Prova Oto-Calorimétrica não foi feita.

4.º) Radiografia: Rádio-diagnóstico — "Fissura vertical na escama do temporal direito. Dr. Thiers, Cap. Med. Em 7/XII/944.

Dignóstico: Os resultados positivos da exploração radiológica do crânio (incidências de Stenvers, Mayer e Schuller) e os dados do exame clínico evidenciam a existência de "Fratura do temporal direito, com paralisia facial uni-lateral, flácida, periférica e comoção coclear.

Examinando, detalhadamente, a presente observação, importantes sintomas temos a considerar.

a) **Paralisia facial** — É verificada em 1/4 dos casos (O. Voss). Do tipo periférica, imediata ou tardia, acompanhada ou não de paralisia de outros pares cranianos, principalmente a do VI par.

Quando imediata, como no presente caso, é conseqüente à lesão do nervo no Canal de Fallope pelo traço da fratura, uma vez que a ausência de reações vestibulares intensas não sugerem a sua lesão no conduto auditivo interno. Tardia, revela uma nevrite consecutiva a periostite secundária. É complicação mais encontrada nas fraturas transversais. Com pouca probabilidade de regressão quando imediata, tem seu prognóstico menos severo quando tardia.

b) **Comoção da cóclea** — Os incômodos acusados pelo paciente foram de comprometimento do labirinto anterior. O exame da função auditiva provou a existência de grande deficit na condução aérea e óssea dos sons agudos e graves, no lado direito. O exame clínico não tendo revelado sofrimento do aparelho vestibular (nistagmus, vertigens, deficit estático-cinético), a prova de Brunings foi dispensada.

c) **Radiografia** — O nosso paciente sofreu uma fratura vertical da escama do temporal direito, que atingiu o Canal de Fallope. O tímpano foi respeitado, sendo atingidos a cóclea e o facial.

A freqüência das fraturas do ouvido interno nos casos de fraturas do crânio foi demonstrada pelas estatísticas de Gurdjian, Besley e O. Voss. O choque craniano, por agente contundente ou queda, é a causa determinante. Sua violência, ponto de aplicação ou direção da força, são fatores que não devemos desconhecer.

A localização do traço da fratura comanda o número e as variedades das complicações, bem como suas conseqüências no ponto de vista vital ou funcional.

Das três variedades clássicas, a longitudinal é a mais freqüente (2/3 das fraturas do rochedo). As estatísticas de Schonbauer, O. Voss confirmam essas estimativas. Objetos de pacientes estudos histológicos (Uulrich, Schonbauer) foram as fraturas microscópicas, cuja existência e papel meningógeno é coisa reconhecida.

d) **Prognóstico** — Certos autores são de opinião (Malgaine, Houel) que essas fraturas se consolidam lentamente. Ramadier, no exame autópsico de um antigo fraturado (15 meses), encontrou mínima ossificação do rochedo. Apenas existiam tratos fibrosos ligando os fragmentos. Estes fatos foram confirmados pelas constatações microscópicas de Nager e Ulrich em rochedos retirados de antigos traumatizados do crânio, mortos tardiamente de meningite; havia, apesar do grande espaço de tempo entre o traumatismo e a meningite, uma relação de causa e efeito. É que a falta de reparação óssea não atinge somente a cortical pétrea, mas também a parede timpânica, onde a permanência de lacunas permite a passagem da infecção.

A "restitutio ad integrum" das funções do ouvido interno torna-se difícil no presente doente. Nos casos mais favoráveis, permanece sempre uma perda auditiva, acompanhada de zumbidos de intensidade variável. A hemorragia parece ser a conseqüência imediata das comoções por choque. Pouco abundante, é reabsorvida, sem deixar sequela anatômica importante. Abundante, ocasiona degenerescências dos elementos neuro-sensoriais.

Quanto à paralisia facial, é outra sequela que permanecerá com perturbações espasmódicas (hemi-espasmo facial). Deduz-se que qualquer uma das perturbações será permanente.

Clínica Neuro-Psiquiátrica

SÓBRE UM CASO DE AFASIA TOTAL (*)

Dr. Florêncio de Abreu

Coronel-médico. Diretor do Hospital Central do Exército. Presidente da Academia Brasileira de Medicina Militar. Membro da Academia Nacional de Medicina.

Os aspectos clínicos da afasia são sempre interessantes, constituindo cada novo registo um contingente útil à neurologia.

O caso que lhes trago à apreciação está sintetizado, em meu arquivo, na seguinte ficha do ano de 1929 :

Nome . Sebastião J... S...

Profissão : lavrador.

Idade : 27 anos.

Naturalidade : Espírito Santo.

Raça (côr) : mestiça.

Instrução : primária e religiosa.

Anamnese

Familiar : Pai vivo com cêrca de 100 anos (sic). Mãi viva, maior de 70 anos, sadia. São, ao todo, 15 irmãos.

Pessoal : Sarampo e coqueluche, na infância. Ausência de qualquer aquisição venérea.

(*) Doente apresentado em 1929 à reunião dos clínicos do H. C. E. e reconsiderado em 1944 na Academia Brasileira de Medicina Militar.

Da doença: Aos 14 anos, portanto em 1916, levou o coice de uma mula na região têmporo-parietal esquerda. Antes desse acidente sabia ler, escrever (até cartas), cantar, rezar e fazer contas.

O traumatismo foi violento, com fratura óssea e extravasão de massa encefálica, determinando estado de coma por muitos dias. Quando deu acôrdo de si, estava em cima de uma cama, tetraplégico, sem compreender nada do que se falava em redor e sem articular uma palavra.

Ficou assim de 4 a 6 meses com repetidos acessos epileptiformes generalizados. Retomando os primeiros movimentos, êle os foi pouco a pouco ampliando, embora sem poder caminhar sozinho, nem "segurar um garfo". Mais tarde readquiriu a marcha em paresia, permanecendo a paralisia dos membros superiores, a paralisia facial e a afasia total. Com o tempo os fenômenos motores foram francamente regredindo, de baixo para cima, exceção da paralisia facial. A epilepsia tomou de preferência o tipo jacksoniano. Entretanto, a afasia total persistiu por cerca de 2 anos ao cabo dos quais começou, pouco a pouco, a compreender o que ouvia. Essa **surdez verbal** já estava razoavelmente resolvida quando (5 a 6 anos depois do traumatismo) principiou a articular as primeiras palavras.

Nunca se lhe definiu um tipo de hemiplegia pura, pois se a deficiência motora, no começo, era maior à direita, a deficiência sensitiva lhe tornava o lado esquerdo menos hábil para a vida ordinária, como acontece ainda hoje (1929), em que o residuo de perturbação motora dos membros é insignificante, ao passo que a hipoestesia esquerda ainda é evidente.

Estado atual (1929)

Seu estado atual é de considerável melhora. Caminha bem. Tem todos os movimentos dos braços, embora ainda com ligeira paresia. A paralisia facial persistente está bastante atenuada, ainda, com desvio da boca e da língua.

A sensibilidade subjetiva acusa, por vezes, cefaléias, vertigens, pequenos atordoamentos, insônias.

A sensibilidade objetiva (tátil, térmica, dolorosa e profunda) é normal à direita e hipoestésica à esquerda. A percepção estereognósica é deficiente à direita e quase nula à esquerda (astereognosia).

Romberg — negativo. Argyll-Robertson — negativo. R. O. C. — normal. Tensão arterial: lado "D", Mx-12—Mn-8; lado "E", Mx-12—Mn-7 (Vaquez-Laubry).

Os reflexos tendinosos são, em geral, muito mais vivos à direita, o que não acontece com os cutâneos. Entretanto, nesse lado, a excitação do bordo interno do pé provoca ligeira extensão do grande podáctilo e um vivo movimento de adução do membro.

O reflexo médio plantar é exagerado à "D". Os reflexos tibio-femural posterior e perônio-femural posterior são abolidos à "E". Apresenta depressão óssea no lugar traumatizado. Por vezes tem movimentos jacksonianos.

O exame do psiquismo, sem nenhuma acentuação nítida, revela um **deficit** global de intelectualidade e de iniciativa, humor triste, mentalidade nostálgica.

Compreende quase tudo o que se lhe diz e sabe os nomes dos objetos usuais (lâpis, relógio etc.) podendo dizê-los. Mantém ainda a incapacidade de repetir palavras menos familiares ou mais extensas. Diz sucessivamente os dias da semana, errando a sucessão dos meses do ano. Entretém conversação, falando vagorosamente, monótonamente, com dificuldade para as consoantes labiais e algumas explosivas. Sua atual disartria, cortando a frase ou a palavra, embora sem repetir ou cavalgar a sílaba, dá, por vezes, a falsa impressão de gagueira. Já assobia, começando a modular os sons. Ainda não recorda nenhuma das orações religiosas que aprendeu. Conhece bem o dinheiro e soma mentalmente com exatidão.

Mantém ainda, quase completa, a **cegueira verbal**, reconhecendo apenas três ou quatro letras e, portanto, incapaz de qualquer leitura. É também quase completa ainda a **agrafia**: conseguindo apenas escrever duas ou três letras e outros tantos números, entra, se instado, em paragrafia. Não executa nenhuma soma escrita pela dificuldade de identificar os números e grafá-los.

Subsídios de laboratório

R. W. no sangue — negativa. Radiodiagnóstico: fratura da bossa parietal esquerda com penetração do fragmento de fratura. Exame do liquor — nada induz.

Diagnóstico

Fratura do crânio com hemorragia cerebral e acidentes consecutivos. Afasia total.

Tratamento

Iodetos. Tônicos. Bismuto. Reeducação. Essa, a ficha de 1929.

Tenho êsse caso à conta de um dos mais interessantes no gênero, por isso que o traumatismo sofrido pelo paciente o colocou, praticamente, nas condições da experimentação de laboratório para observação dos fenômenos decorrentes da lesão cerebral.

Apesar da violência do traumatismo e da grave seqüência dos primeiros anos após o acidente, a evolução benéfica do caso foi, entretanto, de tal ordem, que o doente retomou praticamente sua vida anterior, tanto que, sentindo presente sua capacidade genésica, se casou algum tempo depois, havendo já alguns filhos do casal.

Antes de entrar nas considerações que tal caso induz, eu me permito recordar, em duas palavras, os aspectos clínicos da afasia.

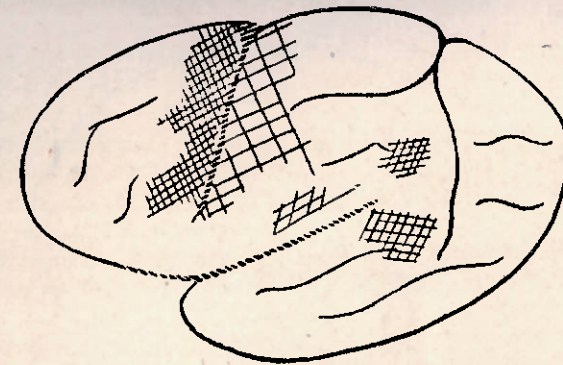
De parte filigranas de observação pessoal de uns e outros neurologistas, a clínica, na sua dura realidade, permite praticamente dividir as afasias em **afasias de compreensão** e **afasias de expressão**. Nas primeiras (as clássicas afasias sensoriais, afasias de Wernicke) há falta ou deficiência de compreensão dos símbolos da linguagem. Nas segundas (as clássicas afasias motoras, afasias de Broca) há falta ou deficiência de evocação dos símbolos da linguagem. Nessas condições, as **afasias de compreensão** se apresentam ora como **surdez verbal** (incompreensão dos símbolos orais, da linguagem falada), ora como **cegueira verbal** ou **alexia** (incompreensão dos símbolos gráficos, da linguagem escrita); as **afasias de expressão**, por sua vez, apresentam-se como **afemia** (inevcação dos símbolos orais) ou como **grafia** (inevcação dos símbolos escritos). A concomitância de **afasia de compreensão** com **afasia de expressão** constitui a **afasia total**.

Trazido isso à lembrança é útil ainda esquematizar a grossa anatomia respectiva, a respectiva anatomoclínica.

Deixando à margem as controvérsias que, desde Gall até os nossos dias, têm caracterizado a evolução das localizações cerebrais, a neurologia já fixou, com segurança, algumas localizações, principalmente mercê das últimas guerras, que têm sido o grande laboratório de experimentação em material humano. Assim, a zona perirrolândica é o centro sensitivo-motor respectivamente de cima para baixo: do membro inferior; do membro superior, com localização para a grafia situada na **pars posterior** da F2 esquerda; da face, com localização para a articulação da palavra na **pars posterior** da F3 esquerda (centro motor da palavra, centro de Broca).

Recorde-se ainda que, nessa zona perirrolândica, a frontal as-

cedente é essencialmente centro motor e a parietal ascendente é essencialmente centro sensitivo. (Fig. I).

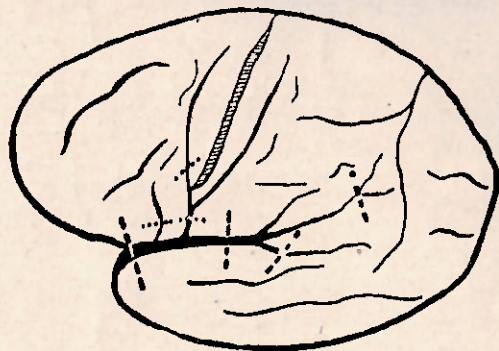


(FIG. I)

Por sua vez, a zona perissilviana é sede de localizações, tais como, à esquerda, a **pars posterior** das T1 e T2, o **gírus angularis** e o **gírus supra-marginalis** que, constituindo o centro sensorial da linguagem ou zona de Wernicke, tem sob sua dependência a compreensão da linguagem falada e escrita, respectivamente por via auditiva e visual.

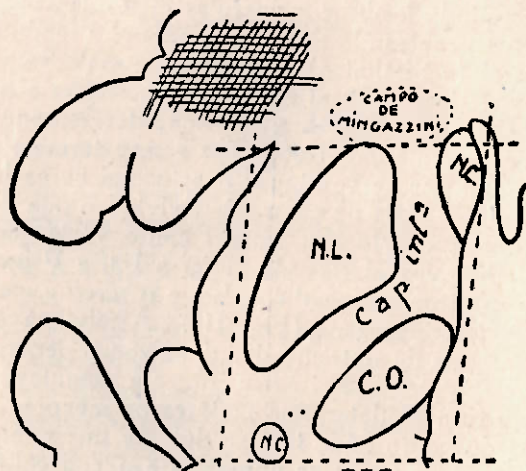
Convém ainda lembrar a vascularização dessas zonas. A carótida interna, penetrando na caixa craniana e tendo emitido o seu ramo colateral (a oftálmica), subdivide-se em 4 ramos terminais: a cerebral anterior, cerebral média, a coroidiana e a comunicante posterior. Dessas 4 artérias, a que nos interessa aqui é a cerebral média, talvez o mais importante dos ramos terminais da carótida interna da qual parece continuar o principal curso hidráulico. A cerebral média se aloja na cisura de Sylvius, o que lhe valeu o batismo de **silviana**. No seu trajeto emite várias colaterais para ambos os lados, vascularizando assim a F3, a F ascendente, a P ascendente, o **gírus marginalis**, a T1 e o **gírus angularis**, onde se alojam suas terminações. (Fig. II). A silviana é, portanto, a principal garantia da nutrição das duas zonas perirrolândica e perissilviana. A interrupção de sua corrente sanguínea (por embolia, trombose ou rutura) determina maiores ou menores conseqüências decorrentes do ponto onde isso se der: se nos ramos terminais, o foco da lesão será no **gírus angularis** e a conseqüência disfásica será a **cegueira verbal**; se no ramo temporal, o foco da lesão será na T1 e a conseqüência será a **surdez verbal**; se antes da emissão dos ramos citados, o foco da lesão será toda a zona da Wernicke e a conseqüência será a **afasia de compreensão** (**sequeira verbal + surdez verbal**); se no ramo anterior, destinado a F3, o foco da

lesão será nessa F3 e a consequência será a **afemia**; se antes de qualquer emissão colateral, o foco da lesão será toda a zona de sua vascularização, perirrolândica e perissilviana, acarretando a **afasia total**.



(FIG. II)

Além dessas afasias decorrentes de lesão cortical, registam-se ainda as perturbações disfásicas conseqüentes à lesão dos núcleos da base. Pierre Marie estabeleceu nesse sentido um quadrilátero dentro do qual certas lesões acarretam perturbações disfásicas mo-



(FIG. III).

toras (Fig. III). Segundo seus ensinamentos, 50% das afasias motoras são consequência de lesões nesse foco, diminuindo assim de metade as atribuíveis ao centro de Broca.

Com essa evocação anatomoclínica, podemos com maior segurança considerar o nosso caso.

Desde logo o aspecto sensitivo-motor de sua paralisia é de-
veras interessante. Passado o período inicial da tetraplegia, não se lhe definiu a hemiplegia clássica. Os fenômenos motores e sensitivos conseqüentes à lesão cerebral não se apresentaram paralelos do lado oposto à lesão. Admitindo mesmo que a reconstituição anamnésica do 1.º período não tenha sido muito exata, o exame direto que se fez no paciente encontrou resquícios de perturbação motora à direita com exagêro dos reflexos tendinosos, enquanto que à esquerda o resquício de perturbação motora foi acompanhado de hipoestesia que chegou até à astereognosia. O doente declarou mesmo que ficou mais prejudicado do lado esquerdo.

Quanto à afasia que foi, sem dúvida, o aspecto mais interessante do caso, é de notar sucessiva regressão na sua feição: a princípio **total** (nem **compreensão**, nem **expressão**); depois regressão da **surdez verbal** (já compreendendo o que ouvia); mais tarde, regressão da **afemia** (já articulando a palavra); ao cabo de 13 anos do acidente chegou, em 1929, ao estado em que ainda mantinha nitidamente a **cegueira** e a **grafia** (incompreensão e inevocação dos símbolos gráficos).

Finalmente, uma reconquista razoável das funções anteriores ao acidente e o reingresso no antigo setor de sua atividade, recuperado para a vida.

Tal o caso que me pareceu interessante trazer ao conhecimento da Academia.

SÍNDROME DE BROWN — SÉQUARD TRAUMÁTICA

**Dr. Francisco de Paula
Rodrigues Leivas**

Major Médico, Chefe do P. N. F

Dr. Almir Almeida Guimarães

2.º Tenente da Reserva Convocado,
Chefe de Enfermaria.

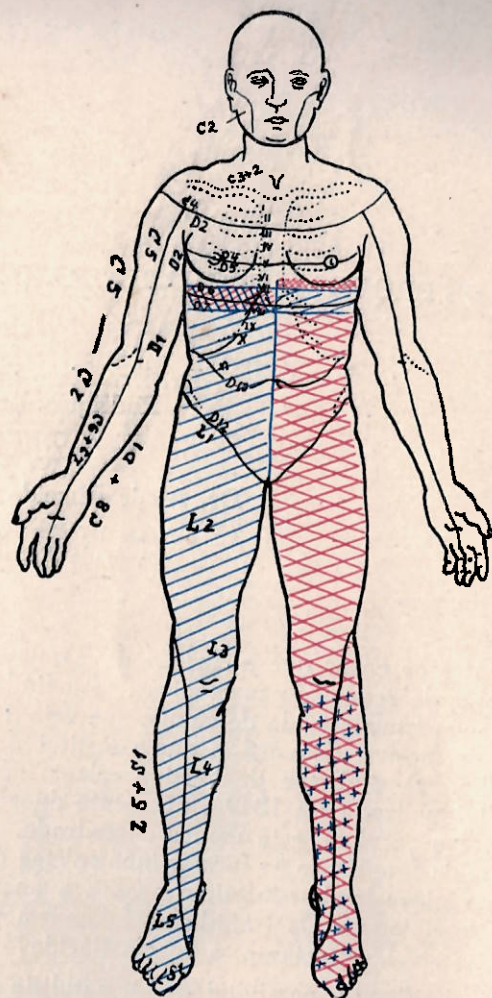
São freqüentes os casos que a Secção de Traumatologia nos manda, portadores de sequelas neurológicas. Ao findar o ano de 1944, recebemos um traumatizado de coluna que veio a exteriorizar uma síndrome de Brown Séquard e que constitui o assunto do presente trabalho. A síndrome de hemiparaplegia com anestesia cruzada foi individualizada em 1849 e apresenta duas variedades: a dorso-lombar e a cervical, esta menos encontrada. Na prática aparecem com mais freqüência as formas incompletas da síndrome, sendo que nas regiões lombar-inferior e sacra a anestesia não é cruzada e sim homóloga. Os tratadistas falam em paralisia espástica, sendo possível, entretanto, a forma flácida.

Oppenheim verificou a possibilidade da paralisia alterante, na síndrome de Brown Séquard; esta hipótese ocorre quando há dupla lesão medular: — cervical de um lado e dorso lombar do lado oposto.

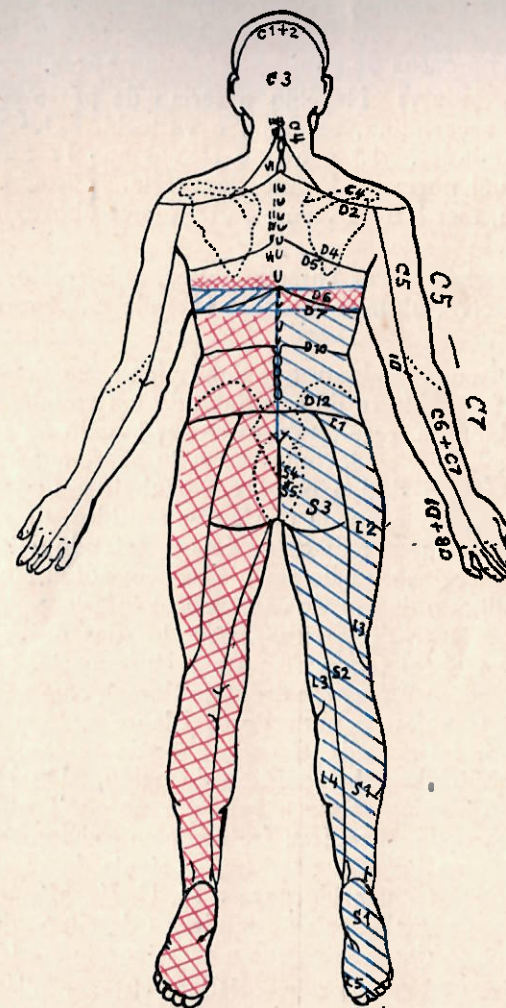
Quando há lesão dupla, homolateral, surgida em épocas diferentes, teremos 2 síndromes de Brown Séquard; se, porém, as lesões surgirem ao mesmo tempo, não teremos paralisia direta com anestesia cruzada e sim paralisia e anestesia bilaterais.

Eis o caso de nossa observação.

2.º Tenente J. R. M. F., com 36 anos de idade, cor branca, casado, natural do Estado de São Paulo, baixado em 25/10/1944.



// Membro não paralítico
 anestesia térmica e
 dolorosa
 +++ hiperestesia
 +++ perturbação ou sensibilidade
 profunda
 // anestesia



Membro paralítico

Membro não paralítico

Antecedentes hereditários: Pai morreu de artério-esclerose. Genitora sofre do coração, tem mais de 60 anos, teve 2 filhos, a irmã é sadia. Não há casos de neuro-psicopatia na família.

Antecedentes pessoais: Nascido a termo de parto normal. Teve, na infância, escarlatina, sarampo e varicela. Desenvolvimento sem anormalidades. 1.º contacto sexual aos 17 anos, seguindo-se vida sexual normal. Refere gonorréia. Casado há 10 anos. Esposa sadia, tem 1 filho vivo e forte; nunca abortou. Não etilista, é tabagista.

Antecedentes sociais: Fez curso superior, incompleto, de engenharia. Na vida civil, ultimamente, era fazendeiro. Convocado há 3 anos.

H. D. A.: Sofreu o acidente que determinou sua doença em 25 de outubro de 1943. Nesta data, montando um cavalo, o mesmo virou uma cambalhota, resultando disso ser jogado ao solo, de bruços, com o animal, que, ao levantar-se, caiu sobre suas costas. Essas informações foram dadas pelos companheiros que assistiram ao acidente, pois com a queda perdeu os sentidos, de nada se recordando; despertou alguns momentos depois, estando deitado no solo, apresentando escoriações pelo rosto e tronco; notou ainda que se achava impossibilitado de mover os membros inferiores, ao lado de grande bem estar, fora do comum, segundo suas próprias expressões. Logo depois, foi removido para a Enfermaria, onde foi punccionado e permaneceu 2 dias em decúbito dorsal, com as pernas levantadas; daí foi transferido para Porto Alegre e, logo depois, para São Paulo, onde foi gessado, ficando baixado cerca de 1 ano, sendo 6 meses imobilizado pelo aparelho de gesso. Do Hospital Divisionário de São Paulo trouxe a seguinte nota: Trata-se de oficial que em outubro de 43, sofreu fratura com esmagamento da 6.ª vértebra dorsal, com luxação para trás e sinais de comprometimento medular. Será transferido para o H. C. E., afim de submeter-se a tratamento complementar e mudança de clima, de acordo com o parecer dos conferencistas que o examinaram em 16.9.44.

Exame somático: Leucoderma, atlético, sistema piloso bem desenvolvido. Os aparelhos nada revelam ao exame.

Neuro-Psiquismo: Orientação e estática — apresenta labilidade de equilíbrio estático. Impossíveis as posições de apóio na perna esquerda e de cócoras. Sinal de Romberg — negativo.

Funções neuro-orgânicas — marcha: o paciente caminha arrastando o membro inferior esquerdo. Todos os movimentos dos membros superiores são possíveis e os do membro inferior esquerdo são reduzidos e difíceis.

Fôrça muscular: mão direita — 32; esquerda — 26. Redução da fôrça do membro inferior esquerdo.

Tremores discretos das extremidades digitais. Não há ataxia pela prova indicador-nariz. Ausência de ataxia do membro inferior direito e do esquerdo a prova está prejudicada pela paresia. Leve aumento de tonus do membro pelviano esquerdo.

Quanto à sensibilidade: (fig. 1) anestesia térmica e dolorosa em todo o membro inferior direito até o limite de uma linha horizontal passando 4 dedos transversais acima da cicatriz umbelical indo a um ponto da raque situada abaixo da 6.ª dorsal. Sobre esta zona de anestesia há uma faixa de hiperestesia circunscrevendo a região abdominal e o dorso na metade direita. No membro pelviano esquerdo há hiperestesia às diferentes formas de excitação até a altura correspondente ao limite superior da zona anestésica do lado oposto. Acima deste território de hiperestesia nota-se uma zona de 2 dedos transversais de anestesia e uma pequena faixa de hiperestesia.

Sensibilidade profunda: diminuída no membro inferior esquerdo, a noção das posições segmentares, bem assim a barestesia.

Refletividade: reflexos cutâneos — plantar direito, presente e normal; esquerdo, em leque pela excitação plantar; pela manobra de Oppenheim há extensão do grande dedo.

Cremasterinos — abolidos. **Abdominais** — superiores médios e inferiores — diminuídos. **Córneo palpebrais** — normais.

Tendinosos — patelar direito, vivo e esquerdo, exaltado e pollicinético. Aquileo, vivo à esquerda, e normal à direita. Os reflexos tendinosos dos membros superiores estão presentes e normais. Clono do pé e rótula, à esquerda.

Esfíncteres: No início da doença houve retenção, seguida de incontinência de urina. Acusa, no momento, constipação. **Potência coeundi** — conservada; no início do mal, houve priapismo.

Atrofia muscular de todo o membro crural esquerdo.

sensorialidade: visão normal, bem assim as pupilas e os reflexos pupilares. **Audição, gustação e olfação** — conservadas.

Palavra — normal quanto à compreensão e articulação.

Psiquismo — O exame dos planos da vida afetivo-volitiva, bem assim da representativa, não apresentou distúrbios dignos de nota. A estrutura psíquica está conservada e são satisfatórias as conexões do eu com o mundo exterior. A idade mental está perfeitamente adequada à cronológica e ao seu grau de cultura.

Exames complementares: Os exames de sangue e liquor não revelaram a existência de lues, não havendo também sinais de bloqueio.

Radiografia da coluna vertebral:

Rádio diagnóstico do Dr. Thiers: Fratura consolidada com achatamento do corpo da 6.ª vértebra dorsal. Em 4.11.944.

Diagnóstico : 543 — Síndrome de Brown-Séquard.

A fisiologia patológica desta síndrome é assim explicada : há paralisia direta porque a lesão atinge os condutores medulares da motilidade, já entrecruzados na altura das pirâmides bulbares. Explica-se a anestesia do lado oposto pelo entrecruzamento das fibras condutoras das impressões dolorosas e térmicas ao penetrarem na medula.

A superposição habitual das perturbações da sensibilidade profunda aos distúrbios motores do lado da lesão provém do fato de ser tal sensibilidade transmitida, sobretudo, pelas fibras longas que são diretas até o bulbo.

A hiperestesia situada acima da lesão resulta da irritação por colateralidade. A zona de anestesia direta, à altura da lesão, provém da alteração das raízes ao entrarem na medula, antes do respectivo cruzamento.

É o que nós ensina Rimbaud; entretanto Caude, no seu compêndio, pág. 59, diz : é difícil, à luz dos fatos experimentais e de dados anátomo-clínicos no homem, firmar uma concepção fisiológica precisa da síndrome de Brown Séquard, e assim compreende-se que, em face de certas experiências, alguns autores, abandonaram a teoria do entrecruzamento sensitivo e procuram explicar a anestesia e a hiperestesia por fenômenos de inibição e dinamogenia.

BIBLIOGRAFIA

- ALOYSIO DE CASTRO — Semiótica Nervosa.
 ALOYSIO DE CASTRO — Notas e Observações Clínicas — 2.^a Série.
 L. RIMBAUD — Compêndio de Neurologia.
 CLAUDE — Enfermidades del sistema nervioso.
 AURSCHMANN e KRAMER — Enfermidades del sistema nervioso.
 BARRAQUER — Tratado de enfermidades nerviosas.
 BING — Tratado de las enfermedades nerviosas.
 VAN GEHUCHTEN — Maladies nerveuses.
 MIGUEL COUTO — Lições de Clínica Médica.
 GUILLAIN — Etudes Neurologiques.
 KROLL — Los síndromes neuropatológicos.
 M. LITTER e M. WEXSELBLATT — Tratado de Neurologia — El Ateneo — Buenos Aires — 1939.
 A. TOLOSA, H. MINDLIN, W. E. MAFFEI (S. Paulo — Estudo anátomo-clínico de um síndrome de Brown-Séquard de natureza sífilítica).
 J. DEJERINE — Semiologie des affections de système nerveux — Paris 1926.
 BOURGUY DE MENDONÇA — Ferimento por instrumento perfurante, penetrante da cavidade raquidiana — Síndrome de Brown-Séquard. Meningo mielite ascendente. Considerações clínicas e médico-legais. Arquivo Brasileiro de Neuratria e Psiquiatria. Ano XXII — janeiro, fevereiro 1939 — n.º 1.

Laboratório

ÍNDICE BIOQUÍMICO DE INSUFICIÊNCIA RENAL (*)

Saturnino de Oliveira Filho

Major Farmacêutico. Membro da Academia Brasileira de Medicina Militar.

No decorrer destas linhas, verifica-se que originalidade não há, propriamente, mas comentários sobre o que já apreciámos, no longo exercício das nossas atribuições profissionais, no convívio diário do laboratório, em face da moléstia e do doente. As opiniões que exaramos, com a só responsabilidade de nosso nome apagado, talvez não tragam contingente apreciável ao assunto, mas, terão, por certo, a virtude de chamar a atenção dos mais capazes para este grande problema dos testes bioquímicos das insuficiências renais. Dentro do vasto capítulo do metabolismo dos azotados, dosados no sangue e na urina, encontra a bioquímica, como elemento decisivo para excelente orientação clínica, a creatina e a creatinina, cujos índices, excedentes de determinado limite, constituem um excelente teste daquelas lesões do organismo. Os técnicos de laboratório estão habituados aos pedidos rotineiros, sempre repetidos, das dosagens de uréia e creatinina, sumariamente endereçados ao médico para sua orientação diagnóstica. Mas, na boa interpretação dos resultados, o clínico não se entregará obcecadamente aos relatórios desses exames, sem a pesquisa semiológica do in-

(*) Trabalho apresentado à Academia Brasileira de Medicina Militar para concorrer à cadeira n.º 45.

divíduo doente, de acôrdo com o mais moderno pensamento sôbre os dados de laboratório. Não nos esqueçamos das palavras de Wasserman quando escreveu, em escandaloso conceito, que, "grças aos progressos do laboratório, o clínico não mais precisará ver o doente para diagnosticar o estado mórbido". Tinha que prever o grande patologista que a bioquímica, ao lado da biotipologia, haveria de tomar novos rumos, fazendo justamente o contrário do que pensava êle, pois o clínico não pode guiar-se sômente pelos conceitos de um simples boletim de exame, mas conciliar o mesmo com os dados semióticos de sua argúcia clínica, quando o contingente pessoal do médico se desdobra em necessidade de análises, as mais variadas.

Clementino Fraga, o mestre emérito, disse, em uma lição memorável: "A química da célula viva, como a complicação crescente da organização animal na escala zoológica, pôs embargos aos arestos do laboratório, mostrando, e cada vez mais, que a medicina científica se faz na pesquisa e na aplicação, melhor diria, na investigação armada dos institutos e nas salas de hospital, em contato direto com o doente". E, prossequindo, sempre nessa mesma atitude elevada e verdadeira, disse que as reações químicas, sutis e caprichosos fenômenos moleculares, complicando-se na intimidade da célula viva, afeiçoam particularmente o organismo, criando uma verdadeira personalidade humoral."

E a biotipologia abre-nos panorama grandioso da teoria dos constituintes orgânicos dos vários biotipos nas afecções renais, mostrando, no quadro das velhas diáteses, as predisposições para essas diversas lesões. Fici afirmou que os brevilineos são mais sujeitos às albuminúrias e calculoses renais que os longilineos; a densidade urinária é mais elevada no brevilineo que no longilineo; os longitipos eliminam mais uréia. Knauer mostra que o nefrótico tem constituição especial, sendo a nefrose lipídica encontrada em crianças pastosas e exsudativas. Martius já admitia as albuminúrias constitucionais, com a ortostática. E Beraradinelli afirmou que a litíase renal está em relação à patologia constitucional. A orientação atual da nefropatologia encontra, assim, a explicação para admitir essas lesões como derivadas dos processos gerais do organismo mórbido, respeitando a influência dos hormônios sôbre a ação do metabolismo dos elementos humorais.

E Achard já havia dito que, em clínica, não se pode ter regras absolutas e os esquemas, os mais engenhosos e que melhor se fixam na memória, não são, às vèzes, senão deformação da realidade. É que o distúrbio na função de um órgão desperta a sinergia funcional, mostrando não haver doenças locais e sim gerais. De tudo isso se vê o valor relativo de uma dosagem de laboratório, isoladamente, sem a atenção que desperta o estado mórbido e a boa

orientação no pedir os exames, para interpretação subsequente. Não pode bem se orientar o clínico que entrega aos técnicos de laboratório a decisão absoluta de um diagnóstico. E o professor Fraga, interpretando bem êste pensamento, afirmou que "a clínica e o laboratório devem seguir caminhos paralelos com desvios previstos e pontos conjugados de parada, à beira dos fatos, nas lindes circunsritas pelo determinismo científico" e pergunta "porque que não animar, e cada vez mais, a penetração recíproca de ciências que se completam?". "Não se trata de uma só e mesma árvore bracejante à luz, a medicina? E, de fato, nesse conceito vêm caminhando as ciências correlatas, dentro das normas da mesma bioquímica, a grande interpretadora dos fenômenos íntimos do metabolismo. E, no convívio do doente, há casos que valem por achados de laboratório, na espontaneidade de sua apresentação, valendo mais que um fragmento da verdade clínica, pois valem a verdade integral.

Já Rocha Vaz, mestre açatado, consumado constitucionalista, disse que as doenças são perturbações gerais — TOTIUS SUBSTANCIAE do organismo, não havendo razão, nos domínios da patologia, guiada pela bioquímica, para diagnósticos localísticos. "Princípio localístico e princípio unitário, em medicina clínica, não se podem excluir sem incorrer no comuníssimo perigo de considerar uma só face da verdade bifronte" (Pende). É Rocha Vaz ainda quem afirma: "sendo a clínica a ciência do individual, o primeiro ensinamento a dar é o da constituição individual, considerada no conceito unitário ou correlacionalístico do organismo. Kasakow, estudando os desequilíbrios orgânicos, doutrina sôbre o sistema hormonal, dizendo que a concepção de hormônio limitada aos órgãos de secreção interna é um erro: "todos os nossos tecidos são produtores; exercem papel importante no mecanismo geral biológico". E a bioquímica, dominando todo êsse complexo campo de trocas e transformações, dentro da fisiologia, mostra que os fenômenos do metabolismo só podem ser desvendados pelo laboratório. A verificação do pH, as dosagens dos vários constituintes dos humores orgânicos, esclarecendo os mistérios do equilíbrio ácido-básico, orientam o clínico no caminho trepidante dos emaranhados da patologia. E assim vemos que a dosagem dos elementos minerais ou orgânicos do sangue, do líquido, da uréia, são capazes de orientação benéfica. É na intimidade da célula viva, no íntimo do protoplasma, que se processam os mistérios do metabolismo, dos derivados proteicos endógenos ou exógenos, que mantêm no íntimo de suas decomposições e combinações, o organismo. Substâncias há aproveitadas, outras eliminadas e, dentre estas, as resultantes das desintegrações ou decomposições da matéria proteica, como uréia e creatinina, ácido úrico etc., e cons-

tituem índices seguros de verificação do estado mórbido, nas insuficiências renais, em face da constituição individual, como vimos.

Já não podemos pensar que simplesmente o cloreto de sódio seja o agente único provocador dos edemas, como queria Widal, mas declarou que "havia acidentes tóxicos que deviam depender de um mecanismo inteiramente diverso, como seja a retenção da uréia no organismo". E Valery Radot explicara que o rim impermeável retinha a uréia nos humores e nos órgãos, daí provindo a sintomatologia das uremias, desde os vômitos, o torpor, até as perturbações visuais, e concluía que as nefrites se dividem em dois grupos: um que dava os edemas da retenção clorêmica e outro, da retenção da uréia. Entretanto, hoje, a retenção do sódio, o índice clorêmico, a retenção do potássio etc., com o ácido úrico, a creatinina e creatina, o indican, são índices seguros das insuficiências renais, de modo mais decisivo que a só elevação da uréia, pois já Gui Laroche dizia que as trocas de metabolismo azotado são tais em sua complexidade que não se pode deixar de fazer repetidas dosagens referentes ao mesmo doente, porque as azotemias de aparência normal iguais ou inferiores a 0,50 por mil podem ser encontradas em indivíduos com lesão renal.

E, presentemente, os pedidos de exames aos laboratórios são feitos quase sempre dos dois elementos — uréia e creatinina —, como se isto fosse suficiente para uma decisiva orientação diagnóstica, como vemos na opinião de Guy Laroche. É o que procuraremos deixar patente, valorizando mais o esclarecimento dado pela elevação da creatinina, do que na da uréia em sua amplitude de interpretação. Entre nós, devemos muito ao saudoso professor Annes Dias os grandes progressos da bioquímica, em face da orientação moderna que seu espírito luminoso de mestre privilegiado soube dar às moléstias do metabolismo, tendo deixado sua escola e concorrido para grandes progressos da medicina clínica. Dizia ele que o médico deve aprimorar seus conhecimentos de bioquímica e de fisiopatologia para poder ser árbitro e não escravo do laboratório, afirmando que os que deblateram contra a influência crescente do laboratório na medicina são aqueles que, desconhecendo o alcance dessa colaboração, se vêem na alternativa de aceitá-la passivamente ou contra ela revoltar-se. Os resultados de laboratório devem ser considerados como sondagens profundas que o organismo trouxe à superfície. E aos farmacêuticos, profissionais especializados nas complexas questões de laboratório, incumbe êsse auxílio ao clínico. Já é tempo de ficar organizada a parte de pesquisas destinadas aos farmacêuticos, pois a eles deve a medicina, entre nós, o estabelecimento dos primeiros laboratórios clínicos nas grandes cidades, como sejam Malhado Filho, em São Paulo, e

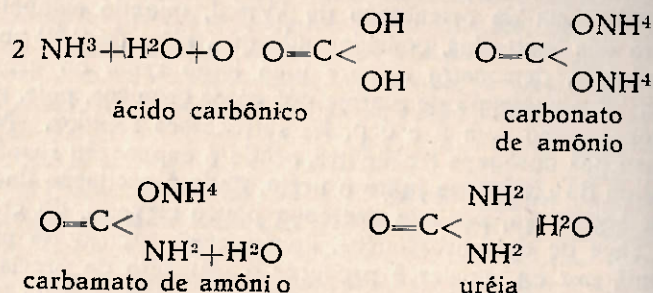
Cezar Diogo, no Rio, sem esquecer o concurso, no Exército, dos farmacêuticos nas várias guarnições para onde são destacados.

URÉIA E CREATININA — Foi a razão por que escolhemos este assunto, relacionado à bioquímica, como um dos mais importantes testes das insuficiências renais, agudas ou crônicas, um dos mais complexos capítulos da patologia renal. E, como já dissemos, os pedidos são sempre feitos, destacadas a uréia e creatinina. É a insuficiência da orientação de Widal, quando estabeleceu seu quadro das azotemias, considerando que, além de 0,50 por mil, se permanente, demonstra sempre uma lesão renal ou uremia eminente. É a azotemia de alarme dos casos crônicos, pois, nos casos agudos, mesmo com 5 e 6 g, há retrocessos rápidos. Mas, isto, no caso das dosagens freqüentes, sendo a explicação razoável para o pedido da creatinina junto à uréia, dada a oscilação daquela e a maior segurança, por sua presença pouco elevada, da creatinina. "Em face de dois azotêmicos, com a mesma cifra de uréia, 2 g por mil, por ex., mister é procurar o elemento de precisão capaz de orientar o diagnóstico e a terapêutica; nesse sentido, interrogaremos a reserva alcalina, os Cloretos, a Creatinina, o Cálcio, etc. Se o 1.º apresenta creatinina elevada, os cloretos normais, reserva alcalina e cálcio baixos, o prognóstico será sombrio e a terapêutica encontrará dificuldades, com cifras progressivas. No caso contrário, a situação é fácil e as esperanças se entreabrem". São palavras de Annes Dias, pelas quais verificamos não o valor decisivo da dosagem da uréia, mas da creatinina. Há mesmo uma escala cronológica dos valores tomados nas hipercreatininemias feita por Meyers, dando-lhe decisiva orientação diagnóstica e prognóstica.

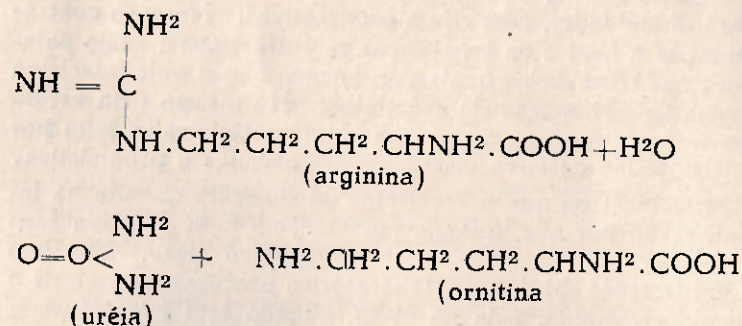
E Derot mostrou que a creatinina só aumenta quando há lesão renal, razão por que, quando aumenta, ao lado da uréia sanguínea, dá um valor diagnóstico e prognóstico claro. Por isto e pelas verificações diárias dos laboratórios procuramos preferir a dosagem da creatinina, pela da uréia, quando esta não informar bem, pois o aumento de uma significa pouco, enquanto o da outra significa tudo.

URÉIA — A uréia, produto principal azotado do metabolismo exógeno, depende das proteínas alimentares, enquanto a creatinina provém do metabolismo endógeno, da desintegração das proteínas dos tecidos, sem nenhuma relação com os alimentos, conforme pensava Folin. Há, entretanto, outras opiniões, emprestando maior importância ao catabolismo endógeno relacionado à creatina, e a procedência exógena à creatinina. Como considerar a uréia só relacionada ao metabolismo exógeno quando ela provém, ainda, dos processos de desintegração considerada residuo nitrogenado do organismo? Não se poderá dissociar uma e outra procedência, pois seria separar todos os fenômenos bioquímicos da nutrição em

endógenos e exógenos quando não podemos fixar os limites fisiológicos dessa separação. Julgou-se que a síntese da uréia se dava na combinação de amônia, que resulta da desaminação dos aminoácidos, com ácido carbônico, dando carbonato de amônio. Este, perdendo água, converte-se em carbamato de amônio, que, perdendo uma molécula d'água, dá uréia.



Ou, então, se forma uréia diretamente, sem desaminação da arginina, que se hidrolisa pela arginase, dando uréia e ornitina.



É recente a explicação d'este mecanismo, mas parece ser o maior responsável pela formação da uréia no organismo. Há contestação sobre a formação pelas antigas teorias, como a que parte do carbonato e carbamato de amônio, sendo a teoria aceita a da formação pela ornitina e citrulina.

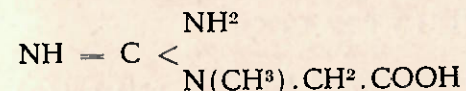
Krebs e Henseleit demonstraram, em experiências feitas em fragmentos de fígado, *IN VITRO*, a formação da uréia pelo amoníaco, confirmando, assim, a gênese hepática por um mecanismo sintético sob a ação enzimática da arginase, do seguinte modo: a ornitina, o amoníaco e o gás carbônico reagiriam entre si para formar (com libertação d'água) a arginina; a arginase, fermento universal, libertaria a uréia, deixando nova ornitina intacta, para

reativar, novamente, a reação sintética. Assim, a ornitina deveria servir como uma espécie de catalisador estável, que não se consome, mas permite o contínuo desenvolvimento do processo sintético.

A sonolência e a hipotermia dos azotêmicos muito se assemelham à ação farmacodinâmica dos barbitúricos e da criogenina, sabendo-se que o radical uréia se encontra nesses corpos, donde aceitar, com Merklen, que a ação da uréia se assemelha à d'esses medicamentos.

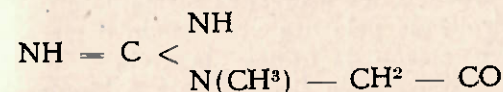
J. Glonchenkie e Pontschenkys estudaram a curva diária da uréia do sangue, no homem e nos animais, retirando o sangue de hora em hora e dosando-a pelo micro-método de Lewinson, acharam que cada animal tem uma curva determinada. No homem, as oscilações fisiológicas da taxa de uréia sanguínea seriam 0,20 a 0,75 ‰. Em França, aceitaram o teor máximo de 0,50 ‰, mas tendo-se em conta os regimes alimentares do indivíduo. Nos tuberculosos, em superalimentação, com carne crua, as dosagens passaram de 0,50 ‰, sem perturbação renal. Assim, verifica-se que a dosagem da uréia, é relativa em clínica, variando mesmo em horas diferentes e sofrendo a ação do regime alimentar, mesmo em indivíduos que não tenham lesão renal. Verificaremos, nos quadros de Folin, que tal não acontece com a creatinina, sempre dando índices mais firmes e de muito menor oscilação ou quase nula.

CREATINA E CREATININA — Examinando-se a fórmula estrutural da creatina, verifica-se que ela pode ser considerada um derivado da glicina, da guanidina ou do ácido guanidino-acético, donde denominar-se, também, ácido metil-guanidino-acético.



Creatinina ou ácido metil-guanidino-acético

Converte-se em creatinina que é o seu anidrido, tendo por fórmula $\text{C}_4\text{H}_7\text{N}_3\text{O}$ ou metil-glicociamidina:



Verifica-se que a creatinina provém da creatina, por meio da perda de uma molécula d'água. É relacionada quimicamente com a uréia, a guanidina e a metil-guanidina, sendo a arginina

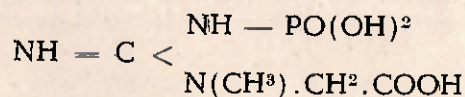
o único aminoácido com núcleo guanídico, mas não está provado que produza creatina.

A creatina faz parte do organismo, tendo cerca de 100 g por indivíduo, nos músculos, e pequena parte no sistema ervaço (1,5%). A creatina apresenta-se em mínima quantidade, cerca de 0,010 g % do tecido muscular. A creatina no sangue total atinge 3,5 a 5,0 mg por cem cm³ e a creatinina mais ou menos 0,020 a 0,025 g por 1.000 cm³. Sendo que a creatina está contida, quase em sua totalidade, nos elementos figurados do sangue e a creatinina fica entre os glóbulos e o plasma. O coeficiente da creatinina é a relação

$$\frac{\text{creatinina de 24 horas}}{\text{pêso do corpo em kg}} = 20 \text{ a } 26 \text{ nos homens e } 14 \text{ a } 22 \text{ nas mulheres.}$$

Há uma eliminação de cerca de 0,017 a 0,024 mg por quilo de pêso por dia. Fisiologistas há que explicam a formação da creatina nos músculos, secundariamente, sendo posteriormente transformada em creatinina no fígado, enquanto outros pensam que a creatina provém da autólise dos tecidos e resulta de ação enzimática.

Por ocasião da contração muscular, há uma desintegração do adnilpiro fosfato em ácido adenílico e ácido fosfórico, produzindo posteriormente heose-difosfato. Segue-se a produção da fosfato-creatina ou fosfogêneo ou ácido-fosfórico-creatinico, cuja fórmula é a seguinte:



Por oxidação dará creatina e ácido fosfórico, pois entram estes elementos no mecanismo da contração muscular, com 80% da creatina combinada ao ácido fosfórico.

Da creatina provém a creatinina, como vimos, mas a origem da primeira sendo incerta, possivelmente podendo ser derivada da guanidina, da glicina, arginina, histidina, betaina ou colina, como seus precursores. Já ficou provado que a uréia se forma, sem desaminação, da arginina hidrolizada pela arginase, sendo o mecanismo mais recente da interpretação da origem da uréia e, se a creatinina pode provir da arginina, não fica distante a hipótese de uma derivação comum aos dois elementos que sempre se solidarizam nas insuficiências renais.

Brand verificou que a ingestão da glicina por indivíduos com distrofias musculares produzia uma grande elevação da excreção

da creatina nesses indivíduos, enquanto não tem ação nas pessoas normais. O ácido benzóico diminui a secreção da creatina, em virtude de diminuir a formação da glicina no organismo.

A produção da creatina dá-se nos músculos, sendo provável a mesma sede para a creatinina, por desidratação, pois a remoção do fígado não altera a eliminação da creatinina, como a uréia, produto de eliminação; mas a formação da creatina é diferente.

Quando o regime alimentar se eleva em protídios, no jejum, na privação dos glicídios, no diabete, pirexias e distrofias musculares, há grande libertação de creatina, sem sua transformação em creatinina. Nas crianças há creatinina em vista da deficiência de seu armazenamento no sistema muscular. A eliminação da creatinina é de 1,50 g a 2 g, no homem e 0,8 g a 1,50 g na mulher. A uréia tem procedência exógena, enquanto a creatinina tem sua origem na desintegração dos elementos do metabolismo do músculo. Riesser afirma que a síntese da creatina se processa em face da uréia e colina, com libertação de álcool metílico, como se verificará na eliminação da creatina — produzida pela injeção de colina. A ingestão de creatina não aumenta sensivelmente a creatinina urinária, por ser destruída a creatina no tubo digestivo pelos fermentos. Pelo regime alimentar não há influência notável sobre a eliminação da creatinina, pois mínima porção se deriva da creatina da carne ingerida, sendo a maior parte originária dos músculos na proporção de 20 a 30 mg por quilo de pêso, em regime normal, não se podendo bem explicar os processos dessa transformação. Há opiniões de que a creatinina varia conforme a constituição individual e o desenvolvimento da massa muscular, sendo essa medida considerada um coeficiente fixo de creatinina em determinado indivíduo durante anos. Ignora-se se o trabalho muscular aumenta a creatinina urinária, mas Scaffidi não encontrou diferença, após exercício, nem na creatina do sangue, em contradição com Schulz, que manda examinar a creatinina eliminada em várias horas de trabalho ou de repouso, neste caso sendo menor.

Há creatinúria nas crianças, nos períodos menstruais e no puerpério, na mulher, mas são problemas ainda não esclarecidos, resultando situação confusa no metabolismo desse elemento azotado do organismo. A hipertermia, mesmo ligeira, o diabete, aumentam a creatina; os hipotireóides têm a creatina reduzida, sendo aumentada sob a ação da tireoxina. Nas miosites, na moléstia de Parkinson, nas miopatias etc., há diminuição da creatina nos músculos, aumentando na urina, donde se verifica a necessidade desse elemento nos hipertireóides, quando há bom funcionamento muscular. Entretanto, em indivíduo submetido à dieta privada de proteína, é constante, e demonstra isto o metabolismo endógeno da creatinina. A concentração da creatinina é de cerca de 100

vêzes e a da uréia é de 70 a 80 vêzes. Quando não há bom funcionamento renal, há acúmulo no sangue. Neste caso há aumento da uréia e creatinina, sendo a questão posta em terreno tais que convém considerar, para interpretação clínica, nos dados do laboratório, o estado mórbido e o regime alimentar. A creatinina pode atingir 0,030 g % e mais, no sangue, sendo um elemento de valor para o diagnóstico e, principalmente, para o prognóstico das insuficiências renais. Nas lesões agudas há regressão na quantidade da uréia e creatinina, como nos casos de operados recentes, nos retencionistas, prostáticos etc.. Nos casos crônicos, as verificações freqüentes do teor desses elementos esclarecem o prognóstico com sentenças definitivas, sendo a apresentação da creatinina e o seu aumento de muito maior valia, como demonstraremos. É o que se pode afirmar, tendo em vista o quadro das eliminações do nitrogênio da uréia e creatinina.

CURVAS DA URÉIA E CREATININA — Na azotemia crônica, as curvas da uréia e creatinina podem ser paralelas, mas há divergências, de interpretação obscura, sendo mais razoável, nas insuficiências renais crônicas, basear-se o prognóstico na dosagem da creatinina, como na do indican. A uréia sanguínea aumentada é bem mais freqüente, mesmo nos casos de boa permeabilidade renal, demonstrando a sua origem ser mais exógena que endógena. Há casos de uréia alta com creatinina normal, situação mais freqüente, que se verifica nos laboratórios de pesquisas clínicas, conduzindo-nos a um prognóstico favorável, com estatísticas ao alcance de todos.

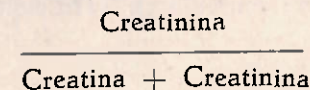
Nas provas para avaliação do valor funcional dos rins, feitas com a própria creatinina, dá-se ao indivíduo observado um copo d'água e dosa-se, após uma hora, a creatinina urinária; em seguida, faz-se-lhe uma injeção venosa de 0,50 g de creatinina e dá-se-lhe outro copo d'água; após uma hora, dosa-se de novo a creatinina, fazendo-se outra injeção de creatinina e nova dosagem de urina. Se o indivíduo é normal, após uma hora da injeção, dosar-se-á na urina o triplo da creatinina em relação a anterior dosagem (prova de Meyer).

A dosagem da uréia é feita englobando outras substâncias azotadas, inclusive a creatinina, mas podia ser dela deduzida a taxa de azoto da creatinina, se a dosagem da uréia não for feita por processo especial, como da urease, xantidrol, etc.. Nas lesões hepáticas há, muitas vêzes, creatinina aumentada, podendo-se concluir que é no fígado, em sua maior fase de defesa, que se dá a produção da creatina, ao contrário do que afirmam alguns patologistas, que dizem não ter ação o fígado sobre a produção da creatina; mas o metabolismo do azoto é dirigido pela função hepática. Na acidose diabética é grande a creatinúria, não se dando

a sua desidratação, donde não haver aumento de creatinina no san gue.

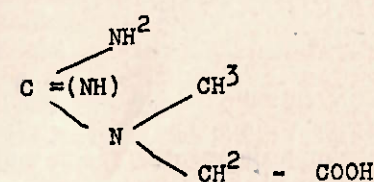
Folin acha que a creatina é produto terminal do catabolismo azotado endógeno.

J. Duman e J. Vague vêem na relação creatínica do sangue

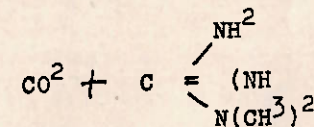


um elemento de diferenciação dos fatores renais e extra-renais dos azotêmicos, ficando em torno de 0,50 g quando o rim está lesado.

CREATINA — A descarboxilação da creatina dá lugar à formação de um tóxico tetanizante, a dimetilguanidina



Creatina



dimetilguanidina

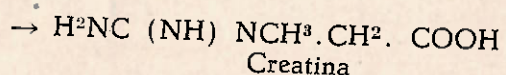
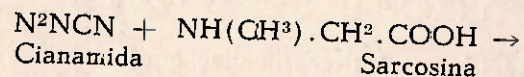
As guanidinas são tóxicas, sendo encontradas em animais paratireoidectomizados, atuando, assim, na produção da tetania, excitando a contractilidade neuro-muscular, tendo, além disso, uma ação hipoglicemiante. A opinião mais admitida de sua origem é que provém de um núcleo guanídico existente na arginina, mas não há demonstração real deste fato.

Stuber acha que a metilação dos derivados do ácido guanidino-acético, formando creatina, se processa na tireóide, pois, uma injeção daquele ácido em um coelho produz aumento da creatina no sangue, o que não se dará se o animal for tireoidectomizado.

Autores americanos acham que a arginina pode ser ou não a origem da creatina, que, oxidando-se, dá um núcleo guanidínico ou sob a ação da arginase dá uréia. Riesser pensa que a creatina provém da ação da uréia e colina, libertando-se o álcool metílico; isto se verifica, injetando-se colina, do que resultará aumento da creatina muscular. Como já vimos, há verdadeiros índices individuais, constantes, da creatina, variáveis com a constituição e com a massa muscular.

Pela ação intermediária da glicola, arginina e metionina, forma-se a creatina. A glicola é transformada em ácido guanidinoacético, depois em creatina, que, por desidratação, dará creatinina.

Nos últimos estádios das insuficiências renais, encontramos as tetanias, as contrações musculares, verificando-se o aumento da creatina e creatinina, como produtos endógenos das desintegrações dos músculos. Segundo Abderhalden, pode-se conceber a formação da creatina pela uréia ou iso-uréia e colina. Há também a síntese da creatina, partindo da cianamida e da metil glicola ou sarcosina :

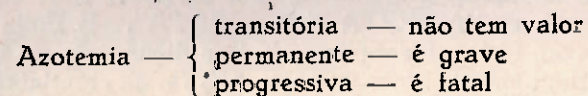


E, assim, explica-se, talvez, que a creatinina no sangue aumenta, nas nefropatias crônicas, tendo origem ainda não muito esclarecida, além da formação endógena, vinda da creatina, como nos casos de sua eliminação nos regimes privados de proteínas. Pensamos que assim seja explicado o aumento da creatinina com diminuição da uréia, nos processos terminais das grandes uremias.

O Professor Annes Dias explicava que um indivíduo, submetido a jejum prolongado, abstendo-se de proteicos, diminuirá a taxa da uréia, mantendo-se a de creatinina, ou a aumentará. Mas não será este o caso da transformação da uréia, aumentando a creatinina, como quer Abderhalden? Lambling acha que a creatina se produz também, no fígado, além dos músculos, mas há contestações. A eliminação maior de creatina, como sinal de eficiência muscular, explica-se pela ausência do elemento hidrocarbonado, quando o músculo se histolisa, do que resultará aumento da creatinina como produto de derivação da creatina.

Meyer acha que é a creatinina um índice melhor das perturbações renais, sendo menos oscilante que a uréia, o ácido úrico etc.. Entretanto, Annes Dias afirma ter encontrado creatinina aumentada sem lesão renal. Isto nos conduz a admitir que nas perturbações hepáticas ou musculares a creatinina cresce no sangue, dando lugar a uma aparente retenção, embora com absoluta integridade dos rins. Kilian e Meyer pensam que a creatinina só é retida quando há lesão renal antiga, com aumento da uréia, donde se concluir que os diagnósticos firmados nessa base se justificarão,

como os prognósticos, quando a cifra de creatinina ultrapassar 0,025 a 0,035 %. E Annes Dias dá a fórmula que tem seu nome :



Não devemos limitar o objetivo a um só dos elementos do metabolismo nitrogenado, mas firmar a atenção na creatinina, que parece ser o melhor índice de todo êsse catabolismo.

As vêzes, a uréia faz uma regressão e a creatinina aumenta, conforme Annes Dias, mas sem explicar tal situação. Parece que a razão é justamente a desintegração e diminuição consequente da uréia, por intermédio de outros elementos, como já vimos, resultando mais creatinina etc.. E há dietas que em seu exagerado prescrever, alguns clinicos conduzem seus doentes para as grandes autólisés, desnutrindo-os, aumentando a creatinina, ua creatina desintegrada, diminuido a uréia, mais exógea que endógena, resultando as apresentações terminais tetaniformes das uremias, justamente pelo aumento da fosfocreatina e não da rarefação do cálcio sòmente, como é aceito ainda.

Chabanier e Galhardo chamavam a atenção para o estudo do azoto não ureico nas nefrites crônicas, citando casos de importância destes elementos como mais valiosos que a uréia.

Nas contestações a êstes autores, Heloin ainda preferiu a uréia.

Mas Annes Dias disse: "Parece-nos de maior interesse estudar essa questão de azoto não ureico nas pequenas azotemias, inferiores a 1,0 g % e nos casos em que a cifra da uréia é normal, pois estes escapam às tábuas prognósticas de Widal".

E o grande mestre, estudando as creatininemias, valorizou o conceito clínico que ficou, na orientação sadia de seu gênio clínico, fundador real, entre nós, da escola da bioquímica clínica. E citava êle o caso do diabetes insípido confundindo-se com uma nefrite crônica, indicando a dosagem da creatinina para esclarecer um diagnóstico. E disse: "Não é fácil, porém, penetrar no íntimo desse problema de fisiopatologia, tão obscuros, falhos e discordantes são os elementos que andam dispersos, sobre o metabolismo da creatinina, na parca bibliografia existente a êsse respeito". "Meyer e Kilian, já citados, pensam que a creatinina só é obtida depois da uréia e ácido úrico, sendo que a origem exógena da uréia nos conduz a não preferi-la para o diagnóstico. Mas vem a dúvida de sua origem e Mendel e Rose verificam seu aumento com a carência dos hidrocarbonados, tendo Gondhard constatado sua diminuição, no diabético, quando se lhe dá hidrocarbonados.

Mas, na mesma preocupação de Annes Dias, vem a declaração de Gui Laroche, quando pensa ser complexo o metabolismo das substâncias azotadas, a ponto de não se poder tirar conclusões práticas sobre as "INGESTA E EXCRETA". E Folin observa que um regime forte em proteínas daria a diminuição do OZOTO total urinário, aumentando o de uréia e não o de creatinina, achando, também, que esta provinha da desintegração dos tecidos do organismo, sendo a uréia EXÓGENA e a creatinina ENDÓGENA.

A excreção da creatinina aumenta quando há grande histólise, como nas pirexias, tétano etc.

PESQUISA E DOSAGEM DA CREATININA — Focalizada assim esta substância nitrogenada, como elemento de decisivo valor diagnóstico e prognóstico das insuficiências renais, devemos fazer referência à sua caracterização, sob o ponto de vista da pesquisa química e sua dosagem respectiva.

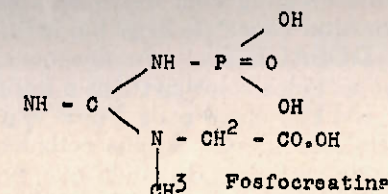
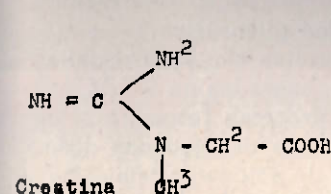
CREATINA — CREATININA — A composição química do músculo é a seguinte:

Água	70	a	80%
Resíduo sólido	20	a	30%
Substâncias orgânicas	28,50	a	19%
Cinzas	1,0	a	1,5%
Proteínas	17,0	a	20,0%
Hidratos carbono	0,50	a	0,70%
Lípidios	1,5	a	3,0%

E as substâncias nitrogenadas não proteicas são as seguintes:

Glutation	0,047	a	0,080 %
Fosfocreatina	0,400	a	0,500 %
Creatina	0,050	a	0,080 %
Ácido adenilfosfórico	0,200	a	0,400 %
Carnosina	0,260	a	0,300 %
Uréia	0,010	—	—

A creatina está livre em pequena proporção, porém combinada sob a forma de fosfocreatina ou fosfageno, substância que representa importante papel no mecanismo da contração muscular.



Cêrca de 98% da creatina do organismo está sob a forma de fosfocreatina nos músculos. Tem ação preponderante sobre o funcionamento muscular. Deshidrata-se, transformando-se em creatinina, assim encontrada como produto de excreção na urina, visto não ser encontrada como creatina em pequena quantidade.

PESQUISA — A creatinina encontrada no sangue, aumentada, é um índice magnífico das lesões renais. Para bem caracterizá-la é necessário que sejam tomadas precauções, não devendo ser feita em material mal conservado, pois a urina alcalina transforma a creatina em creatinina, sendo as reações perturbadas pelos corpos cetônicos, sulfurados ect.

A creatinina forma sais com vários ácidos, como o ácido pícrico, sendo os picratos insolúveis.

REAÇÃO DE JAFFÉ — Baseia-se na transformação do ácido pícrico em picramico, passando de amarelo a alaranjado ou vermelho; reação que orienta o método de Folin, para dosagem.

A reação de Jaffé só é positiva com a creatinina e não com a creatina.

REAÇÃO DE WEYEL — É feita em soluto alcalino tratado pelo nitro prussiato de sódio, dando coloração vermelha-rubi, passando ao amarelo-pálido, ao verde e azul, em meio acético, a quente. É sensível a 0,3 % e produz-se com a acetona, mas, neste caso, a reação vermelha não se tornará verde em meio acético, sendo esta a reação diferencial. É positiva com a creatina e creatinina.

REAÇÃO DE WALPOLE — É específica da creatina, consistindo em tratar o líquido a examinar por um soluto de diacetila a 1%, dando coloração rósea com soluto alcalino.

REAÇÃO DE MARCHKE — É feita com o licor cupro potássico de Fehling, dando coloração amarela, devida à combina-

ção de creatina com óxido de cobre. É uma reação interessante e constitui causa de erro na verificação das glicosúrias.

DOSAGENS — As dosagens de creatinina são sempre feitas pelos métodos colorimétricos e fotométricos, baseados na REAÇÃO DE JAFFÉ, como o de Folin-Wu e pelo processo fotométrico de Mario Abreu. Os corpos cetônicos dão causa de erro nas dosagens de creatinina, de modo que, nos casos de acidose, uremia etc., é necessário fazer-se sua extração com éter antes da dosagem.

As dosagens da creatina e creatinina são feitas em conjunto, sendo a creatina dosada após anidrização, por aquecimento do líquido a examinar, em autoclave a 117°, por 15 minutos, com um soluto normal de HCL, em partes iguais.

Pelo processo de Benedito Meyer faz-se assim a dosagem, como acima dissemos. A diferença entre a creatinina preformada e a posterior, dá a dosagem da creatina, levando-se em conta a última dosagem, achando-se que um grama de creatinina representa 1,16 de creatina.

Estes processos de dosagem têm sofrido várias críticas, por não serem muito rigorosos, havendo outras modificações ou adaptações em torno dos mesmos.

Na clínica usa-se o creatininímetro de Moreau, que dá dosagem aproximada, não sendo aconselhado, em vista dos métodos colorimétricos e fotométricos serem muito acessíveis e mais rigorosos.

A carne do boi dá 0,35 a 0,45% de creatina; a do coelho 0,44 a 0,50 e de galinha 0,38 a 0,48%, sempre com pequena quantidade de creatinina. O homem tem 0,27 a 0,42% de creatina, dando cerca de 90,0 g num adulto.

No sangue, há creatina e creatinina em quantidade igual no sangue total, plasma e glóbulos, sendo 1 a 2 mg por cem de creatinina, enquanto a creatina varia de 1,5 a 7 mg por cento no sangue (o a 2 mg no plasma e 1,5 a 5 mg nos glóbulos). Não se pode afirmar, entretanto, como diz Agasse-Lafont, que essa creatinina não apareça senão depois dos processos de dosagem, transformando os cromógenos. A quantidade de creatinina excretada em 24 h é de 1,5 g a 2 g, por adulto, sendo que, de acordo com o peso do corpo, dará de 2 a 3 centigramas por quilo de peso, menos na mulher e na criança.

Há o método de Folin, baseado na ação da creatinina sobre o ácido pírico e hidrato de sódio e comparando-se a um soluto de bi-cromato de potássio a 24,55%

PROVA DE BRANDT E REHBERG — O indivíduo com a bexiga vazia, toma 3,0 g de creatinina dissolvida em 50 cm³ d'água. Urinar 1 hora após e tomar 250 cm³ de leite ou água para ter uma diurese abundante, quando se colhe um pouco de sangue para dosar.

Uma hora depois, tira-se novo sangue e nova urina, dosando-se creatinina em ambos. Para se avaliar o filtrado glomerular, dosada a creatinina, usa-se a seguinte fórmula:

$$F = \frac{CxV}{60}$$

em que V é o volume de urina eliminada em uma hora, 60 indica os minutos e C é o valor do índice de concentração fornecido pela relação:

$$\frac{CrU\%}{CrS\%}$$

em que CrU é a concentração de creatinina na urina, CrS a média da concentração no sangue, nas duas amostras. O valor do filtrado glomerular, quando dá uma cifra inferior a 100, faz suspeitar uma lesão renal, sendo que haverá segurança dessa lesão, se for inferior a 80. Se o rim pode ter peculiaridade no recusar passagem a certas substâncias, lembrou A. Dias a possibilidade de deixar passar a uréia e reter a creatinina, embora a constante de Ambard, com causas de erro, deixe maior campo especulativo para o estudo da creatinina. Há mesmo a constante creatinino-secretora de Fonteyne e Ingelbrecht, adaptação de Ambard à creatinina.

$$K = \frac{S}{\sqrt{\frac{70}{P} \times D} \times \sqrt{\frac{C}{47}}}$$

S — é a concentração da creatinina no sangue ‰

P — é o peso do indivíduo

D — a quantidade da creatinina eliminada em 24 horas

C — a concentração da creatinina por mil, na urina

47 — um número escolhido, tipo isotônico a 25 ‰ de uréia.

Com a dosagem no sangue total, os valores de K variam entre 0,029 e 0,050 g. Para Cantinieux, na dosagem em soro, são inferiores e variam de 0,018 a 0,026 g. As lesões renais promovem o aumento da Constante.

Annes Dias já havia dito, referindo-se à creatinina: "Dia virá, e não longe, em que, a exemplo do que se faz para a uréia, se procure estabelecer uma relação entre excreção e a retenção,

entre a urina e o sangue, para conseguir um valor prognóstico". A fórmula acima nada mais representa que a idéia do mestre.

Referidas que foram as reações identificadoras e lembrados os vários processos de dosagem encontrados nos livros de técnica, precisamos agora deixar patente o valor da dosagem da creatinina, como elemento identificador das insuficiências renais, com maior destaque que a uréia.

As estatísticas de laboratório mostram os pedidos sempre feitos de uréia e creatinina, quando podemos concluir o valor mais decidido da creatinina, menos variável que a uréia, como dependendo quase totalmente do metabolismo endógeno, da decomposição do fosfocreatina, nas desintegrações musculares. Não se conhece completamente o mecanismo íntimo dessa formação, como vimos, mas deixemos clara a opinião sobre as perturbações metabólicas que nos confundem nas apresentações das lesões renais, quando a uréia oscila, ora mais alta, ora mais baixa, enquanto a creatinina vai sempre se firmando em escala ascendente, acompanhado diretamente o prognóstico sombrio que se avizinha do fim.

Folin, acatada autoridade da fisiopatologia das substâncias azotadas, elucidando o grande problema de sua eliminação e produção, demonstrou que ela não varia de modo sensível na prática com a alimentação pelos proteicos, sendo assim verificada a sua procedência do metabolismo endógeno. Apresentou um quadro do qual tiramos os seguintes coeficientes sobre a influência dos protídios na eliminação azotada em 24 horas:

	Dieta Normal	Dieta Forte	Dieta Pobre
Nitrogênio total	13,20	23,28	4,20
Nitrogênio da uréia	11,36	20,45	2,90
Nitrogênio da creatinina	0,61	0,64	0,60

- a) um regime com 15,0 de N. diário = 94,0 de Proteína (normal)
- b) um regime com 25,0 de N. diário = 160,0 de Proteína (rico)
- c) um regime com 5,0 de N. diário = 31,0 de Proteína (pobre)

O nitrogênio da uréia representa 80 a 90% do N. total, mas, com pequena ingestão de proteínas, diminui, chegando a 60 ou 70%.

No quadro apresentado verifica-se a excreção da creatinina não modificada nas oscilações da dieta, demonstrando que seu metabolismo não está relacionado com a ingestão das proteínas, o que não acontece com a uréia, visivelmente aumentada ou não, de acordo com a maior ou menor administração daquelas substâncias.

O jejum serve também para esclarecer as modificações processadas na constituição química da urina, face ao metabolismo nitrogenado.

	JEJUM 1.º DIA	JEJUM 4.º DIA	OBS.
Nitrogênio total	7,08	14,40	Em 24 horas
Nitrogênio da uréia	5,80	11,82	
Nitrogênio da creatinina	0,59	0,44	
Nitrogênio da creatina	0	0,16	

No quadro acima já verificamos também o aumento da creatina urinária, de acordo com o que está reconhecido ser a norma proveniente da histólise dos tecidos nas dietas prolongadas, podendo dar uma falsa interpretação sobre a eliminação da creatina nas afecções renais, transformada em creatinina, na dosagem. No primeiro dia de jejum, há glicogênio para as necessidades orgânicas, não havendo destruição das proteínas, enquanto que o aumento de jejum cresce a uréia, creatina e sulfatos etc., decrescendo a creatinina por influência da transformação da creatina.

Foram esgotadas as reservas de glicogênio e destruídas as proteínas e gorduras dos órgãos, quando aparecem a creatina e os corpos cetônicos. A quantidade da uréia aumentada no jejum demonstra o que afirmamos sobre a má orientação dietética, levando o organismo a produzir o seu aumento por autofagia, em processos íntimos de redução orgânica ainda não muito esclarecidos. Entretanto, a curva da creatinina, mais discreta e menos oscilante, dará, portanto, um índice mais seguro, para o diagnóstico e, principalmente, para o diagnóstico das insuficiências renais. E, assim, lembramo-nos da advertência de Annes Dias quando aconselha estudar a "questão do azoto não ureico nas pequenas azotemias, inferiores a 1,0 g e nos casos em que a cifra da uréia é normal, pois estes escapam às tábuas prognósticas de Widai". O aumento da creatinina, mesmo moderado, nas insuficiências renais tem mais importância que o de uréia, e, de acordo com a interpretação do mestre citado, parece-nos de bom aviso a sua dosagem, mormente nos casos suspeitos de cronicidade, ainda que discreta, quando há taxas normais dos demais elementos azotados. Para Jeuneau e Cristol, a hipercreatininemia é de prognóstico reservado; Warter afirma que aos 0,035 g % há lesão renal grave e se atingir 0,050 g, o prognóstico será fatal. O que acima fica registado confirma as estatísticas de laboratório, quando os clínicos sempre pedem a dosagem das duas substâncias, dando sempre uma ligeira oscilação para a uréia e, mais sensível, relativamente,

à creatinina, expondo o resultado sempre um doente renal. Nos casos da constante de Ambard, sempre falível por numerosas causas de êrro, não servir, chega-se à determinação do índice da constante creatinino-secretora de Fonteyne, obedecendo, assim, a opinião de A. Dias, quando defende a preferência das dosagens da creatinina, como superior: 1.º) por não depender do "quantum" urinário; 2.º) por ser prova simples; 3.º) porque traduz de um modo imediato a impregnação orgânica; 4.º) porque sendo a creatinina igualmente repartida nos diversos elementos do sangue, a prova pode ser feita com o sangue total; 5.º) porque independe da dieta. Este valor se acentua nos casos em que a dosagem da uréia não dá sinais confiantes, como nos casos agudos, de grandes oscilações, enquanto a creatinina, nos casos de insuficiência renal, principalmente crônica, dá uma indicação segura do diagnóstico e prognóstico.

Em outro trabalho sobre INDICANEMIAS, já fizemos sentir o valor da dosagem do indican nas afecções em causa, principalmente no período terminal das insuficiências renais, quando ao lado da uréia, baixa embora, se estiver aumentada certifica o indican a gravidade da moléstia. Mas Rosemberg, partidário da dosagem do indican, mesmo antes da uréia e creatinina, escreve: "Quanto à dosagem da creatinina, pode-se dizer o mesmo que da do indican. Há 10 anos que dosamos em todos os renais, entretanto, podeis desistir dela na prática, uma vez seja determinado o indican sanguíneo". E tem razão relativa o respeitável patologista, mas é bom esclarecer que, nos laboratórios, quando o indican é dosável, já a lesão renal está nos últimos estádios, enquanto a creatinina ainda aponta a lesão renal em seus primórdios, feitas dosagens cuidadosas e em verificações continuadas do mesmo individuo. Mas, afirma A. Dias que, dos destroços da Albumina, a creatinina é a que tem mais passagem nos rins. Entretanto, junto ao indican, parece-nos ser ela a preferida para a dosagem, desde que a cifra da uréia, feita isoladamente, justifique a necessidade de determinação quantitativa da creatinina, deixando ao indican a decisão mais acentuada para um prognóstico sombrio, como se nota nos exames de laboratório de clínica dos renais.

E, assim, passando em rápida revista o metabolismo da creatina e creatinina, ao lado da uréia, indican e ácido úrico, como elementos indicadores das insuficiências renais, no terreno moderno da bioquímica, erminamos apontando ainda a opinião do grande e saudoso mestre:

"A pesquisa da creatinina sanguínea tem considerável importância na apreciação do prognóstico das nefrites azotêmicas, principalmente quando a azotemia é pouco notável ou transitória, pois,

quanto à azotemia notável e progressiva, cada dia se afirma o valor dos memoráveis trabalhos do Professor Widal."

Nossas conclusões são para que os mestres da moderna clinica possam procurar no terreno da bioquímica a procedência dessas lesões e afecções, desvendando na intimidade da vida celular, nos tecidos do organismo, os fenômenos e perturbações da nutrição que fazem da bioquímica um pedestal tão forte da medicina, esclarecendo seus vícios e seus erros, na luta contra a moléstia que nos acompanha desde o berço, na herança de um metabolismo constitucional doentio.

PROVAS FUNCIONAIS DO FÍGADO

Gerardo Majella Bijos

1.º Tenente Farmacêutico.

Membro titular das Academias Nacional de Medicina,
Brasileira de Medicina Militar e Nacional de
Farmácia.

Nossa atuação no Laboratório de Pesquisas Clínicas do Hospital Central do Exército, durante longos anos, dá-nos oportunidade de, dentro do esforço de guerra a que nos entregamos, apresentar interessante estatística. As cifras que se encontram em seguida representam o trabalho de rotina, constante, múltiplo, de larga repercussão na nossa capacidade de trabalho. Assim mesmo pudemos acompanhar as novidades de Laboratório e comparecer aos debates científicos de nossas associações de classe, elucidando questões ou reclamando discussões de pontos ainda controversos.

Trabalho por nós publicado em "Publicações Farmacêuticas", de Setembro-Outubro de 1944, focalizou provas de laboratório para elucidação dos diagnósticos clínicos das perturbações funcionais do fígado. Na tribuna da Associação Brasileira de Farmacêuticos comentámos notas especiais sobre a carga de Volhard e, agora, no prelo, em número da "Revista de Medicina Militar", em homenagem ao H. C. E., estamos contribuindo para o estudo da prova de QUICH. Em 1939, apresentámos monografia sobre o doseamento da glicose no sangue de indivíduos clinicamente sadios, galardoada com os prêmios "Cezar Diogo" e "Domingos de Barros" e nela incluímos, além das nossas conclusões, extensa e variada bibliografia. Desde então estamos preocupado com as questões em aprêço, intimamente ligadas às funções biliar, cromagoga, desintoxicante, glicogênica, coagulante e hídrica, reclamando permanentemente as atuações dos clínicos e laboratoristas.

Resolvemos, por isso, observar as provas de galactose, levulose e lactose em indivíduos clinicamente sadios e em alguns porta-

dores de síndromes devidamente diagnosticados. As provas de galactose e levulose apresentam real interesse no diagnóstico diferencial da icterícia mecânica, onde é negativa a de galactose e positiva a de levulose. A prova de lactose corresponde à de galactose. Este açúcar, de estrutura simples, rapidamente assimilável, convertido em glicogênio pelo fígado normal, não apresenta limiar renal e não é armazenável nos tecidos. A lactose tem, a nosso ver, algumas vantagens sobre a galactose, a despeito de considerarmos esta última como substância de escolha para a verificação do metabolismo dos glucídios pelo fígado. A levulose, no entanto, tem o inconveniente de não ser bem tolerada por certos organismos.

Na avaliação de tolerância à galactose anotamos o seguinte:

- a) Jejum de 12 horas;
- b) Coleta da 1.^a urina;
- c) Ingestão de 50,0 g do açúcar dissolvidos em 500 cm³ de água. A dose do açúcar varia, segundo a idade e o peso do paciente. Em média, 2,0 g por quilo até 6 anos; 1,0 g até 12 anos, e, daí por diante, 0,50 g por quilo. A média máxima deve, contudo, oscilar entre 40,0 e 50,0 g;
- d) Colher e separar a 1.^a micção após a tomada do açúcar;
- e) Colher e anotar os volumes de outras micções até a 6.^a hora;
- f) Proceder a dosagem pelo reativo de Feling, usando o método de Causse-Bonans.

Das provas efetuadas, do controle sanguíneo que realizamos em alguns pacientes, empregando o método de Exton Rosa para a prova de tolerância à glicose, concluímos que a média de excreção em indivíduos clinicamente sadios é de 1,80 a 2,10 g. Para a verificação da levulose empregamos o método de Paterson, modificação de Radt. Na prova de levulose, o controle sanguíneo é indispensável, razão pela qual as provas de lactose e galactose têm mais amplo emprego, evitando o sangramento do paciente. O teor de excreção acima de 2,5 g é índice de disfunção do fígado, notadamente nas icterícias catarral e hepática, lesões do parênquima e processos atroficos. A prova de lactose efetuamos avaliando a excreção até a 6.^a hora e realizando, ainda, curvas de eliminação atingindo as 2.^a, 4.^a, 6.^a, 12.^a e 24.^a horas. A administração do açúcar deve ser feita em 10 minutos. A eliminação média da lactose atinge 1 a 1,5 g, confirmando assim, ao que nos parece, as afirmações de Corley e Bodansky da interferência da glicose no aumento de capacidade de fixação da galactose pelo fígado, tendo-se a certeza do desdobramento da lactose em glicose e galactose.

BIOQUÍMICA DOS PEPTÍDIOS

Paulo da Motta Lyra

1.^o Tenente Farmacêutico, auxiliar do Laboratório de Pesquisas Clínicas.

A origem dos Peptídios no organismo tem sido assunto de discussão entre vários estudiosos, não havendo ainda conclusões firmadas neste sentido. Alguns autores atribuem sua origem no aparelho digestivo, baseados na desintegração das enzimas deste aparelho e da conseqüente absorção intestinal, passando os peptídios para o sangue por intermédio da veia porta. Outros, que a sua produção orgânica se processa por síntese dos amino-ácidos, no fígado e nos tecidos. Segundo Martens, o Nitrogênio aminado aumenta consideravelmente após ingestão de Caseína ou de misturas de amino-ácidos, e que, entre as múltiplas funções do fígado, cabe uma parte à formação dos peptídios, em primeiro plano, tocando o restante aos tecidos em geral, particularmente aos músculos.

Os peptídios são resultantes da hidrólise da molécula proteica, partindo-se dos amino-ácidos correspondentes. Esta destruição hidrolítica das proteínas pode ser processada por ação das enzimas correspondentes, "in vivo", e por ação dos agentes químicos ou físicos, "in vitro", isto é, nos laboratórios.

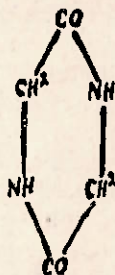
Para que os processos fisiológicos se realizem em condições apropriadas, torna-se necessário que o fígado esteja em funcionamento normal. Em caso contrário, estando o tecido hepático afetado, com exagero da sua função, poderá provocar transtornos de ordens tóxicas, às vezes importantes, produzindo os fenômenos denominados "hemoclasia digestiva". Os distúrbios humorais do choque hemoclásico são representados pela hipercoagulação sanguínea, diminuição do índice de refração do soro e diminuição de leucócitos (às vezes apreciável). Widal propoz uma prova clínica

da função proteopéxica do fígado, que consiste na administração de cerca de 200 gramas de leite, fazendo-se determinações periódicas da leucocitose sanguínea. Nos pacientes possuidores de insuficiência hepática, observa-se uma leucopenia, às vezes acentuada; e, nos casos normais, encontra-se hiperleucocitose de origem digestiva.

Os peptídios naturais obtidos por desintegração proteica são iguais aos de origem sintética. Em ambos os casos os peptídios são aglomerados de amino-ácidos, representados por uniões de "CO — NH". Citemos como exemplo a Glicocola, que, segundo Fischer, é um dos amino-ácidos de constituição mais simples, o qual, unindo-se a outra molécula, resulta um peptídio, a Glicil-glicina, em vista da função ácida do primeiro:



Como observamos, o peptídio obtido contém na sua constituição uma função ácida e outra amino livre, que por sua vez está sujeito a reacionar com outra molécula de amino-ácido, resultando um dipeptídio, como a Diglicil-lisina. Tomando-se em conta que as funções NH^2 e COOH livres possam reacionar entre si, podemos obter uma dupla amidificação, com ciclo da seguinte fórmula: denominado Ciclopeptídio.



Encarando-se a questão de isomeria, verificamos que os ciclopeptídios podem apresentar uma dupla isomeria "forma cetônica e enólica dos ciclopeptídios". O número de isômeros dos polipeptídios é relativamente grande. Assim, um tetrapeptídio pode apre-

sentar 24 isômeros, um pentapeptídio 120 etc. Tomando-se em conta que a molécula proteica contenha cerca de vinte amino-ácidos diferentes, o número de isômeros teoricamente possível de obtenção é considerável. Segundo Fischer, é de 10^{27} .

Este autor encarou os peptídios como representantes superiores da classe de corpos sintéticos, por suas propriedades, por determinadas reações coloridas, pela maneira de seu comportamento com os ácidos, álcalis e fermentos.

Propriedades dos peptídios: são sólidos, de sabor ligeiramente amargo ou insípido, ao contrário dos amino-ácidos que são adocicados; facilmente solúveis na água, muito pouco solúveis no álcool; hidrolisam-se quando tratados pelo ácido clorídrico concentrado e em ebulição, resultando os ácidos aminados de que provieram. Os peptídios superiores, de moléculas complicadas, perdem seu caráter de fácil cristalização, passando ao estado coloidal, como acontece com as proteínas, podendo se coagular pelo calor. São precipitáveis pelo ácido fosfo-túngstico em solução sulfúrica, diluída, precipitados que se redissolvem com excesso do reativo. Colorem-se de azul fraco a azul-violáceo, quando tratados, a quente, em solução aquosa por óxido de cobre. Dão reação do Biureto e se colorem em azul com o Reativo fenólico de Folin.

Determinação dos peptídios no sangue: Um dos principais pontos desta determinação é a desproteínização. Van Slyke e Hiller, nos seus estudos, chegaram à conclusão de que o ácido tricloroacético em solução a 20% precipita integralmente as proteínas do soro, deixando passar no filtrado os amino-ácidos e as moléculas de desintegração proteicas ("peptídios"). O ácido fosfo-túngstico, conforme observações dos autores, não só precipitam as proteínas, como também os peptídios, passando no filtrado os amino-ácidos.

A determinação do Nitrogênio peptídico pode ser feita gasométricamente ou colorimetricamente.

Processo Gasométrico: este processo é feito pelo clássico método de Kjeldahl, após conveniente desproteínização. Não é muito recomendado nas determinações bioquímicas, em vista de exigir grandes exatidões nas várias operações, como na questão dos catalisadores, tempos de mineralização e de destilação, requerendo ainda tempo bem apreciável para as devidas avaliações.

Processo colorimétrico: em consideração à relativa precisão e às facilidades operatórias, este processo pode ser empregado com vantagens sobre o primeiro. Goifon e Spacy, estudando um meio de simplificar a técnica de determinação das peptidemias, avaliaram por colorimetria a Tirocina, simultaneamente dos filtrados tricloroacético e fosfetúngstico, empregando o Reativo fenólico de Folin com bons resultados.

Este método consiste no seguinte: emprêgo simultâneo dos filtrados tricloroacético e fosfotúngstico, baseado na coloração azul da Tirosina com o Reativo fenólico de Folin, e intensificada pelo sulfito de sódio.

Reativos:

- 1) Ácido tricloroacético 20 a 30%
- 2) Ácido fosfotúngstico, assim preparado:

Fosfo túngstato de sódio	22,0 g
Ácido clorídrico N.	30 cm ³
Água destilada q. s.	1.000 cm ³
- 3) Reativo fenólico de Folin:

Tungstato de sódio	100,0 g
Molibdato de sódio	25,0 g
Água destilada, cerca de	700 cm ³

 Adicionar:

Ácido fosfórico a 85%	50 cm ³
Ácido clorídrico concentrado	100 cm ³

 Ferver cerca de 8 horas com refrigerante ascendente, esfriar e completar 1.000 cm³ com água destilada.
- 4) Solução de carbonato de sódio a 10%
- 5) Solução aquosa de sulfito de sódio (saturada).
- 6) Padrão Tirosina:

Tirosina	0,010 g
Ácido clorídrico N/10	1.000 cm ³

Técnica:

- 1) Tomar dois provetes pequenos e distribuir 1 cm³ do sêro sanguíneo em cada um.
- 2) Adicionar no primeiro 9 cm³ da sol. de ácido tricloroacético.
- 3) No segundo, 9 cm³ da sol. fosfo-túngstica.
- 4) Agitar, esperar 15 minutos e filtrar.
- 5) Tomar 5 cm³ de cada filtrado separadamente, e adicionar em cada um:

Reativo fenólico de Folin	2 gotas
Solução de carbonato de sódio	4 cm ³
Solução de sulfito de sódio	1 gota
Água destilada q. s.	1.000 cm ³

Padrão:

Solução clorídrica de Tirosina	5 cm ³
Reativo fenólico de Folin	2 gotas
Solução de carbonato de sódio	4 cm ³
Solução de sulfito de sódio	1 gota
Água destilada q. s.	1.000 cm ³

Após a leitura colorimétrica, a diferença dos filtrados fornece a quantidade de Tirosina correspondente aos peptídios do sêro sanguíneo.

Taxa sanguínea: Normalmente se encontra o Nitrogênio peptídico de 5 a 20 mg por mil no sêro sanguíneo. Em casos patológicos, o organismo pode ser inundado por peptídios, produzindo profundas intoxicações. Nestes casos, a origem dos peptídios é atribuída à destruição celular com proteinólisis intensa e violenta, como acontece nas queimaduras extensas, traumatismos e determinadas intervenções cirúrgicas. Assim, a origem patológica da peptidemia passa a ter um caráter triplo: "Hiperpolipeptidemia renal", de depuração ou hepática e de produção.

Em determinados casos patológicos convém a determinação da relação Nitrogênio peptídico e Nitrogênio não peptídico, cuja cifra normal é de 0,10-0,20; esta relação algumas vezes, como "na insuficiência proteopéxica do fígado, atinge ao dobro, triplo aumentando grandemente nos casos graves. (Oliver e Herbain).

BIBLIOGRAFIA

- Contribuição ao estudo da função proteopéxica do fígado — Martens R.
 Novos estudos sobre a desalbuminação do sangue em vista da dosagem total do azoto não proteico e da determinação do índice de polipeptidemia — Cristol M. P.
 Estudo comparado das taxas dos peptídios no sangue e nos líquidos patológicos — Valdigué P.
 A propósito dos artigos recentes sobre a intoxicação pelos polipeptídios — Cristol P.
 A intoxicação pelos polipeptídios — Fiessinger N.
 Medida do índice tiro-sino dos polipeptídios séricos — Golfon-Spaey.
 Os problemas da bioquímica moderna — Florence G. Enselme.
 Tratado de Química Orgânica — J. Schmidt.

Farmácia

EMULSO-CÁPSULAS

Olyntho Luna Freire do Pilar

Capitão Farmacêutico, Chefe dos Laboratórios do Serviço Farmacêutico do H. C. E. Membro titular das Academias Brasileira de Medicina Militar e Nacional de Farmácia, da Associação Brasileira de Farmacêuticos, do Instituto Brasileiro de Cultura, da Sociedade Brasileira de Química, da União de Farmácia e Química de São Paulo, da Associação Brasileira de Imprensa, Professor da E. S. E. etc

No momento em que temos a subida honra de presidir aos trabalhos da esforçada Comissão elaboradora do "Formulário Médico Farmacêutico do Exército", há pouco designada pelo Exmo. Sr. General Diretor de Saúde do Exército, achamos oportuno, sem dúvida, a menção de uma nova forma farmacêutica perfeita, que logrou ser incluída na Farmacopéia Norte Americana, sob a denominação de **Emulsicaps**.

O conhecimento de certos fenômenos físicos, como a dispersão, a influência do meio biológico sobre os medicamentos administrados por via oral, a dose uniforme, os medicamentos em doses diminutas, a estabilidade dos ingredientes, a estabilidade de sua ação terapêutica, a solubilidade em pH variável, a digestibilidade são, inegavelmente, os principais fatores para a adoção desse novo produto farmacotécnico.

De consistência sólida e forma semelhante aos esferóides. é ele uma simples massa homogênea, nuclear, protegida por emulsão de gelatina.

Emulsão solidificada, sob formato próprio, envolvida por camada de gelatina, é excelente processo de dosagem para diversos medicamentos, sobretudo os a base de óleo ou de substâncias oleosas, a que se poderia chamar de — Emulso-Cápsula.

Consiste essa forma farmacêutica em um núcleo solidificado, facilmente dissociável, envolvido em camada contínua de gelatina.

Tôdas as vitaminas conhecidas podem naquele núcleo ser colocadas, em inmeras combinações. Outros óleos, como esteróis, hormônios solúveis em óleo antelmínticos voláteis, resinas e substâncias semelhantes podem igualmente ser colocadas em Emulsocápsulas.

E' que o estado de emulsão facilita a digestão integral de todos os óleos solúveis ou substâncias solúveis em óleo, ao mesmo passo que são removidos os possíveis inconvenientes desagradáveis relativos ao cheiro, sabor, etc. .

Ainda que não apresentem camada envolvente, os emulsocápsulas não permitem o vasamento do líquido. Sendo contínua a camada de gelatina, a cápsula é assim melhor protegida do que com qualquer outro envoltório.

O emulso-cápsula é produto de fácil ingestão, não só pelas suas dimensões e forma elíptica, mas também devido à superfície permitir melhor o deslissamento ao contáto com a saliva.

Esse novo produto se apresenta de maneira inconfundível com qualquer tipo de cápsula ou de comprimido. Pode ser fabricado sob grande variedade de cores; seu núcleo, quando escuro, pode ser recoberto de camadas fortemente coloridas.

Outra razão de seu emprêgo é a grande estabilidade superior a qualquer outro processo de dosagem das vitaminas, de ordinário tão sujeitas à deterioração.

A camada envolvente, posto que contínua e não porosa, é geralmente mais tênue que a cobertura de açúcar. A camada gelatinosa é 12,5 a 20% do peso total, conforme a fórmula usada, enquanto os envoltivos açucarados pesam entre 40 e 50%.

A dosagem é graduada e determinada por bombas de aço inoxidável, ajustadas para conferirem exata precisão de dosagem aos ingredientes utilizados.

Eis, em linhas rápidas, breve notícia sobre mais uma forma farmacêutica de indiscutível valor, que, por certo, dentro em pouco, estará figurando nas Farmacopéias dos povos adiantados, por satisfazer todos os requisitos exigidos pela moderna terapêutica.

QUADRO N. 1
HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Movimento geral de entradas e saídas de doentes durante o ano de 1944

Estadística

[illegible]

QUADRO N. 2

Mapa geral do movimento de doentes por grupos nosológicos, em 1944

Número do grupo	Existiam	Entrados	Curados	Transferidos	Incapazes	Mortos	Por outras causas	Ficaram existindo	Obs.
Grupo I	333	6620	4748	360	195	51	1166	433	
Grupo II	3	29	10	1	4	4	10	3	
Grupo III	6	218	14	21	103	1	79	6	
Grupo IV	45	985	410	8	127	22	408	55	
Grupo V	76	1941	1179	10	83	7	642	96	
Grupo VI	24	632	290	65	87	7	183	24	
Grupo VII	29	1026	580	1	19	—	426	29	
Grupo VIII	13	460	146	—	20	—	294	13	
Grupo IX	12	256	121	—	36	—	99	12	
Grupo X	42	905	566	1	49	4	545	82	
Grupo XI	25	402	235	—	11	1	150	30	
Grupo XII	30	835	61	1	418	12	343	30	
Grupo XIII	8	384	268	—	20	—	91	13	
Grupo XIV	3	189	7	—	55	—	127	3	
Grupo XV	83	1692	935	3	154	7	498	178	
Grupo XVI	4	66	47	—	—	—	19	4	
Grupo XVII	306	1905	—	—	—	1	1904	306	
Grupo XVIII	—	4	—	—	—	1	3	—	
Secção de Ginecologia e Obstetria	1	67	61	—	—	—	6	1	
Soma	1043	18616	9678	471	1381	118	6693	1318	

QUADRO N. 3

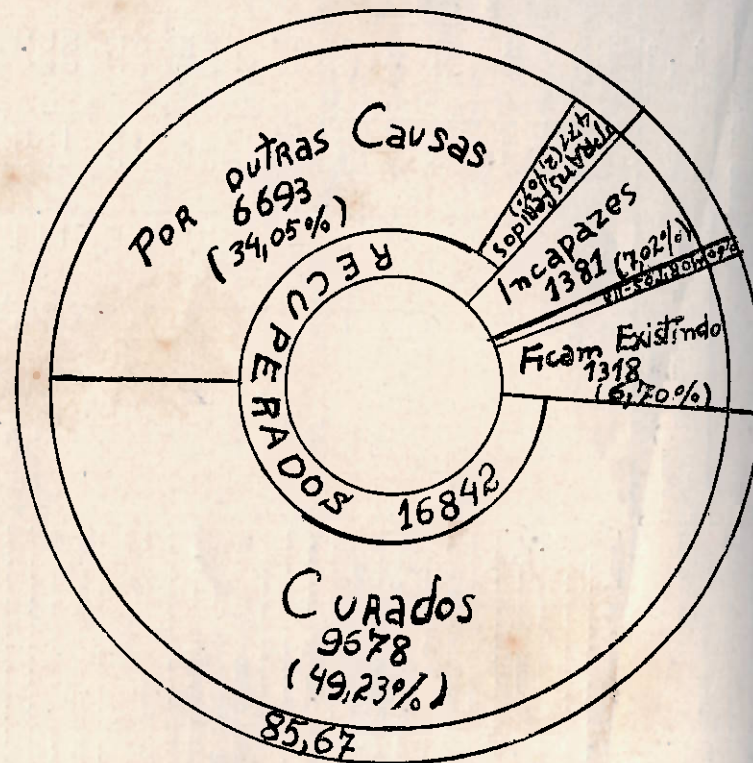
Movimento geral de doentes em 1944, por grupos da N. N. G. E.

Números proporcionais

Grupos da N. N. G. E.	Por 100 doentes hospitalizados					Números proporcionais	
	Curados	Transferidos	Incapazes	Mortos	Por outras causas	Ficaram existindo	Soma
Grupo I Doenças infectuosas, toxi-infectuosas e parasitárias	24,25	1,83	0,99	0,26	5,93	2,20	35,46
Grupo II Tumores	0,05	0,01	0,02	0,02	0,05	0,02	0,17
Grupo III Perturbações do desenvolvimento geral; distrofias, perturbações das trocas nutritivas, doenças de carência	0,07	0,10	0,52	0,01	0,40	0,03	1,13
Grupo IV Doenças e afecções do aparelho circulatório, do sangue, dos órgãos hematopoiéticos e do sistema linfático	2,08	0,03	0,64	0,10	2,08	0,28	5,21
Grupo V Doença e afecções do aparelho digestivo, suas glândulas anexas e do peritónio	5,99	0,05	0,43	0,04	3,26	0,48	10,25
Grupo VI Doenças e afecções dos órgãos respiratórios e do mediastino	1,49	0,33	0,46	0,03	0,93	0,12	3,36
Grupo VII Doenças dos olhos	2,95	0,01	0,10	—	2,17	0,15	5,38
Grupo VIII Doenças dos ouvidos	0,74	—	0,10	—	1,49	0,06	2,39
Grupo IX Doenças da pele e de seus anexos (glândulas e pêlos) e do tecido celular sub-cutâneo	0,61	—	0,18	—	0,50	0,06	1,35
Grupo X Doenças do aparelho genito-urinário	2,87	0,01	0,24	0,02	1,23	0,41	4,79
Grupo XI Doenças do sistema nervoso	1,19	—	0,05	0,01	0,76	0,15	2,16
Grupo XII Doenças do aparelho locomotor	0,31	0,01	2,12	0,06	1,74	0,15	4,39
Grupo XIII Deformações congénitas ou adquiridas	1,36	—	0,10	—	0,46	0,06	1,98
Grupo XIV Lesões traumáticas	0,03	—	0,28	—	0,64	0,02	0,97
Grupo XV Acidentes diversos, intoxicações e envenenamentos	4,70	0,02	0,79	0,03	2,57	0,90	9,01
Grupo XVI Doenças especiais	0,23	—	—	—	0,10	0,02	0,35
Grupo XVII Suicídios e homicídios	—	—	—	0,01	9,68	1,56	11,25
Sec. Gin. e Obstet.	—	—	—	0,01	0,02	0,02	0,05
Soma	49,23	2,40	7,02	0,60	34,05	6,70	100,00

QUADRO N.º 4

Gráfico do movimento geral do H. C. E. em 1944, com números absolutos e proporcionais a 100 doentes hospitalizados.



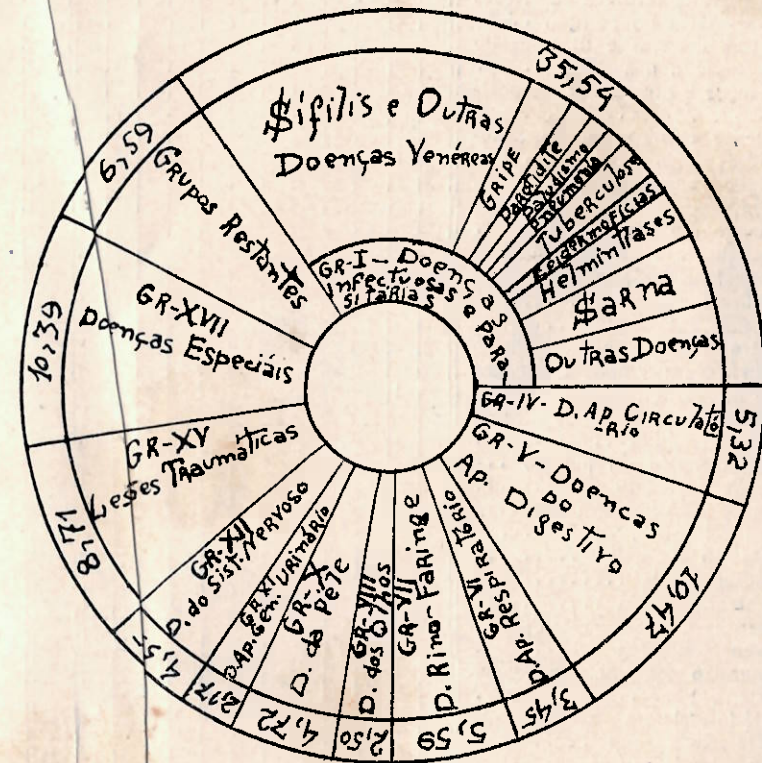
Obs. Para qualquer dúvida consulte o quadro abaixo.

Recapitulação

Descrição	Saídos	Grãos	Porcentagem
Curados	9.678	177°	49,23
Por outras causas	6.693	123	34,05
Transferidos	471	9	2,40
Incapazes	1.381	25	7,02
Mortos	118	2	0,60
Ficam existindo	1.318	24	6,70
Soma	19.659	360°	100,00

QUADRO N.º 5

Gráfico da mortalidade, por grupos nosológicos, segundo a ordem decrescente das baixas ocorridas em 1944, com a discriminação das mais frequentes doenças do Grupo I



QUADRO N. 6

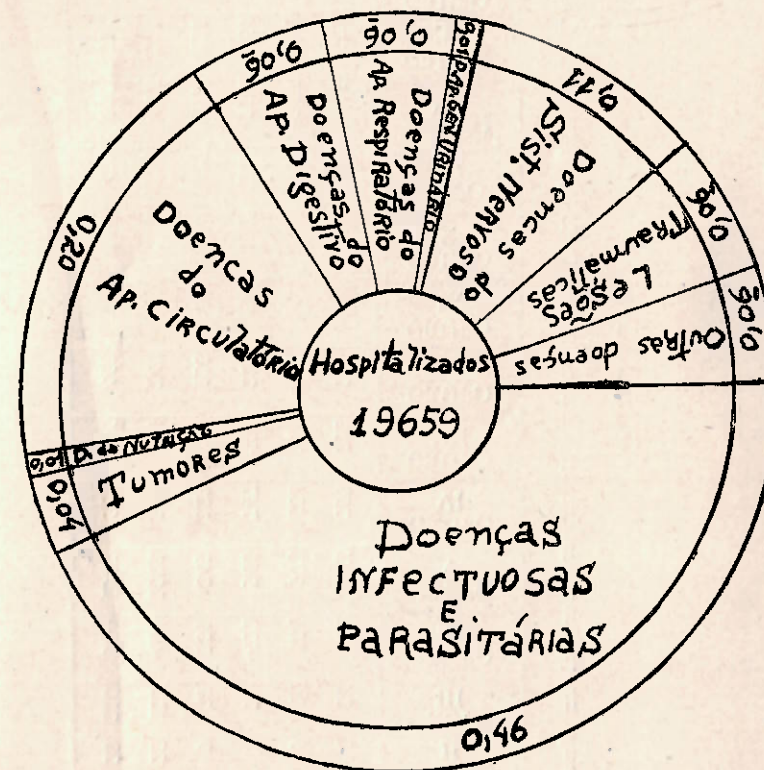
Mapa da mortalidade, por mês e por moléstia, durante o ano de 1944

Nome da moléstia	Número de mortos por mês												Obs.
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Reumatismo articular agudo c/ complicações						1							1.º Gr.
Pneumonia aguda		3	1	1	1	1	3	1	6		2	19	"
Tumores malignos	3	1	1	3	4	3	4	3	2	1	3	4	2.º Gr.
Endocardite crônica e lesões valvulares do coração		1		1		3	1						4.º Gr.
Outras doenças e atecções do coração e dos vasos										1			"
Doenças e afecções do miocárdio						1	2	2		2	2		"
Arterite crônica (artério-esclerose)		1											"
Estados anêmicos									1				"
Úlceras do esôfago, do estômago e duodeno						1			1				5.º Gr.
Diarréias e enterites agudas										1			"
Apendicite crônica com complicações				1									"
Oclusão intestinal				1									"
Outras doenças do trato digestivo, suas glândulas anexas e do peritôneo		1									1	2	"
Síndrome icterico de forma grave		1											"
Edema agudo do pulmão									3				6.º Gr.
Pleuriz purulento			1										"
Pleuriz séro-fibrinoso									1				"
Furunculose									1				10.º Gr.
Abcessos e flemões		1				1							"
Eczema agudo										1			"
Meningite aguda						1				1			12.º Gr.
Doenças e síndromes de origem encefálica					1								"
Congestão cerebral, meningéia, etc.		1	1										"
Artério-esclerose cerebral — Demência senil		1						1	2				"
Epilepsia de outras causas				1									"
Paralisia geral dos alienados	1									1			"
Fratura da abóbada				1		2	1	2		1			15.º Gr.
Fratura da base do crânio											1		"
Lesões do encéfalo			1					2					"
Lesões do rim e do bacinete									1				"
Lesões da pleura										1			"
Fratura dos ossos da bacia			1										"
Sensibilidade		1											17.º Gr.
Suicídio por arma branca										1			18.º Gr.
Soma Geral	4	12	4	8	9	12	12	7	14	13	14	9	18

ANAIS DO H. C. E.

QUADRO N.º 7

Gráfico da mortalidade por grupos nosológicos, sendo a percentagem por doentes hospitalizados = 1,07%



QUADRO N. 8

Mapa comparativo dos doentes entrados em 1939, 1940, 1941, 1942, 1943 e 1944.

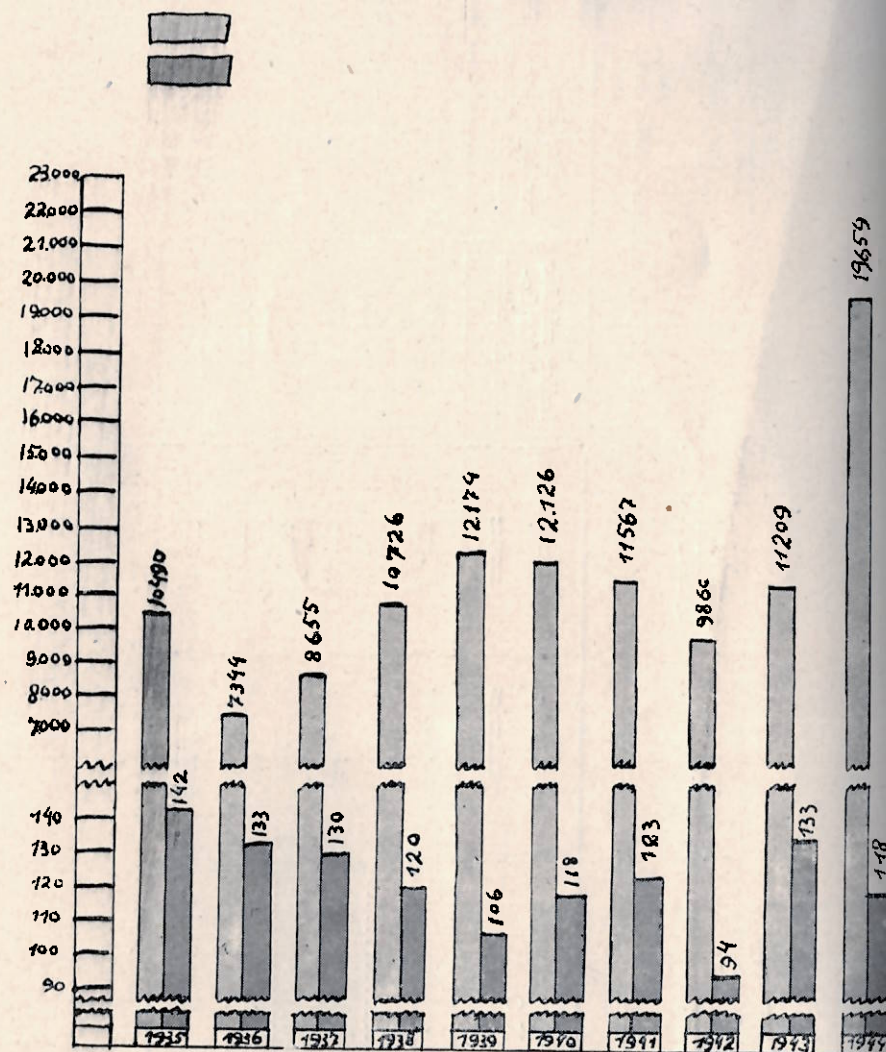
ANO	Total de Entrados	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV	GRUPO V	GRUPO VI	GRUPO VII	GRUPO VIII	GRUPO IX	GRUPO X	GRUPO XI	GRUPO XII	GRUPO XIII	GRUPO XIV	GRUPO XV	GRUPO XVI	GRUPO XVII	GRUPO XVIII	Sec. Ginec. e Obst.
1939	11221	5450	8	16	432	1046	397	313	281	84	747	275	315	182	18	1251	45	257	4	—
1940	11321	5395	9	16	506	978	686	366	228	106	710	266	267	146	11	1281	68	275	7	—
1941	11037	5450	8	20	432	963	747	502	215	122	597	232	316	164	10	1069	52	135	3	—
1942	9029	4751	9	22	331	849	382	276	133	86	464	227	272	138	15	867	52	155	—	—
1943	10340	4291	23	125	460	1011	353	513	247	157	530	278	445	201	48	1073	55	497	2	31
1944	18616	6620	29	218	985	1941	632	1026	460	256	905	402	835	384	189	1692	66	1905	4	67

QUADRO N. 9

Coefficientes de morbilidade e letalidade, por 1.000 homens do efectivo da 1.ª R. M., em 1939, 1940, 1941, 1942, 1943 e 1944

A N O	Número de hospitalizados	Número de mortos	Índice mórbido por 1.000 homens do efectivo	Índice letal por 1.000 homens do efectivo	Índice letal por 100 homens hospitalizados
1939	12.174	106	811,60	7,06	0,87
1940	12.126	118	808,40	7,85	0,97
1941	11.67	123	771,13	8,20	1,06
1942	9.860	94	657,33	6,27	0,95
1943	11.209	133	747,26	8,87	1,18
1944	19.659	118	1310,58	7,86	0,97

Gráfico da mortalidade e letalidade nos anos de 1935 a 1944



Noticiário

A VISITA PRESIDENCIAL AO H. C. E.

O Exmo. Sr. Presidente da República, Dr. Getúlio Dornelles Vargas, acompanhado de membros de suas casas civil e militar, do Exmo. Sr. Ministro da Guerra, Gen. Eurico Gaspar Dutra, visitou, no dia 9 de fevereiro, demoradamente, o H. C. E., que hospitaliza os evacuados da frente italiana. Recebido pelo Diretor



do Hospital, Cel. Dr. Florêncio de Abreu que se fazia acompanhado do sub diretor Ten. Cel. Dr. Herbert Maia de Vasconcelos e de toda a oficialidade, percorreu todas as enfermarias, falando a cada um dos feridos e tendo palavras de entusiasmo para o alto moral dos



soldados brasileiros que defendem em terras europeias o pavilhão nacional e as aspirações de liberdade dos povos. A visita teve início na 10.^a enfermaria, passou em seguida à 12.^a de sargentos, a 19.^a de cirurgia, a 15.^a de ortopedia, à 17.^a de especialidades, ao P. N. P. e ao pavilhão de oficiais.

Nesse mesmo dia e nessa ocasião o H. C. E. foi honrado com a visita de S. Excia. o Sr. Embaixador Norte Americano, junto ao nosso governo, acompanhado de sua Exma. esposa, tendo o Sr. e Sra.



Berle as mais lisonjeiras referências para os feridos e para a administração do nosocômio.

O Prefeito Henrique Dodsworth e outras altas autoridades tomaram parte na visita então realizada por S. Excia. o n. Presidente da República. Na 19.^a enfermaria o Exmo. Sr. Getúlio Vargas proferiu as palavras de incentivo e concluiu na esplendida oração cívica da seguinte maneira:

“A bravura dos expedicionários é motivo de orgulho para todos os brasileiros. Já me entendi com o senhor ministro da Guerra para que os feridos sejam condecorados por ato de bravura. Estas cicatrizes que trouxeram da guerra são legítimas medalhas de honra que o governo brasileiro fará a justiça de reconhecer.”

Ao deixar o Hospital, após uma palestra com a oficialidade no hall do pavilhão Central, o exmo. Sr. presidente da República enalteceu a atuação do diretor do estabelecimento, conceito este que foi secundado por S. Excia. o Sr. Ministro da Guerra. Nos dias que se sucederam ao dessa visita o H. C. E. teve a ventura de con-

ANAIIS DO H. C. E.

signar nos seus "Anais" a presença, pelo mesmo motivo, de altas personalidades civis, militares e diplomáticas, destacando-se dentre outras as visitas de suas excelências os srs. embaixadores de Portugal e do Paraguai, dos adidos militares das nações amigas: América do Norte, Paraguai e Argentina; dos Presidentes do Clube Mi-



litar, da Cruz Vermelha Brasileira, da Legião Brasileira de Assistência, da Liga de Defesa Nacional, do Comandante da 1.^a R. M. e de todos os Generais da ativa. Os aspectos fixados são da visita de suas Excelências os Srs. Presidente da República e Embaixador Norte Americano.

MAIS UM ANO DE FECUNDA GESTÃO A passagem de mais um ano de direção no Hospital Central do Exército ensejou eloquente demonstração afetiva e respeitosa admiração por parte do seu pessoal ao Cel. Dr. Florêncio de Abreu e exma. senhora. Pela manhã foi oficiada na capela hospitalar, pelo capelão da casa, missa votiva, com a presença de todos os que aqui trabalham e pessoas gradas. Às 11 horas no salão nobre, foi lido o boletim alusivo à data. O intérprete do pensamento dos homenageantes foi o sr. sub. diretor, Ten. Cel. Dr. Herbert Maia de Vasconcelos, cuja excelente peça oratória, transcrita a seguir, mais alto fala da magnificência das homenagens.

Eis o discurso:

Exma. Sra. D. Marina de Abreu, Cel. Dr. Florêncio de Abreu, minhas senhoras, meus senhores.

A incumbência de qualquer atitude oratória é, para mim, situação embaraçosa e aldrandoante.

No momento, porém, tão seguro estou do objetivo de minha missão, que os óbices ao frêpago orador mingnam à satisfação do seu desempenho.

Não fôra a comemoração de hoje uma festa comandada pela justiça em tributo à amizade e ao trabalho!...

Sinto-me á vontade, embora me auscultem circunstantes seletos, curiosos do que possa dizer por eles ao homenageado de todos.

Esse milagre vem da impressão de que em mim se transmuda todo o brilho intelectual dêste pugilo de amigos na ansia de evitar que, desajudado e claudicante, não consiga reproduzir, bem claro, o que cada um sente e que, uníssono, desejariam dizer. Florêncio de Abreu encarna, com a justeza de um molde, a figura do chefe e a ascendência sobre os seus subordinados não decorre do compulsar frequente do Regulamento Disciplinar nem de uma atitude de rigor incondicional, fator de injustiças que empanam e salpicam a autoridade, confinando-a ao declive do ridículo.

Em Florêncio de Abreu o equilíbrio é perfeito: nem a tolerância excessiva nem o exagerado rigor.

Miguel Couto denominou essa posição invulgar de "ataraxia", o equilíbrio nas alturas; e a altura que Florêncio atingiu no concenso de seus pares, com o ser condoreiro, não lhe conturba a mente com a vertigem que soe acometer os fracos e medíocres.

Sempre foi êsse o seu feito. Há muitos anos, ainda capitão, servindo neste hospital, conheci o então capitão Florêncio, médico esclarecido e estudioso, chefe de uma enfermaria de clínica.

Pela sua afabilidade e irradiante simpatia, estabeleceu-se entre nós camaradagem que o tempo fortificou.

Nesse convívio, pude verificar o amor com que o colega tratava os seus casos clínicos, esquadrinhando, revolvendo e perquirindo todas as fontes para a satisfação do seu espírito ávido, quer do aspecto médico, quer do mandamento piedoso da profissão.

Diante de muitos casos nos encontrámos; e a exposição do seu diagnóstico era de tal modo clara e expressiva que a convicção dela defluía sem autorizar reservas ou discursões inúteis.

Nessa época, surgiram, nos anais militares, os primeiros estudos de medicina de aviação, oriundos de uma plêiade de companheiros dêste hospital entre os quais Florêncio formava como pioneiro.

O "panache" e o zelo pelas causas médicas do então capitão deixaram ver bem nítida, no futuro, a silhueta do chefe de hoje, em tórno de cujos conhecimentos de então se extratificou farta camada de saber ajeitada pela inigualável mestra que é a longa experiência.

Com os matizes que lhe definem a personalidade era natural que plantasse êste ambiente sereno e amigo, em que a eficiência surgiria, como fenômeno consequente, fossem quais fossem os meios.

Materialmente assistido por força do seu prestígio, ponde, como diretor, dar azo ao seu espírito realizador, desenvolvendo obras por outras administrações iniciadas e enfrentar novas, que vieram conferir a esta casa crédito de nosocômio modelar.

Há três anos precisamente, em um dia como o de hoje, numa atmosfera de esperanças e simpatia, assumia a direção desta casa o atual diretor.

Os vaticínios não foram desmentidos: Entre suas realizações, desde as obras e funcionamento da Enfermaria de oficiais que lhes assiste e às suas famílias com conforto e proficiência, até ao provimento de um serviço de coleta e distribuição de água, problema cada vez mais premente, encontra-se um rosário de utilíssimos feitos que deverá ser desfiado pelos beneficiários, em prece constante pela felicidade do seu realizador.

O plano d' emelsoramentos a ser executado é grandioso e obedeceu ao seu acurado estudo e ponderação. Deixando bem patente coruscante faceta do seu espírito generoso, numa obra de benemerência social, pretende construir, em terrenos pertencentes ao hospital, habitações para os empregados subalternos, quase todos vivendo de parcos e onerados vencimentos.

No vértice de tôdas as suas obras um monumento lançou que bem reflete o caráter do seu arquiteto; é este belo edifício de cordial camaradagem em que vivemos.

Sob seu teto não há rivalidade: todos correm à porfia do máximo rendimento como retribuição á fidalguia de quem os dirige com o coração e com o exemplo da sua elegância moral.

Por ser de cordialidade esta festa, quizeram vossos subordinados fosse ela assinalada por um preito que atingisse vossos sentimentos mais delicados, que fosse ao recesso do vosso lar e se curvasse diante de vossa esposa. A ela entregamos, em penhor do nosso afetuosos respeito, este punhado de flores.

É de duração efêmera, mas o perfume que delas se evola dir-lhe-á hoje e sempre, no seu misterioso poder de evocação, da admiração e estima em que é tido por seus companheiros o valoroso diretor d'este Hospital.

Agradecendo, no seu e no nome de sua exma. Espôsa, discursou, de improviso, o Coronel Dr. Florêncio de Abreu.

NA DATA DE SEU ANIVERSÁRIO NATALÍCIO

No dia 31 de Maio, data do aniversário natalício do Cel. Dr. Florêncio de Abreu, Diretor do Hospital Central do Exército, constituiu motivo para que lhe fossem tributadas várias demonstrações de apreço. Missa votiva rezada na capela e cumprimento coletivo por parte de todo pessoal civil e militar foram as partes realizadas no H. C. E. onde, desde o servente ao sub-diretor, disfruta o homenageado gerais simpatias. À noite, na *boite* da Urca, os oficiais e funcionários civis ofereceram-lhe e á Exma. espôsa um banquete, ao qual compareceram, ainda, o Exmo. Sr. Gen. Dr. João Afonso de Souza Ferreira, Diretor do Serviço de Saúde e Exma. senhora.

Essas festividades foram o testemunho do quanto é estimado o ilustre Diretor do maior nosocômio militar do país.

OFICIAIS DO H.C.E. HOMENAGEADOS

Pelo transcurso dos aniversários natalícios dos Major Dr. Azais de Freitas Duarte, Capitão Dr. Moacyr Ribeiro da Luz e 1.º Tenente farm. Gerardo Majella Bijos, os oficiais que servem no H.C.E., tendo á frente seu diretor, o Cel. Dr. Florêncio de Abreu, homenagearam aqueles seus colegas com um almôço íntimo, sendo intérpretes, respetivamente, os Ten. Cel. Dr. Artur Alcantara, Cap. Dr. F. Leitão e Cap. farm. Olyntho Pillar.

Só podemos transcrever a saudação em versos que proferiu o último dos aludidos oradores, porisso que os demais falaram de improviso.

Eis a poesia-discurso:

A O B I J O S

(Durante um almôço que lhe foi oferecido no H.C.E., pelos seus camaradas, no dia 4 de Dezembro de 1944, data de seu aniversário)

Há um ano exatamente,
Nesta data muito cara,
Recebias a eloquente
Prova de amizade rara,
Tú que não dispões de mando
Nem graças vens ofertando...

Figuras de Sociedades,
Os titulares de escol,
Colegas de outras cidades
E amigos (que extenso rol!)
Festejaram com alegria
Teu ingresso á Academia.

Era a glorificação,
Entre sons, finura e flores,
Da tua dedicação
Aos estudos, nos verdores
De uma vida trabalhosa.
Pois o espinho segue a rosa.

Foi célere essa jornada.
O pináculo atingiste
Trazendo na caminhada
A lança da fé em riste
Justo prêmio da constancia
Nos áureos sonhos da infancia...

*
*

Doze meses transcorrimos,
Novamente em torno á mesa,
Recordando anos vividos
De amizade, em chama acesa,
Vimos trazer-te, deveras,
Parabens, loas sinceras.

O calendário avançando,
Se faz cabelos nevados,
Em teus modos vai botando
Acentos bem moderados,
Que te tornam mais prudente
Como exige toda a gente...

Qual dispersivo, qual nada!...
Tens a vida inabalável
Como segura a morada,
— Doce ninho muito amável —
Onde tudo é casto e idôneo
E perene o matrimônio.

Entreextremes alegrias,
Deus te oferta divinais
Presentes, todos os dias,
Nos carinhos maternais,
Na linguagem de meiguice
Que seu peito sempre disse...

Somente o labor constrói.
Nas refregas das paixões,
Tomba o fraco, exulta o herói,
Guardam ódio os corações.
— Trilha aonde se não cai
Co' os exemplos de teu Pai.

Podes, pois, estar bem certo
Que o nosso almejo é sincero!
Tenhas um porvir referto
De ditas e do mais vero
Dos padrões de Glória. Alcança
O com que sonhaste em criança!

Formulemos nossas preces,
Para que a tua existência
Seja um caudal de benesses
Lançado da Providência!

O l y n t h o P i l l a r

ANO NOVO O Ten. Cel. Dr. Herbert Maya de Vasconcelos, sub-diretor do Hospital Central do Exército, traduzindo o sentir dos que neste estabelecimento dedicam suas atividades, por motivo da entrada do novo ano, reuniu todo o pessoal para apresentar cumprimentos e votos de felicidades ao Cel. Dr. Florêncio de Abreu, saudando-o, na expressiva oração que se transcreve:

"Coronel Florêncio de Abreu.

Congregados, mais uma vez, pelo sentimento de respeitosa estima, aqui estamos, formados em vossa presença, os vossos subordinados do H. C. E..

Egressos que somos de 1944, que juntos vencemos, marco a marco, na mais harmoniosa cooperação, acercamo-nos do chefe, proveito e amigo, para lhe cientificarmos de que, em balanço procedido, tem em cada um de nós ilimitado crédito de respeito e gratidão.

Galgados que temos os primeiros degraus de 1945, que se nos depara como enorme interrogação, asseguramos ao chefe a nossa

solidariedade e o nosso melhor proposito de esforço e entusiasmo em cada um de nossos setores.

Enfrentando juntos a estrada que se estende á nossa vista, elevemos a Deus nossos corações, implorando-Lhe que nos torne menos rudes os tropeços, mais suaves os acríves e pendores e que, sempre irmanados, cheguemos á meta colimada.

A vós, corifeu desta falange amiga, cada um de nós augura um viver feliz dentro do vosso lar feliz."

O homenageado, profundamente emocionado, agradeceu em magnifico improviso.

OFICIAIS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO PROMOVIDOS A promoção aos postos imediatos dos Ten. Cel. Dr. João Nominando de Arruda, Ma-

jores Drs. Francisco de Paula Rodrigues Leivas, Otávio José do Amaral e Hermilio Gomes Ferreira e 1.ºs Tenentes I. E. José Pessoa Muniz e farmac. Cyro Gonçalves de Siqueira motivou, a 8 de janeiro último uma reunião festiva dos oficiais, tendo á frente seu diretor, Coronel Dr. Florêncio de Abreu. Para ofertar as novas insígnias, em nome de seus camaradas, falou o Major Dr. Alvaro de Souza Jobim, agradecendo, pelos homenageados, o Ten. Cel. Dr. João Nominando de Arruda, que assim discursou:

Sr. Cel. e Diretor.

Meus camaradas.

A mim cabe, como o mais antigo de praça entre os noveis promovidos, a distinção de dirigir-vos algumas palavras de agradecimento neste momento de despedida.

Esta demonstração de simpatia e de aprêço nos sensibiliza e desvanece.

A vossa presença e o vosso convívio tornaram agradável a nossa permanência neste hospital.

A mútua colaboração aqui reinante amenizou as agruras do nosso trabalho diurno e os ônus da profissão.

Neste Brasil imenso e maravilhoso com mais de 8.500.000 quilômetros quadrados, e com as guarnições militares separadas, muitas vezes, por milhares de quilômetros e nem sempre servidas de boas vias de comunicação, o soldado brasileiro é um nômade dentro da própria pátria.

As contingências da vida militar, por vezes, como agora, nos reunem, doutras vezes nos separam por longo tempo e largas distancias.

E, assim, vamos cumprindo a sina dêsse nomadismo profissional.

Pode embora nos separar a distancia, permaneceremos unidos pelos elos sólidos que a nossa amizade forjou. E rogamos a Deus que, em breve tempo, possamos novamente estar reunidos em ambiente idêntico a este.

Mas onde quer que acantonemos por êsses dilatados rincões da pátria, seja junto ás cochilas do sul do país, suportando as rajadas cortantes do minuano, seja próximo aos contrafortes do norte, onde sopram os suaves aliseos, guardaremos a lembrança agradável do vosso convívio e continuaremos a ser hagaceanos de coração.

Permitam-me o emprêgo dêste neologismo que o uso corrente já justifica.

Seremos bagaceiros, porque o tempo que aqui servimos nos deixou gratas e fundas impressões. Porque, atualmente, a atmosfera do H. C. E. se mantém saturada de oxigênio da mútua compreensão e da leal camaradagem, ambiente assim sustido pela mão segura do nosso diretor, o Cel. Florêncio de Abreu. Sob o manto de austeridade e de reserva naturais do seu temperamento, está o homem de serena correção nas atitudes, com trato fidalgo de um *gentleman*; demonstrando na convivência com os seus subordinados o mais alto aprêgo à dignidade humana; e, perspicaz psicólogo, sabe dar aos seus oficiais ampla liberdade de ação, dentro dos limites regulamentares.

E com essa sua atitude de confiança, compele os seus subordinados, sem o aguilhão do olhar inquisidor do chefe, a darem o máximo dos seus esforços, em prol da maior eficiência dos serviços. E temos aqui presente também a figura do nosso sub-diretor Ten. Cel. Doutor Herbert Vasconcelos, amável e solícito, porém seguro, derimindo êsses mil casos quotidianos da sua alçada, e a colaborar na extrema direção do primeiro nosocômio militar do país.

O major Jobim, cavalheiro intérprete dos homenageantes, cujas prendas de espírito e de coração são conhecidas, é um leal camarada e bom amigo. Com ele já tivemos o prazer de servir na terra graciosa dos altiplanos amenos e das araucárias imponentes.

Estamos bem certos, suas palavras foram vasadas do filtro da amizade e por isso tão bondosas.

É eredor da nossa profunda gratidão.

Sr. Diretor, meus camaradas, em nome dos homenageados: maiores Leivas, Amaral e Hermitio, Tenentes Giro e Muniz e em meu nome, agradecemos o gesto gentil de vossa amabilidade, oferecendo-nos as insígnias dos postos a que fomos promovidos.

Estas ombreiras serão mais um motivo para nos lembrarmos d'este nosso convívio.

Agradecemos a vossa cordialidade, e, estejais certos, passem os dias de nossa vida serenos ou agitados, da nossa memória não se evolará a saudade que fica da nossa permanência entre vós, e guardaremos a lembrança desta homenagem, e ela, qual essência rara, no dizer do poeta, perfumará as nossas recordações:

...“assim como os frascos que contiveram essências,
guardam sempre no cristal consigo,
uma lembrança do perfume antigo.

MAJOR FARMACÊUTICO
SATURNINO DE OLIVEIRA
FILHO

Por motivo de sua transferência para o I. B. E. o Major Farmacêutico Doutor Saturnino de Oliveira Filho foi homenageado pelos oficiais que aqui servem.

Consistiu essa homenagem num almôço realizado no dia 23 de Fevereiro último neste nosocômio.

A ele compareceram o Coronel Dr. Florêncio de Abreu, Diretor interino de Saúde do Exército, o Tenente Coronel Dr. Herbert Maia de Vasconcelos e todos os oficiais aqui em serviço.

Falou, em nome dos ofertantes, o Major Dr. Abelardo Calmon de Oliveira, tendo agradecido o homenageado.

Eis os discursos trocados nesse ágape, que transcorreu em atmosfera de franca cordialidade.

Oração do Major Dr. Abelardo Calmon de Oliveira:

“Exmo. Sr. Diretor de Saúde do Exército.

Sr. Diretor do H. C. E.

Meus camaradas.

Major Saturnino de Oliveira Filho.

O sistema de rotatividade, estabelecido pela direção d'este Hospital, impôs-me a agradável mas difícil tarefa de saudar em nome dos oficiais que aqui servem, o distinto companheiro que se afasta do nosso convívio.

É oportuno lembrar, no momento, as conhecidas palavras de *Montesquieu*, pedindo-vos que vejam não o homem que fala, mas o que se sente na contingência de fazê-lo.

Evoca-me esta saudação a lembrança dos recuados anos, em que, egresso da Capital, chegava eu às hospitaleiras terras de Anhanguera e me era dado conhecer a mocidade quase adolescente mas entusiasta e prometedora do então tenente Saturnino.

Foi naquelas mansões pacíficas do “hinterland” goiano, às margens do Araguaya, o mais belo rio do mundo, na expressão de Castelman, sob a majestade da Serra Dourada, que se caldearam nossos espíritos no pensamento de amor à Pátria Brasileira.

Senti, então, que aquêle povo bom e generoso e aquela natureza exuberante haviam acolhido o nosso homenageado como êle bem o merecia. E a recíproca pode ser evidenciada pelas afinidades sentimentais que o ligam imorredouramente, áqueles rincões.

Uma convivência de poucos meses me proporcionou ensinamentos só comparáveis à confiança e à estima que o amigo inspirava.

Vinte anos após, aqui, nesta colmeia, sabiamente dirigida, nos encontramos, e tive a satisfação de verificar — em meio de excessivo trabalho e maiores preocupações presentes — que as esperanças que se desenhavam com os malises mais promissores se apresentavam no fastígio de uma primorosa realidade.

Porque Saturnino de Oliveira é efetivamente o homem perfeito, dentro da concepção Socrática, como profissional, como intelectual e como amigo dotado do elevado senso das responsabilidades, de acrisolado apego à família, ao trabalho e à pátria e daquêle auto domínio, estigmatizado nas afirmações de Nietich e na sabedoria eterna de Confúcio.

Capaz de humanamente errar, mas incapaz de perseverar em erros; capaz de ter desentendimentos pessoais pela sensibilidade própria dos corações bem formados, incapaz de uma deslealdade.

Mas o que caracteriza o perfil psicológico do nosso homenageado, é, acima de tudo, o conjunto harmonioso de todos êstes predicados em dosagens que o pontificam como um autêntico valor do nosso Serviço de Saúde.

Nesta hora em que a humanidade, sofre, talvez as mais severas provações da História, em que formidáveis potências se consomem na ansia de todos os sortilégios, as manifestações da cordealidade têm uma significação especial. Eis porque bem escolhido o ensejo por esta demonstração de camaradagem que vos dirijo com a alma em efusão, em nome do diretor e da oficialidade d'este Estabelecimento Hospitalar.

Só isso nos consolaria do sentimento de pesar com que vos vemos afastar do nosso convívio diário.

Aceitai pois, Sr. Major Saturnino de Oliveira Filho, o amplexo cordial da amizade, juntamente com os votos que fazemos pela vossa felicidade pessoal".

Discurso de agradecimento do Major Saturnino de Oliveira Filho:

"Exmo. Sr. Diretor de Saúde do Exército.

Sr. Diretor do H. C. E.

Meus ilustres camaradas.

Ao ter conhecimento desta vossa atitude para comigo, mais uma vez na vida, senti o abalo das emoções violentas, das que nos ficam n'alma, como o eco longínquo da saudade da vida que passou.

Os que estimam os labirintos da psicologia, podem ver objetivamente, lembrando Stern ou Binet, com as classificações dos vários tipos, da inteligência, do caráter ou melhor decidindo, distribuindo os indivíduos em tipos somaticamente caracterizados, pelos psico-fisiologistas, sob a influência dos caracteres morfológicos de cada um. Julga-se o homem pelos traços fisionômicos e o povo aceita que a alma do indivíduo está em sua face no reflexo das emoções que a movimentam. E, assim, mais que as palavras, a emoção gratíssima que experimento, sob o vosso gesto generoso, espelha-se em mim mesmo, pois sei julgar vossos bondosos exageros.

O vosso atual Diretor, nessa bondade sem par com que o conheço, há vinte e tantos anos, ainda encontrou em mais um gesto feliz, motivo maior para fixar a cordialidade desta reunião, escolhendo portador amável de vossa bondade, o Calmon, meu velho amigo e companheiro, na nossa saudosa "república", nos rincões sadios da formosa terra goiana, quando lá servíamos, no mesmo batalhão. Ainda agora, na suspeição que eu juro, de uma amizade que nunca mais se apagou, é ele o mesmo espírito sensível, a mesma criatura delicada, que tudo resolve e tudo vê pelo prisma de uma cordialidade sem limites. E que saudade dos tempos idos, quando, moços ainda, embalando n'alma os mesmos sonhos, com o coração alegre povoado, entretínhamos a nostalgia do lar distante, da família, nas noites sentimentais de serenatas sob o luar incomparável das noites estreladas. E nestas tocatas sentimentais, que o próprio chefe de polícia acompanhava, para melhor garantir a ordem na profusão dos sons que se perdiam...

E o Dr. Herbert, designando-o, vê, agora, como soube tocar-me as fibras do sentimento, nas filigranas doridas do coração, no reviver o passado.

Repito hoje a 1.^a despedida desta casa em Setembro de 1929, quando tenente, deixei o H. C. E., aqui ficando um grupo de companheiros, mas já levados na voragem inevitável da morte, Camara Castro, Cornelio Silva, Jordão, João Pires, Camara Leal e outros como o Cap. Issler, o Cap. Peixoto, o Cap. Florêncio de Abreu, Tenente Póvoa, Tenente André Albuquerque, aqui estão em nosso convívio, chefes e amigos.

E então o Cap. Herbert Vasconcelos e que nos preside, com a mesma abundância de coração, o mesmo rígido caráter, a mesma bondosa energia, apanágio dos Vasconcelos mineiros, na tradição dessa fronte de tronco enorme que naquelas montanhas vetustas deu ao Brasil o maior nome do 1.^o Império: Bernardo Vasconcelos.

A generosidade de vossa atitude é a resultante do espírito de sã camaradagem que tanto enobrece aqueles que a cultivam e que encontrou quem a estimulasse nessa figura perfeita de chefe e verdadeiro amigo que é o Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

Conforta-me, ao vos deixar, o sentido dessa bondade que constitui meu julgamento honroso por juizes cuja suspeição de amizade não anula o ato, paradoxalmente... Se Jefferson, o grande republicano, dessa nação estupenda que está mostrando a possibilidade da força heróica de um Exército, nas grandes democracias, se Jefferson, estimava sempre o julgamento da opinião pública, sempre útil à ação dos governos, mal comparado é claro, mas, adaptando o julgamento não há melhor maneira de animar nossos atos, sinão sob a ação julgadora e sincera de nossos companheiros — E esta é preferível.

Saindo desta casa, é como se nela ficasse de animo tranquilo, no amparo da amizade dos que tanto prezo, colegas e companheiros meus. Vós que viveis no sofrimento, no procurar a solução da ciência da vida, julgais sempre com benevolência, no hábito de somente observar a Dor. E' como disse Sanson: "A austeridade e o trato contínuo com semelhante companheira, são feitos para plasmar na alma do médico, qualidades que o tornam um homem à parte, pela verdadeira superioridade que adquire sobre os demais. E os meus colegas, os farmacêuticos do H. C. E., como me conforta este apóio, nós, da mesma família farmacêutica, nesta emergência em que as contrariedades que lhes dêra o colega mais velho, dele não os afastaram. E, na renúncia própria de nossa profissão, nos silenciosos laboratórios em que consumimos a existência, quanta angústia recalcada e quanta amargura, para, às vezes, resolver um problema técnico, tudo em benefício do doente, dêsses nossos camaradas de Caserna, nascidos na mesma Pátria, vivendo á luz radiosa do mesmo sol, sob o signo estelar da mesma Cruz-Celeste. — Vossa homenagem enobrece conforta, ampara, anima, nesta vida que é luta incessante e só recompensada pela magnanimidade de vosso gesto, que guardarei no escrínio das mais altas amizades de minha vida."

ALMOÇO DE DESPEDIDA Por motivo de sua partida para o teatro da guerra, que se deu a 14 de fevereiro último, o Exmo. Sr.

General Dr. João Afonso Souza Ferreira, Diretor de Saúde do Exército recebeu, a 8 do referido mês, por parte do Diretor e dos oficiais do Hospital Central do Exército significativa homenagem, a que compareceram todos os oficiais superiores do Serviço de Saúde desta Região.

Foi-lhe oferecido um banquete no grande "hall" daquele nosocômio, que se achava artisticamente ornamentado.

Falou oferecendo o ágape e formulando ao ilustre viajante votos

de felicidades no desempenho de sua honrosa missão o Coronel Dr. Florêncio de Abreu, tendo o homenageado agradecido.

TRANSMISSÃO DE ELEVADO CARGO Com a presença de altas autoridades, toda a oficialidade do Serviço de Saúde da 1.^a Região Militar, jornalistas e amigos, no dia 12 de fevereiro findo, às 14 horas, no salão da Diretoria de Saúde do Exército, fez o Exmo. Sr. General Dr. João Afonso Souza Ferreira transmissão de seu elevado cargo ao Coronel Dr. Florêncio Carlos de Abreu Pereira, diretor efetivo do Hospital Central do Exército.

Motivou essa substituição a inspeção que aquele oficial-general ora realiza aos órgãos sanitários da F. E. B., na frente italiana.

Após o ato, que se revestiu de toda solemnidade, onde foram trocados discursos entre o substituído e seu substituto, receberam ambos cumprimentos dos presentes.



É da cerimônia o flagrante que ilustra esta notícia, vendo-se o Exmo. Sr. General Dr. Souza Ferreira quando proferia sua oração, ladeado pelos Exmos. Sr. General Paula Cidade e Coronel Dr. Florêncio de Abreu.

MAJOR DR. OTAVIO JOSÉ DO AMARAL No dia 28 de fevereiro último, às 12 horas, no Hospital Central do Exército, foi alvo de justa e dedicada homenagem o Major Dr. Otávio José do Amaral, recém transferido deste nosocômio para de Curitiba.

Com a presença do Sr. Coronel Médico Dr. Florêncio de Abreu, Diretor de Saúde do Exército e da administração e oficialidade do H. C. E., teve lugar o almôço oferecido ao prezado camarada.

Ao "dessert", brindou o homenageado o Major Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas, oferecendo-lhe o amustoso ágape.

Vivamente emocionado, agradeceu de improviso o Major Dr. Otávio Amaral, com palavras de grande carinho e satisfação.

Eis, na íntegra, a oração do intérprete dos manifestantes:

"Ex. Sr. Diretor de Saúde do Exército.

Ilustrada direção do H. C. E.

Meus camaradas.

Prezado colega Major Dr. Otávio José do Amaral.

Esta reunião é o aglomerado de atos e de amizade ao colega que parte, ao amigo de todos os tempos que de nós se despede.

Durante vários lustros serviu nesta Casa com devotamento, com proficiência, fazendo de cada um de nós um admirador de seus requintados dotes de fino cavalheiro e distinguido amigo.

Fez-se, a bem dizer, neste Estabelecimento, porque, iniciado na vida militar, enpregou desde logo sua atividade no nosso convívio e, das vezes que aqui se atastou, foi para o exercício de comissões honrosas, porém de pequena demora. Volvia sempre o mesmo, no seu temperamento dócil e na sua simplicidade meiga. Foi, como é, o colega igual em todos os tempos. Com, generoso, afetuoso e sempre prestativo.

Uma partida é sempre motivo de pesar, mas para amenisar a tristeza de sua separação, transformaremos em um ambiente mais comunicativo e risonho este momento, fazendo, num discreto humorismo, o perfil do nosso homenageado, salgando levemente as nossas palavras, com o *tempero* e o *môlho* da nossa velha amizade:

É o nosso colega homenageado do tipo leptossômico, na classificação de Kretschmer, com displasias "Oimométricas", porque usa dois espelhos: um, sobre o apêndice nasal costumeiramente e o outro, na frente, quando no exercício profissional. O primeiro, reflete sua alma boa e meiga e o segundo, transmite a luz e a vivacidade de sua cultura e proficiência.

Trajando com elegância e apuro, mas sem almofadismo, não dispensa, ao menor vislumbre de mudança de tempo, o indefectível guarda-chuva, nunca desprezando seu chapéu de cabeça para ocultar a queda dos seus discretos cabelos, precaução razoável, porque uma calva é sempre um ponto de referência... Seu andar, algo rápido, e de passos firmes, porque firme é o seu caráter e reta é sua alma. Colega dócil e meigo, faz lembrar uma "filha de Maria" pela timidez e ingenuidade encantadoras. Tem sempre uma atenção e uma delicadeza para quantos dele se acercarem. Uma negativa, sai-lhe dos lábios, após uma atitude de espanto, depois de já haver revirado bastante, sob as lentes de seu nasoculo, seus globos oculares. E essa negativa, acreditam todos, só vem exteriorizada depois de amadurecer um *modus* de poder dar uma afirmativa. São sublimos e encantadores seus sentimentos. Alma feita ao rossicler da bondade. Coração formado na pureza das madrugadas do bem. Chefe de família exemplar, do seu abençoado lar fez seu mundo de felicidades, ao

lado de sua companheira de todos os dias e de todas as emoções, nas bênçãos de sua prole, risinhos madrigais de esperanças e bemaventuranças, que são a cúpula do templo de sua vida.

Colega digno no melhor e maior valor da expressão, culto e brilhante na proficiência clínica, soube conquistar amizades e afeições, onde quer que estivesse e onde quer que vá emprestar o brilho de sua cultura e a meiguice de seus sentimentos de heráldicas tradições de homem digno.

Seus postos militares são laureis de seu valor. Atingindo o posto de major médico, irá em outra paragem chefiar posição, onde mais realçará o conteúdo de sua especialização. Perderemos, por certo, o convívio do colega, mas recebera felicitações este Hospital, por ter enviado ao de Curitiba um filho dileto, um colega primoroso e um amigo afetuoso.

Conheci-o em 1919 ao ingressarmos na Faculdade do Rio de Janeiro; era um estudante modesto que trabalhava para manter sua acrisolada genitora; após curso brilhante, encaminha-se para a ginecologia e obstetrícia, exercendo-as com eficiência e raro brilho. Em 1925, neste mesmo local, aqui no H. C. E., ingressávamos no quadro de saúde pelo voto do então Cap. Med. Dr. Fláudio Carlos de Abreu Pereira, e hoje, decorridos 20 anos, atingimos o posto de oficial superior por merecimento, graças ao apóio decisivo do Cel. Dr. Fláudio de Abreu, nosso insigne e benemérito diretor. Escusado é dizer que esta feliz coincidência nos enche de satisfação. Classificado logo após o concurso neste Hospital foi servir em uma Enf. de Clínica Médica, onde se revelou notável internista; na revolução de S. Paulo encontrei-o fazendo trepanações, leparotomias, amputações etc., salvando vidas preciosas; serviu, ainda destacadamente, no Serviço Médico Legal desta casa, mas foi como oto-rino-laringologista que se mostrou um profissional competentíssimo e trabalhador infatigável sendo considerado por nós o expoente desta especialidade em nosso País. Aqui formou seu tirocínio profissional. Aqui fez o celeiro fértil para a sua Assistência da Faculdade, oficializando assim a especialização, porém não podemos esquecer que o seu verdadeiro mestre é essa figura inconfundível do nosso quadro, grande chefe e prezado amigo, o Dr. Alfredo Issler Vieira.

Deixa Amaral nesta casa um rastro luminoso de sua passagem, uma saudade inarrredoura, porque aqui ficam seus colegas que são seus amigos, esperanças de seu breve regresso.

É este o colega, modelo imaculado de todas as virtudes médicas, "hagaceano" com por cento, que de nós recebe, neste almoço em oferenda, todas as manifestações de carinho, amizade e admiração.

Todos já sabem o que é o nosso homenageado, mas como ainda não lhe citamos com todas as letras o seu nome completo, fazemo-lo neste modesto perfil, o enigma de fácil decifração. Ei-lo:

Seu nome é o do rei romano bem augusto, antes de ser levado á dignidade imperial, o sobrenome, o do santo esposo de Maria e o cognome, o da casta de uvas pretas, serôdia e abundante de ácidos, cultivada em certos pontos de Portugal. Está fácil. Todos ora sabem quem é ele. Levantemos as nossas taças em homenagem ao bom e querido colega, numa despedida carinhosa, fazendo os melhores votos de felicidade na nova comissão que vai desempenhar, pedindo a Deus que breve não-lo traga para o nosso convívio.



1.^a TURMA DE ASSISTENTES MILITARES

Em consequência de entendimento havido entre o Ministério da Guerra e o do Interior e Justiça (que, à época, superentendia os assuntos de Educação e Saúde), os médicos militares, que assim desejassem, tornaram-se assistentes das clínicas das Faculdades de Medicina e dos Institutos superiores de medicina.

A fotografia ao lado focaliza o momento da apresentação feita pelo Exmo. Sr. General Ivo Soares, então Diretor de Saúde do Exército, ao Professor Rocha Vaz, então Diretor da Faculdade Nacional de Medicina, da primeira turma de Assistentes Militares.

Vêem-se, da esquerda para a direita : Capitão Dr. Tales Martins (atualmente Chefe de Serviço no Instituto Oswaldo Cruz), Capitão Dr. Jayme Villas-Boas (atualmente Coronel Chefe de Saúde da 4.^a Região Militar), Capitão Dr. Caleb Bonfim (atualmente Coronel-Médico da Reserva), Capitão Dr. Florêncio de Abreu (atualmente Coronel Diretor do Hospital Central do Exército e Presidente da Academia Brasileira de Medicina Militar), Professor Dr. Juvenil da Rocha Vaz, General Dr. Sebastião Ivo Soares (atualmente General médico da Reserva), 1.^o Tenente Dr. Arthur Luiz Augusto de Alcântara (atualmente Tenente-Coronel Chefe da Clínica Médica do H. C. E.), Capitão Dr. Benjamin Gonsalves (atualmente Tenente-Coronel Chefe do Gabinete do Diretor de Saúde do Exército), Capitão Dr. Gilberto José Fontes Peixoto, (atualmente Tenente-Coronel Chefe de Serviços Sanitários da F. E. B.) e Capitão Dr. José de Azevedo Câmara (atualmente Tenente-Coronel, servindo na D. S. E.).

Academia Brasileira de Medicina Militar

A CASA DO MILITAR

Oração proferida pelo Cel. Dr. Florêncio de Abreu na sessão de aniversário da Academia Brasileira de Medicina Militar (8 de dezembro de 1944).

A Academia Brasileira de Medicina Militar entra hoje em seu 4.º ano de existência. Congregando expoentes do Serviço de Saúde das forças de terra, do mar e do ar, em colaboração permanente com expoentes da medicina civil brasileira, constitui exatamente o que se poderia chamar de Estado Maior Sanitário da Defesa Nacional, espontânea e patrioticamente colocado ao dispor da Nação para quando esta entender de o utilizar como órgão consultivo.

No momento que passa, a guerra total que abala a tôdas as nações, devastando um imenso acervo de trabalho humano, matando milhões de criaturas, mutilando outros milhões de sofredores, transformando lavouras em cemitérios e cidades em hospitais, disseminando por tôda a parte a desolação e a miséria, estabelecerá na vida, ao cabo de sua brutalidade, novos aspectos de dores humanas.

Conseqüentemente, novos encargos, de amparo e assistência, serão exigidos do Poder Público.

No Brasil, os problemas de assistência aos militares serão certamente de vulto maior doravante, em face do aumento dos que devem ser compulsoriamente assistidos, no Exército, na Marinha, na Aeronáutica, feridos, doentes, incapacitados.

Os hospitais militares, destinados precipuamente aos casos agudos ou de possível recuperação, geralmente superlotados só com essa categoria de enfermos, ficarão impedidos de cumprir seu

destino se seus alojamentos forem ocupados por hóspedes permanentes, de doença crônica ou velhice mórbida, mutilados, incapazes, não recuperáveis.

Por outro lado, velhos oficiais, até mesmo velhos generais, sem saúde e sem família, reformados em épocas remotas e em condições precárias para enfrentar o encarecimento da vida, são vítimas atualmente da dificuldade material de se manterem dignamente, mesmo com extrema modéstia, sofrendo, assim, além da velhice pobre, a angústia da dignidade.

Para uns e para outros, para todos os militares que careçam de assistência permanente do Estado, permito-me lembrar a criação da "Casa do Militar". Além de resolver um grave problema da vida atual e de realizar outro amparo do Estado aos servidores de suas forças armadas, a "Casa do Militar" no molde da "Casa do Jornalista" ou da "Casa do Médico" ou da "Casa do Artista" para seus respectivos destinatários — será para os militares que a êle espontaneamente se acolherem, um abrigo necessário, oportuno e digno, quando mutilados ou doentes crônicos ou velhos abandonados na vida, mister que não realiza o atual Asilo de Inválidos da Pátria, adstrito às condições restritivas de sua existência e de sua psicologia.

Cada um dos Ministérios Militares poderá ter a sua própria "Casa", se o Governo não preferir, mais economicamente, um abrigo coletivo sob uma só administração, para os militares de terra, de mar e do ar.

Três categorias de alojamentos gruparão oficiais, sargentos e soldados, na respectiva hierarquia social, em pavilhões separados ou em andares diferentes de monobloco. A construção, dentro de um parque e à sombra benfazeja de árvores frondosas, comportará para cada grupo, além dos dormitórios, os locais destinados à vida social diária, bem como a necessária instalação hospitalar, tudo de aspecto alegre e conforto possível.

E assim, a "Casa do Militar", oficialmente mantida e dirigida, acolherá êsse grupo de defensores da Nação, facilitando-lhes a vida em relativa liberdade, dando-lhes um lar organizado com higiene e alegria, reunindo-os em sociedade homogênea, ministrando-lhes assistência médica, amparando-os carinhosamente e orientando seu pensamento no sentido do respeito e da gratidão ao Estado.

Tal é, meus senhores, a idéia que me permito lançar neste dia 8 de dezembro, fazendo da "Casa do Militar" o tema da oração da presidência neste aniversário de nossa Academia.

Queira Deus, na sua infinita misericórdia, fazer com que essa idéia seja bem compreendida pelos homens de bem, para o bem dos homens que por ela forem amparados.

RELATÓRIO DO ANO SOCIAL DE 1943-1944

Prezados confrades:

Apresento-vos o relatório das principais ocorrências da Academia Brasileira de Medicina Militar no ano social de 1943-1944, conforme preceituam disposições estatutárias.

I — **Estatutos.** — Os Estatutos que regem a Academia estão registados sob o n.º de ordem 174 do Livro I do Registo de Sociedades Cíveis, no 4.º Ofício de Registo de Títulos e Documentos, desde 16-XI-1943.

II — **Regimento interno.** — A diretoria, oportunamente, apresentará, para deliberação de assembleia, ante-projeto de novo Regimento Interno, segundo as necessidades da vida associativa da Academia, em face dos atuais Estatutos.

III — **Quadro social.** — A relação geral dos membros da Academia vai em anexo a êste relatório.

As alterações do quadro social foram as seguintes:

a) Cadeiras vagas — Existem vagas as seguintes cadeiras: 1 para o Serviço de Saúde da Aeronáutica — secção de Cirurgia — n.º 49; 2 para o Serviço de Saúde do Exército, sendo uma para a secção de Especialidades Médicas, cadeira n.º 12, e uma para a secção de Farmácia, cadeira n.º 41, e 1 para o Serviço de Saúde da Armada, secção de Medicina, cadeira n.º 33, cujas inscrições estão abertas.

b) Preenchimento de cadeiras — Na sessão de 25 de julho foram eleitos membros titulares os seguintes médicos e farmacêuticos: Serviço de Saúde da Armada, cadeira n.º 50, secção de Medicina — Cap.-Ten. Dr. Custódio Figueira Martins; Serviço de Saúde da Aeronáutica, secção de Cirurgia, cadeiras números 46, 47 e 48, respectivamente, os Majores Drs. Waldemir Salém, Oriovaldo Benitez de Carvalho Lima e Waldemar Basgal; Serviço de Saúde do Exército, secção de Farmácia, cadeira n.º 45, Major Dr. Saturnino de Oliveira Filho.

c) Eleição de membros honorários — Na assembléia geral de 25 de julho, foram eleitos membros honorários nacionais os médicos e farmacêuticos que se seguem: Drs. Alvaro Lourenço Jorge, Manuel Claudio da Mota Maia, Joaquim Mota e Osvaldo Pinheiro Campos e Farmacêutico Osvaldo de Almeida Costa.

d) Transferência de classe — Em obrigação ao estatuído, foram, automaticamente, incluídos na categoria de eméritos os seguintes membros titulares: em 26-IV-44, os Coroneis Dr. Jesuino de Albuquerque e Farmac. Manuel Vieira da Fonseca Junior; em 5-VII-44, o Major Farmac. Rodolfo Pereira dos Santos e Almirante Dr. Heráclito Sampaio, este último Presidente de Honra, na qualidade de Chefe do Serviço de Saúde da Armada e, em 25-X-44, o Cap. de Frag. Dr. Luiz Cordeiro Alves Braga, todos transferidos para a reserva, em seus respectivos serviços.

e) Presidência de honra — Com a nomeação do Almirante Dr. Fabio de Vasconcelos para Chefe do Serviço de Saúde da Armada, este tomou posse da Presidência de Honra em 5-VII-44.

f) Posse de membros titulares e honorários nacionais — Com o ritual da pragmática, foram empossados nas suas cadeiras, nos dias que se seguem, os seguintes membros titulares e honorários: 8-XII-43 — Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas, saudado pelo membro titular Major Dr. Azais de Freitas Duarte, cadeira n.º 29; 25-VII-44 — Cap.-Ten. Dr. Valdir Caldas Pires, saudado pelo membro titular Cap. de Frag. Dr. Heraldo Maciel, cadeira n.º 28; 30-VIII-44 — Cap.-Ten. Dr. Custodio Figueira Martins e Major Farmac. Saturnino de Oliveira Filho, saudados, respectivamente, pelos membros titulares Cap. de Frag. Dr. Geraldo Augusto de Amorim e Cap. Farmac. Olyntho Pillar, cadeiras ns. 50 e 45; 20-IX-44 — Saudado pelo acadêmico Dr. Francisco Corrêa Leitão, foi empossado como membro honorário Dr. Osvaldo Pinheiro Campos; 25-X-44 — Saudado pelo acadêmico Ten.-Cel. Dr. Benjamin Gonsalves, foi empossado o membro honorário Dr. Joaquim Mota.

IV — Sessões. — Realizaram-se 5 sessões solenes, 5 sessões ordinárias e 3 de Assembléia Geral, todas no auditório da Escola de Saúde do Exército, gentilmente cedido pela sua Diretoria.

V — Comunicações. — No ano social de 1943-1944, além dos discursos de posse dos paraninfos e recipiendários, foram feitas, no plenário da Academia, 9 comunicações sobre assuntos de atualidade e interesse para as coletividades médicos-militares, conforme relação em anexo.

VI — Memórias inéditas. — Para concorrer às cadeiras de membros titulares, foram apresentadas as memórias inéditas fixadas em relação em anexo.

VII — Prêmios. — Não houve, este ano, concorrentes ao

prêmio "Academia Brasileira de Medicina Militar" instituído de acordo com o que dispõe o art. 24 dos Estatutos.

VIII — Alterações na diretoria. — A Diretoria eleita em 16-XI-943 sofreu as seguintes alterações: em 26-IV-44 — renúncia do Cap. de Corv. Dr. Armando Pinto Fernandes ao cargo de bibliotecário; em 5-VII-44 — renúncias do Cel. Dr. Jaime de Azevedo Vilas Boas e Cap. Dr. Carlos Paiva Gonçalves aos cargos de 1.º Secretário e Secretário Geral, respectivamente; as duas primeiras renúncias foram em virtude de transferência da Capital Federal.

Na assembléia de 25-VII-44, foram eleitos para os cargos vagos os acadêmicos Cap. de Frag. Dr. Heraldo Maciel, Ten.-Cel. Dr. Benjamin Gonsalves e Cap. de Frag. Dr. Geraldo Augusto de Amorim, respectivamente, Secretário Geral, 1.º Secretário e Bibliotecário, sendo, em seguida, empossados.

Na eleição de hoje deve ser eleita a Diretoria para reger os destinos da Academia no ano social de 1944-1945 e a ela desejamos feliz administração, sendo sua posse na sessão solene de aniversário a 8-XII-44.

IX — Secretaria. — O movimento da Secretaria no ano social findo foi o seguinte:

Discriminação	Quantidade	Total.....
Ofícios expedidos	19	
Ofícios recebidos	21	
Cartas expedidas	30	
Cartas recebidas	12	
Telegramas expedidos	1	
Telegramas recebidos	16	
Circulares expedidas	12	
Convites expedidos	3.600	3.711

X — Tesouraria. — As operações da Tesouraria resumem-se no seguinte balancete:

Discriminação	Receita	Despesa	Saldo
	Cr\$	Cr\$	Cr\$
Saldo do balancete anterior ...	635,00		
Importância recebida conforme documentos 37 a 41	4.200,00		
Pagamentos efetuados conforme documentos 32 a 34		700,00	
SOMA	4.835,00	700,00	4.135,00

O presente saldo se encontra depositado na Caixa Econômica do Rio de Janeiro.

Eis, senhores acadêmicos, a síntese da vida objetiva de nossa Academia no ano social de 1943-1944.

Resta-me agradecer, muito cordialmente, aos meus confrades, a confiança com que sempre me distinguiram e a colaboração constante com que contribuíram para a boa eficiência de nossa Academia.

Florêncio de Abreu
Presidente

Relação das comunicações feitas em plenário no ano social de
1943-1944

- 1 — Oclusões intestinais — Acadêmico Dr. Godofredo da Costa Freitas — 26-IV-1944.
- 2 — Sobre um caso de afasia total — Acadêmico Dr. Florêncio de Abreu — 5-VII-1944.
- 3 — Penicilina — Aspectos Químicos e Clínicos — Acadêmico Gerardo Majella Bijos —
- 4 — Bloqueio sino-auricular — Acadêmico Dr. Francisco Corrêa Leitão — 30-VIII-1944.
- 5 — Aspectos da quimiografia — Acad. Dr. Jaime Vilalonga.
- 6 — Cirurgia ortopédica reconstrutora no tratamento das osteomielites — Acad. Dr. Osvaldo Pinheiro Campos — 20-IX-1944.
- 7 — Bruceloses — Acad. Dr. Joaquim Moreira da Fonseca.
- 8 — Contribuição do registro elétrico da atividade cardíaca — Acadêmico Dr. Carlos Fernandes e Dr. Alberto de Oliveira.
- 9 — Tratamento cirúrgico das osteomielites, novos casos — Acad. Dr. Osvaldo Pinheiro Campos — 16-XI-44.

Nominata dos trabalhos apresentados para preenchimento de
cadeiras de titulares em 1943-1944.

- 1 — A labirintocoptose em face da aviação — Major Dr. Waldemar Salém.
- 2 — A vitamina "A" na alimentação dos aeronautas — Major Dr. Orioaldo Benitez de Carvalho Lima.
- 3 — Acelerações e acelerômetros — Maj. Dr. Waldemar Basgal.
- 4 — Sideremia e tuberculose pulmonar — Cap.-Ten. Dr. Custódio Figueira Martins.
- 5 — Índice bioquímico de insuficiência renal — Maj. Dr. Saturnino de Oliveira Filho.

Relação dos membros da Academia Brasileira de Medicina Militar
Membros Titulâres :

- 1 — Patrono, Alvaro Alvim — Titular Maj. Dr. Jaime Vilalonga.
- 2 — Patrono, Alvaro Ramos — Titular Ten.-Cel. Dr. Artur Luis Augusto de Alcântara.
- 3 — Patrono, Antonio Batista Leite — Titular Maj. Dr. Ismar Tavares Mutel.
- 4 — Patrono, Antonio da Silva Pereira Guimarães — Titular Cel. Dr. Humberto Martins de Melo.
- 5 — Patrono, Antonio Ferreira do Amaral — Titular Cel. Dr. Alcides Romeiro da Rosa.
- 6 — Patrono, Antonio Prado Valadares — Titular Maj. Dr. José Monteiro Sampaio.
- 7 — Patrono, Artur Ferreira Carneiro — Titular Cap.-Ten. Farmac. Humberto Monteiro Meireles.
- 8 — Patrono, Augusto Cezar Diogo — Titular 1.º Ten. Farmac. Gerardo Majella Bijos.
- 9 — Patrono, Benjamin da Rocha Faria — Titular Cel. Dr. Jaime de Azevedo Vilas Boas.
- 10 — Patrono, Carlos Chagas — Titular Prof. Dr. Juvenil da Rocha Vaz.
- 11 — Patrono, Carlos Frederico Xavier dos Santos Azevedo — Titular — Cap. de Frag. Dr. Geraldo Augusto Pires do Amorim.
- 12 — Patrono, Carlos Pinto Seidl — Titular — Vago.
- 13 — Patrono, Daniel de Almeida — Titular Cap. Dr. Guilherme Machado Hautz.
- 14 — Patrono, Domingos de Góis — Titular Cap. Dr. Osvaldo Monteiro.
- 15 — Patrono, Eduardo Sarmento Leite — Titular Maj. Dr. Azais de Freitas Duarte.
- 16 — Patrono, Faustino Augusto Espozel — Titular Cap. Dr. Gabriel Duarte Ribeiro.
- 17 — Patrono, Flavio Augusto Falcão — Titular Cel. Dr. Francisco Rodrigues de Oliveira.
- 18 — Patrono, Francisco de Castro — Titular Maj. Dr. Generoso de Oliveira Ponce.
- 19 — Patrono, Francisco de Melo Franco — Titular Prof. Dr. Joaquim Moreira da Fonseca.
- 20 — Patrono, Getulio Florentino dos Santos — Titular Prof. Dr. Carlos da Rocha Fernandes.
- 21 — Patrono, Henrique Guedes de Melo — Titular Cap. Corv. Dr. Armando Pinto Fernandes.

- 22 — Patrão, Hilario de Gouvêa — Titular Cap. Dr. Otavio José Amaral.
- 23 — Patrão, Ismael da Rocha — Titular Prof. Dr. Clementino Fraga.
- 24 — Patrão, João Cândio Nunes Matos — Titular Maj. Dr. Ernestino Gomes de Oliveira.
- 25 — Patrão, João da Silva Pires — Titular Cel. Dr. Alfredo Issler Vieira.
- 26 — Patrão, João Francisco Lopes Rodrigues — Titular Cap. Corv. Dr. Nelson de Barros Vasconcelos.
- 27 — Patrão, João Severiano da Fonseca — Titular Cel. Dr. Emanuel Marques Porto.
- 28 — Patrão, Joaquim Soares de Meireles — Titular Cap.-Ten. Dr. Waldir Caldas Pires.
- 29 — Patrão, José Agostinho de Sousa Lima — Titular Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas.
- 30 — Patrão, José Antonio de Abreu Fialho — Titular Cap. Dr. Carlos Paiva Gonçalves.
- 31 — Patrão, José Augusto de Azevedo Sodré — Titular Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão.
- 32 — Patrão, José Benevenuto de Lima — Titular Cap. Farmac. Olyntho Luna Freire do Pilar.
- 33 — Patrão, José Pereira Guimarães — Titular — Vago.
- 34 — Patrão, José Porfirio de Melo Matos — Titular Ten.-Cel. Dr. Benjamin Gonsalves.
- 35 — Patrão, José Ribeiro de Sousa Fontes — Titular Ten.-Cel. Dr. Gilberto José Fontes Peixoto.
- 36 — Patrão, Julio Pires Porto, Carreiro — Titular Cap. de Frag. Dr. Heraldo Maciel.
- 37 — Patrão, Manuel Feliciano de Carvalho — Titular Maj. Dr. Arnaldo Nunes Serqueira.
- 38 — Patrão, Mario Pontes de Miranda — Titular Cel. Dr. Angelo Godinho dos Santos.
- 39 — Patrão, Miguel de Oliveira Couto — Titular Cel. Dr. Florencio de Abreu.
- 40 — Patrão, Miguel Pereira — Titular Ten.-Cel. Dr. Augusto Marques Torres.
- 41 — Patrão, Oscar Pereira da Silva — Titular — Vago.
- 42 — Patrão, Osvaldo Gonçalves da Cruz — Titular Ten.-Cel. Dr. Aquiles Paulo Gallotti.
- 43 — Patrão, Pedro de Almeida Magalhães — Titular Maj. Dr. José de Azevedo Camara.
- 44 — Patrão, Raimundo de Castro — Titular Prof. Dr. Francisco Castro Araujo.

- 45 — Patrão, Rodolfo Albino Dias da Silva — Titular Maj. Fco. Saturnino de Oliveira Filho.
- 46 — Patrão — Titular Maj. Dr. Waldemir Salém.
- 47 — Patrão — Titular Maj. Dr. Oriovaldo Benitez Carvalho Lima.
- 48 — Patrão — Titular Maj. Dr. Waldemar Basgal.
- 49 — Patrão — Vago.
- 50 — Patrão — Titular Capt.-Ten. Dr. Custodio Figueira Martins.

Membros Eméritos :

- 1 — Ten.-Cel. Aridio Fernandes Martins.
- 2 — Cap. de Frag. Dr. Erasmo de Lima.
- 3 — Cel. Farmac. Manuel Vieira da Fonseca Junior.
- 4 — Cel. Dr. Jesuino de Albuquerque.
- 5 — Maj. Farmac. Rodolfo Pereira dos Santos.
- 6 — Almirante Dr. Heráclito Sampaio.
- 7 — Cap. de Frag. Dr. Luiz Cordeiro Alves Braga.

Membros Honorários Nacionais :

- 1 — Prof. Dr. Estelita Lins.
- 2 — Prof. Augusto Paulino Soares de Sousa.
- 3 — Prof. Abel Elias de Oliveira.
- 4 — Prof. Dr. Aloisio de Castro.
- 5 — Prof. Joaquim Mota.
- 6 — Dr. Claudio Manuel da Mota Maia.
- 7 — Dr. Alvaro Lourenço Jorge.
- 8 — Dr. Osvaldo Pinheiro Campos.
- 9 — Prof. Osvaldo de Almeida Costa.

Membros Honorários Estrangeiros :

- 1 — Gen. Dr. Charles C. Hillman.
- 2 — Cel. Dr. Erskine Hume.
- 3 — Ten.-Cel. Dr. Manuel Rodriguez.
- 4 — Maj. Dr. Cezar Gagliardone.
- 5 — Prof. Dr. Emilio Corbière.

Membros Correspondentes Nacionais :

- 1 — Prof. Dr. Rubião Meira.
- 2 — Prof. Dr. Benedito Montenegro.
- 3 — Prof. Dr. José Afonso Mesquita Sampaio.
- 4 — Prof. Dr. Ciro de Barros Rezende.
- 5 — Prof. Dr. José Penido Burnier.

- 6 — Prof. Dr. Luis de Barros Lima.
- 7 — Cel. Dr. Oscar de Carvalho.
- 8 — Cel. Dr. Augusto Haddock Lobo.
- 9 — Cel. Dr. Henrique Ferreira Chaves.
- 10 — Cel. Dr. José Vieira Peixoto.
- 11 — Ten.-Cel. Herbert Maia de Vasconcelos.
- 12 — Ten.-Cel. Dr. Bonifacio Antonio Borba.
- 13 — Maj. Dr. Luiz Felipe de Alencastro.
- 14 — Cap. Dr. Anibal Olimpio Medina de Azevedo.
- 15 — Prof. Farmac. José Malhado Filho.
- 16 — Prof. Farmac. Quintino Mingoja.
- 17 — Prof. Farmac. Carlos Henrique Liberalli.

AS ATIVIDADES CIENTÍFICAS DA ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR

Gerardo Majella Bijos

1.º Tenente Farmacêutico

Membro titular das Academias Nacional de Medicina,
Brasileira de Medicina Militar e Nacional de
Farmácia.

O historiador, ao fixar mais tarde a evolução científica da medicina militar, ficará extasiado ante a realização verdadeiramente revolucionária e gigantesca da magnífica criação, que é esplêndida realidade, 4 anos após sua fundação, a Academia Brasileira de Medicina Militar. É ela, sem dúvida, um marco impercível na vida da medicina nacional e traduz a força expansiva da intelectualidade dos que a integram.

Talvez tivesse havido críticas à criação desse sodalício, homólogo da Academia Nacional de Medicina, mas quem assim pensou não compreende o que seja espírito de cooperação, nem adivinha o que pode a alma do idealista. Graças, pois, aos que, com clarividência, o difícil tornaram fácil, proporcionando o melhor meio de compreensão entre dois ramos de larga aplicação — a medicina das coletividades civis e a das coletividades militares.

A coletividade militar, protegida pela medicina especializada, possui, agora, seu órgão representativo e coordenador ante todas as corporações científicas do mundo, porque a Academia Brasileira de Medicina Militar, como instituição, surgiu para fomentar e difundir a cultura e estimular os estudiosos. É um empreendimento que não sossobrará e que há de estabelecer a união entre os homens de ciência, contribuindo para estimular-lhes o amor às ciências e uma amizade fraternal.

Do exposto ressalta o seguinte corolário que é lição aos descrentes: o idealista é capaz de tudo que seja para o bem-tomum.

A nossa Academia é obra quase divina e os que a ela servem, sem ambição e sem vaidade, constroem vida eterna, tornando-se imortais.

Fundada pela elite do Serviço de Saúde do Exército, elite do saber e da inteligência, a Academia Brasileira de Medicina Militar teve, desde as suas primeiras horas, a adesão incondicional dos que integram os Serviços de Saúde da Armada e da Aeronáutica.

Em hora amarga para o mundo, a 8 de dezembro de 1941, dia de Nossa Senhora da Conceição, médicos e farmacêuticos militares, servidores de uma coletividade afeita à defesa da Pátria e da civilização ameaçadas, contritos, olhos voltados ao poder divino e à misericórdia daquela Mãe protetora, em torno de um chefe também cristão, reuniram-se e fundaram a Academia, que tem por princípio o aperfeiçoamento científico para o bem estar da humanidade.

E assim, cômico de seus deveres, erigiram um ambiente de paz e de segurança; de paz para a tranquilidade das discussões sensatas e benéficas, e de segurança prevendo e realizando medidas capazes de se contraporem às forças da destruição e do egoísmo.

A Academia coube a mobilização do pensamento científico em prol das necessidades brasileiras, dos homens em armas. É o que vem ela realizando com êxito.

Entidade puramente científica, normativa, sua existência se há concretizado, sobremodo, no impulso para a extratificação intelectual dos médicos e farmacêuticos militares.

Na lista de seus membros titulares, 50, sendo 45 médicos e 5 farmacêuticos, figuram os nomes mais ilustres da nossa medicina; entre os honorários, contam-se os mais eminentes vultos da ciência mundial; entre os correspondentes, inscreveram-se os profissionais mais abalisados.

E, para soldá-la à consciência médica nacional, trouxe para o seu seio as figuras prestigiosas dos dois últimos presidentes da secular Academia Nacional de Medicina, selando com essa homenagem tão dedicada e afetiva — complexo vigoroso e indestrutível — a experiência e os anseios da mocidade.

Pedras angulares de pesquisas, estudos básicos, senso e serenidade, dominam esses dois cenáculos máximos das atividades médicas do país. Nas férteis discussões que se travam em seus recintos, desenvolvem-se as atividades e o saber dos profissionais da medicina e farmácia brasileiras.

Ao efetuar-se o balanço das realizações dessa novel Academia, que nestes dias de angústia tem sido consultada sobre graves assuntos de medicina militar, é oportuno assinalar o apoio incondi-

cional que lhe deu o seu primeiro e atual presidente, reeleito para o ano social entrante, o Coronel Dr. Florêncio de Abreu, diretor do Hospital Central do Exército.

Entidade de classe, conjugando as mais lídimas figuras de medicina e farmácia dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Brasileiras num justo intercâmbio, incluiu no seu quadro expoentes da medicina civil, e, nesta harmonia de ideais, de diretrizes, de objetivos, tem encontrado a mais ampla recompensa: tornar-se, cada dia, idôneo órgão de consulta do Estado a que serve.

Nas suas constantes sessões ordinárias dos anos de 1942, 1943, 1944, temas dos mais palpitantes foram focalizados e conseguidos benefícios excelentes.

Os mais complexos assuntos de medicina militar são ali abordados, resolvidos alguns, recomendados a maior estudo outros, sempre na mesma atmosfera de elevação espiritual, científica e patriótica. As aturadas experiências dos que servem à medicina militar são externadas em plenário da Academia. As normas aí estabelecidas, ao se tornarem públicas, assinalam conquistas para a proteção do homem chamado às fileiras com penosas responsabilidades nesta hora. Ela funciona regularmente às segundas e quartas-feiras, de março a dezembro, e realiza sessões extraordinárias ou solenes quando necessário.

Trabalha sob a administração de uma diretoria anualmente eleita, passível de reeleição, como acaba de acontecer, constando de presidente, vice-presidente, 1.º e 2.º tesoureiros, orador, secretário geral, 1.º e 2.º secretários, bibliotecário; escolhe 3 redatores para o seu Boletim e possui presidentes para as seções de Medicina, Cirurgia, Especialidades Médicas e Farmácia, a 1.ª e a 2.ª com 13 membros, a 3.ª com 19 e a 4.ª com 5 membros.

Os transferidos para a reserva remunerada ingressam na categoria dos eméritos.

A 8 de dezembro de cada ano celebra sessão solene comemorativa de sua fundação e, além da ordem do dia, variada, faz-se a entrega do prêmio "ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR", medalha dourada.

Além das comunicações que lhe são levadas ou enviadas sobre as últimas conquistas da medicina, da cirurgia e da farmácia, das discussões de real interesse, mantém ainda, em ordem do dia, francos debates, momentosas questões.

Neste louvável esforço, para de mais a mais se elevar, ora atinge, sempre digna, o 3.º aniversário, cômica de algo ter produzido e de muito prometer realizar.

Estimulados por significativos prêmios, acorreram este ano inúmeros pesquisadores aos concursos científicos.

Ao prêmio anual a ser entregue em 8 de dezembro, data magna aniversária e de posse de sua nova diretoria, quase toda reeleita, a lãurea Academia Brasileira de Medicina Militar — medalha de ouro, a que nos referimos, concorreram cinco magníficos trabalhos, tendo sido escolhido, após estudo cuidadoso, o intitulado "QUEI-MADURAS DE GUERRA", que coube ao professor Luiz Geraldo da Rocha Azevedo, digna figura da Medicina de S. Paulo.

Os prêmios Generais João Severiano da Fonseca e Cesar Diogo, H. C. E. e L. Q. F. E., entregues naquela sessão constituem elementos demonstrativos das grandes finalidades da Academia, entregando, num ano, no 2.º de sua fundação, cinco prêmios de alto valor, incentiva pesquisadores como Marques Porto, Benjamin Gonsalves, Olyntho Pillar e Majella Bijos.

Ainda mais, a repercussão de seus trabalhos atravessou fronteiras. Eminent figura da medicina portenha instituiu, para ser conferido em 1944, o prêmio "General Dr. Severiano da Fonseca".

Nas honrarias conferidas a fulgurantes personalidades médicas americanas serviu a Academia de grande elemento propulsor da fraternidade de povos que se estimam e que se vincularam por altos cometimentos.

Eis, em rápidos bosquejos, a obra plena de sadio idealismo que se consubstancia em congregar para fraternizar, em estimar para produzir, em trabalhar para conseguir valores humanos dignos de uma pátria nobre a cujo serviço inteiramente se tem dedicado a medicina do Brasil. O registo de suas benéficas atividades encontra documentação nas atas que se seguem neste volume.

ATAS

PRIMEIRA SESSÃO PREPARATÓRIA

Aos oito dias do mês de dezembro de 1941, às nove e trinta horas, presentes os seguintes oficiais: General Dr. João Afonso de Sousa Ferreira, Coroneis Drs. Jesuino Carlos de Albuquerque e Florencio Carlos de Abreu Pereira, Tenente-Coronel Dr. Emanuel Marques Porto, Major Dr. Arnaldo Nunes Serqueira, Capitães Drs. Guilherme Machado Hautz e Carlos Paiva Gonçalves e Primeiro-Tenente Farmacêutico Gerardo Majella Bijos, constituíram-se em primeira sessão preparatória da Academia Brasileira de Medicina Militar, que se propuzeram a fundar. Assumindo a direção dos trabalhos aquêl official General declarou fundada nesta Capital a Academia Brasileira de Medicina Militar destinada a incentivar o estudo das ciências médico-farmacêuticas, particularmente aplicadas á coletividade militar. Para êsse fim aceitava para estudo o ante-projeto de estatutos elaborados pelos Drs. Emanuel Marques Porto, Carlos Paiva Gonçalves e farmacêutico Gerardo Majella Bijos. Amplamente discutido foi o mesmo, em seguida, aprovado em sua redação final. Para ratificação desta redação final convocou o Sr. General Dr. Sousa Ferreira nova reunião para o dia dezesseis, á qual comparecerão officiais do Serviço de Saúde da Armada. Nada mais havendo a tratar, lavrei esta ata que lida e achada conforme foi aprovada. Eu, Gerardo Majella Bijos, Primeiro-Tenente Farmacêutico servindo de secretário assino. (a) General J. A. de Sousa Ferreira — Dr. Florencio de Abreu — Dr. Paiva Gonçalves e Gerardo Majella Bijos.

SEGUNDA SESSÃO PREPARATÓRIA

Aos dezesseis dias do mês de dezembro de mil novecentos e quarenta e um, às nove e trinta horas, no Salão nobre da Diretoria de Saúde do Exército, presentes os seguintes officiais: General Doutor João Afonso de Sousa Ferreira, Coroneis Drs. Jesuino Carlos de Albuquerque e Florencio Carlos de Abreu Pereira, Tenente-Coronel Dr. Emanuel Marques Porto, Capitães de Fragata Drs. Erasmo José da Cunha Lima e Heraldo Maciel, Major Dr. Arnaldo Nunes de Serqueira, Capitães Drs. Guilherme Machado Hautz e Carlos Paiva Gonçalves e Primeiro-Tenente Farmacêutico Gerardo Majella Bijos, sob a Presidência daquêl Official General, teve lugar a segunda sessão pre-

paratória da Academia Brasileira de Medicina Militar. Por determinação do Sr. General Presidente, o Farmacêutico Gerardo Majella Bijos, servindo de secretário, efetuou a leitura da redação final dos Estatutos da Academia Brasileira de Medicina Militar, artigo por artigo, sendo, após discussão, aprovada por unanimidade de votos, a seguinte redação: **ESTATUTO DA ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR** — Capítulo I — De sua organização, fins e disposições preliminares. Art. 1.º A Academia Brasileira de Medicina Militar, fundada aos oito dias do mês de dezembro de 1941, por um grupo de médicos e farmacêuticos militares, possuidores dos requisitos previstos nestes Estatutos, tem por sede a Capital da República dos Estados Unidos do Brasil, sendo seus principais objetivos: a) — incentivar o estudo das ciências médicas em seus múltiplos aspectos, especialmente em suas aplicações às coletividades militares; b) — cooperar com os poderes governamentais, como órgão técnico de medicina militar, em tudo que estiver relacionado com a profissão e o interesse público. Artigo 2.º — A Academia Brasileira de Medicina Militar manterá uma publicação: o "Boletim da Academia Brasileira de Medicina Militar", que difundirá, na íntegra, memórias e demais trabalhos relativos às suas atividades. Artigo 3.º — A Academia Brasileira de Medicina Militar terá a seguinte organização: a) — 45 membros titulares, dos quais 35 médicos e 5 farmacêuticos das Forças Armadas Nacionais da ativa e os outros 5 das Forças Auxiliares ou da reserva da 2.ª classe da 1.ª e 2.ª linhas ou ainda figuras proeminentes da medicina brasileira; b) — membros eméritos; c) — membros correspondentes nacionais; d) membros honorários nacionais em número de 45; e) — membros honorários estrangeiros; f) — membros correspondentes estrangeiros. Artigo 4.º — Sua Diretoria ficará assim constituída: 1 presidente, 1 vice-presidente, 1 secretário geral, 1 primeiro secretário, 1 segundo secretário, 1 primeiro tesoureiro, 1 segundo tesoureiro, 1 bibliotecário, 1 orador. § 1.º — Serão presidentes de honra os oficiais-generais diretores efetivos dos Serviços de Saúde do Exército, da Marinha, e das Forças Aereas Nacionais, os quais, para todos os efeitos, terão os direitos de membros titulares. § 2.º — Serão organizadas comissões especiais e permanentes de: a) — medicina, com 12 membros titulares; b) — cirurgia, com 12 membros titulares; c) — especialidades médicas, com 16 membros titulares; d) — farmácia, com 5 membros titulares. § 3.º — Cada comissão terá um presidente e um secretário, eleitos anualmente, em escrutínio secreto, pela própria comissão. Capítulo II — Da Admissão, Transferência de Categorias e Eliminação dos Membros. Artigo 5.º — A admissão dos membros titulares terá que satisfazer os seguintes requisitos: a) — ser oficial médico ou farmacêutico das Forças Armadas Federais da ativa ou estar compreendido no enunciado do art. 3.º, alínea "a"; b) — possuir, no mínimo, 15 anos de diplomado; c) — apresentar ao presidente: 1.º — requerimento de inscrição, no qual mencionará títulos, serviços públicos, trabalhos referente à sua atividade profissional; 2.º — memória inédita sobre medicina ou farmácia de assunto atinente à secção onde houver vaga; d) — contribuir com a quantia de duzentos mil reis (200\$000) e indenizar as despesas resultantes da confecção e expedição de diploma e distintivo. § único — Na admissão de membros titulares será dada preferência ao correspondente nacional; em igualdade de condições e no caso de empate o favorecido será o mais idoso. Art. 6.º — As fi-

guras proeminentes da medicina brasileira referida na letra "a" do art. 3.º serão escolhidos em assembléa geral. § único — Tal admissão se efetivará por sufrágio mínimo de 25 votos. Art. 7.º — A admissão dos membros titulares, após a satisfação dos requisitos exigidos no art. 5.º, far-se-á depois do parecer de uma comissão de 3 membros e sua aprovação pela assembléa geral. Art. 8.º — Os membros titulares e correspondentes nacionais terão um ano de prazo para tomar posse. § 1.º — Este prazo poderá ser dilatado a juízo da diretoria. § 2.º — A posse não sendo efetivada dentro do prazo previsto será declarado vago o respectivo lugar. § 3.º — O membro titular, uma vez empossado, por motivo algum poderá resignar ou pedir dispensa de seu título. Art. 9.º — Serão incluídos, automaticamente, na classe dos membros eméritos: 1) — os membros titulares transferidos para a reserva; 2) — os presidentes de honra transferidos para a mesma reserva; 3) os membros titulares previstos no artigo 6.º, após 5 anos de posse de sua cadeira. Art. 10.º — O membro correspondente nacional, médico ou farmacêutico, definido no enunciado do art. 3.º, alínea "c", deverá preencher os seguintes requisitos: a) — ter mais de 15 anos de diplomado; b) contribuir com a joia de 100\$000. § único — O membro correspondente nacional transferido de residência para a sede da Academia, poderá ou não resignar seu título, deixando, no entanto, vaga regional. Art. 11.º — O título de membro honorário será transferido ao médico ou farmacêutico, nacional ou estrangeiro, civil ou militar de pública e notória reputação científica. § único — O preceituado neste artigo aplica-se ao membro correspondente estrangeiro. Art. 12.º — A vaga que se verificar nas classes de membros honorários e correspondentes será preenchida por proposta de 5 titulares, dentro de 60 dias úteis, a contar da declaração da vaga, ressalvado o período de férias. Art. 13.º — Serão tacitamente eliminados da Academia, de qualquer das classes, os membros que por sentença passada em julgado tiverem sido condenados por tribunal brasileiro ou estrangeiro, por crime infamante. Capítulo III — Da Competência das Pessoas Associativas ou Jurídicas — Art. 14.º — A personalidade jurídica recai na Diretoria. Art. 15.º — As funções dos membros da diretoria e das comissões serão reguladas pelo Regimento Interno. Capítulo IV — Das Sessões, votações e eleições — Art. 16.º — As sessões da Academia Brasileira de Medicina Militar serão: a) — Solenes; b) — ordinárias; c) — assembléas gerais. Art. 17.º — Os cargos da diretoria só serão preenchidos por membros titulares, a quem é privativo o direito de voto. Art. 18.º — As votações serão sempre por escrutínio secreto. Art. 19.º — Todos os cargos da diretoria serão, anualmente, providos por eleição. § 1.º — É permitida a reeleição. § 2.º — A eleição de que trata o presente artigo será realizada em assembléa geral, 30 dias antes da sessão comemorativa de aniversário. § 3.º — A posse verificar-se-á em sessão solene, na data aniversário da fundação da Academia. § 4.º — As vagas verificadas na Diretoria, antes de terminado seu mandato, serão preenchidas dentro de 60 dias, em eleição processada em assembléa geral especialmente convocada. Capítulo V — Do patrimônio, receita, despesa e prêmios — Art. 20.º — O patrimônio social será constituído: a) — pelos móveis e imóveis, títulos de renda e outros quaisquer valores que possuir ou vier a possuir; b) — doações e legados. Art. 21.º — Serão inalienáveis todos os títulos doados com esta especificação. Art. 22.º — O patrimônio social, quando em espécie, deverá ser em-

pregado, de preferência, em apólices nominativas. § único — A porção disponível em espécie não deverá ultrapassar um conto de reis e será depositada na Caixa Econômica Federal. Art. 23.º — Constitue receita da Academia: a) — subvenções oficiais ou particulares; b) — contribuições e dadas dos acadêmicos; c) — eventuais. Art. 24.º — Compreende-se como despesa: a) — vencimentos e gratificações; b) — expediente; c) — prêmios; d) — eventuais. Art. 25.º — Será instituído o prêmio "ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR", destinada a galardoar trabalhos científicos. § único — Os acadêmicos titulares não poderão concorrer a este prêmio. Capítulo VI — Disposições gerais transitórias — Art. 26.º — A Academia Brasileira de Medicina Militar é fundada pelos médicos e farmacêuticos que assinam estes Estatutos, todos possuidores de um ou mais requisitos que se seguem: a) — título universitário; b) — Membro da Academia Nacional de Medicina e Farmácia; c) — pertencer ou ter pertencido ao quadro docente dos cursos superiores das Escola de Saúde e do Estado Maior, Faculdade ou Institutos de Ensino Superior; d) ser diplomado há mais de 15 anos. Art. 27.º — Aos membros fundadores compete a eleição da primeira diretoria e escolha das comissões previstas no art. 4.º e seus parágrafos. Art. 28.º — Aos membros fundadores é facultada a escolha inicial dos membros honorários e correspondentes nacionais e estrangeiros, bem como os previstos no art. 3.º, alínea "a". Artigo 29.º — Ficam aprovados os distintivos para uso dos acadêmicos. § único — A medalha simbólica e o colar são privativos dos membros titulares ou eméritos. Art. 30.º — A primeira diretoria eleita regerá os destinos da Academia por 2 anos, assinará estes Estatutos e providenciará seu registro na forma da lei. Art. 31.º — Haverá um Regimento Interno elaborado pela Diretoria, dentro de 60 dias. § único — Neste período os atos da diretoria têm força de assembleia. Art. 32.º — A Academia terá duração ilimitada. Art. 33.º — O primeiro número do "Boletim" publicará os Estatutos, o Regimento Interno, a relação completa dos acadêmicos, seus patronos e sua bibliografia. § único — Para a sua confecção a secretaria tomará todas as providências junto à comissão de Anais. Art. 34.º — As cadeiras dos membros titulares serão numeradas e terão patronos escolhidos entre os vultos da medicina e farmácia, civis ou militares, falecidos, e que deixaram relevante nome. Art. 35.º — Os presentes Estatutos não poderão ser reformados antes de 5 anos. Art. 36.º — Os presentes Estatutos entram imediatamente em vigor. (aa): General Dr. João Afonso de Sousa Ferreira; Coronel Dr. Florencio de Abreu; Coronel Dr. Jesuino Carlos de Albuquerque; Tenente-Coronel Dr. Emanuel Marques Porto; Capitão de Fragata Dr. Erasmo Lima; Capitão de Fragata Dr. Heraldo Maciel; Major Dr. Arnaldo Nunes de Serqueira; Capitão Dr. Guilherme Machado Hautz; Capitão Dr. Carlos Paiva Gonçalves; Primeiro-Tenente Farm. Gerardo Majella Bijos. Em seguida, em face do que preceituam os enunciados dos artigos 3.º e seus itens, 26.º e 28.º dos Estatutos cuja redação final foi aprovada, em eleição, por escrutínio secreto, foram escolhidos para integrarem o quadro de membros titulares os seguintes médicos e farmacêuticos: 1 — Major Dr. Jaime Vitalonga; 2 — Major Doutor Artur Luiz Augusto de Alcantara; 3 — Major Dr. Ismar Tavares Mutel; 4 — Ten. Cel. Dr. Humberto Martins de Melo; 5 — Tenente Cel. Dr. Alcides Romeiro da Rosa; 6 — Cap. Dr. José Monteiro Sampaio; 7 — 1.º Ten. Farm. Humberto Monteiro Meireles; 8 — 1.º Te-

nente Farm. Gerardo Majella Bijos; 9 — Major Dr. Jaime de Azevedo Vilas Boas; 10 — Prof. Juvenil da Rocha Vaz; 11 — Cap. de Fragata Dr. Geraldo Pires de Amorim; 12 — Cel. Dr. Jesuino Carlos de Albuquerque; 13 — Prof. Dr. Clementino da Rocha Fraga Junior; 14 — Cap. Dr. Osvaldo Monteiro; 15 — Major Dr. Azais de Freitas Duarte; 16 — Cap. Dr. Gabriel Duarte Ribeiro; 17 — Ten. Cel. Doutor Francisco Rodrigues de Oliveira; 18 — Cap. Dr. Generoso de Oliveira Ponce; 19 — Prof. Dr. Julio Alranio Peixoto; 20 — Professor Dr. Carlos da Rocha Fernandes; 21 — Cap. de Corv. Dr. Armando Pinto Fernandes; 22 — Cap. Dr. Otavio José Amaral; 23 — Cap. Doutor Guilherme Machado Hautz; 24 — Cap. Dr. Ernestino Gomes de Oliveira; 25 — Ten. Cel. Dr. Alfredo Issler Vieira; 26 — Cap. de Corveta Dr. Nelson Barros de Vasconcelos; 27 — Ten. Cel. Dr. Emanuel Marques Porto; 28 — Cap. de Frag. Dr. Erasmo José da Cunha Lima; 29 — Ten. Cel. Dr. Aridio Fernandes Martins; 30 — Ca. Doutor Carlos Paiva Gonçalves; 31 — Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão; 32 — 1.º Ten. Farm. Olyntho Luna Freire do Pillar; 33 — Cap. de Frag. Dr. Luiz Cordeiro Alves Braga; 34 — Major Dr. Benjamin Gonçalves; 35 — Ten. Cel. Dr. Gilberto José Fontes Peixoto; 36 — Capitão Frag. Dr. Heraldo Maciel; 37 — Major Dr. Arnaldo Nunes de Serqueira; 38 — Ten. Cel. Dr. Angelo Godinho dos Santos; 39 — Cel. Dr. Florêncio Carlos de Abreu Pereira; 40 — Major Augusto Marques Torres; 41 — Cap. Farm. Rodolfo Pereira dos Santos; 42 — Major Dr. Achilles Paulo Gallotti; 43 — Major Dr. José de Azevedo Camara; 44 — Professor Dr. Francisco Castro Araujo e 45 — Ten. Cel. Farmacêutico Manuel Vieira da Fonseca Junior, do Exército, da Marinha e da Aeronáutica. Em seguida foram escolhidos os seguintes membros correspondentes: 1 — Cel. Dr. Oscar de Carvalho; 2 — Cel. Doutor Augusto Haddock Lobo; 3 — Ten. Cel. Dr. Henrique Ferreira Chaves; 4 — Ten. Cel. Dr. José Vieira Peixoto; 5 — Ten. Cel. Doutor Herbert Maia Vasconcelos; 6 — Major Dr. Bonifácio Antonio Borba; 7 — Cap. Dr. Luiz Felipe de Alencastro; 8 — Cap. Dr. Aníbal Olimpio Medina de Azevedo. Antes de encerrar a sessão, determinou o sr. General Presidente que se expedissem aos membros titulares recem escolhidos as devidas comunicações e se convocasse para o dia 29, às 17 horas, neste mesmo local, uma assembleia geral com a seguinte ordem do dia: a) leitura das atas anteriores, suas discussões e votações; b) posse dos membros titulares; c) eleição da primeira diretoria e outros assuntos. Nada mais havendo a tratar, lavrei esta ata, que lida e achada conforme, foi aprovada. Eu, Gerardo Majella Bijos, 1.º Tenente Farmacêutico, servindo de secretário a assino. (aa): Gen. J. A. de Sousa Ferreira, Cel. Dr. Florencio de Abreu, Cap. Doutor Paiva Gonçalves, 1.º Ten. Gerardo Majella Bijos.

1.ª ASSEMBLEIA GERAL

Aos vinte e nove dias do mês de dezembro de 1944, sob a presidência do Exmo. Sr. General Dr. João Afonso de Sousa Ferreira, no Salão Nobre da Diretoria de Saúde do Exército, reuniu-se, em primeira assembleia geral, a Academia Brasileira de Medicina Militar. Serviram de secretários os acadêmicos Dr. Carlos Paiva Gonçalves e farmacêutico Gerardo Majella Bijos. Este procedeu, de ordem do Sr. Presidente, a leitura, uma de cada vez, das atas anteriores, sendo

todas elas aprovadas unanimemente pelos presentes. Em seguida, o Sr. General Presidente declarou empossados, como membros titulares, por ordem numérica de suas cadeiras: 1 — Major Dr. Jaime Vilalonga; 2 — Major Dr. Artur Luiz Augusto de Alcantara; 3 — Major Dr. Ismar Tavares Mutel; 4 — Ten. Cel. Dr. Humberto Martins de Melo; 5 — Ten. Cel. Dr. Alcides Romeiro da Rosa; 6 — Capitão Dr. José Monteiro Sampaio; 7 — 1.º Tenente-Farmacêutico Humberto Monteiro Meireles; 8 — 1.º Ten. Farm. Gerardo Majella Bijos; 9 — Ten. Cel. Dr. Jaime de Azevedo Vilas Bôas; 10 — Prof. Dr. Juvenil da Rocha Vaz; 11 — Cap. de Fragata Dr. Geraldo Augusto Pires de Amorim; 12 — Cel. Dr. Jesuino Carlos de Albuquerque; 13 — Prof. Dr. Clementino da Rocha Fraga Junior; 14 — Cap. Dr. Osvaldo Monteiro; 15 — Major Dr. Azais de Freitas Duarte; 16 — Cap. Doutor Gabriel Duarte Ribeiro; 17 — Ten. Cel. Dr. Francisco Rodrigues de Oliveira; 18 — Cap. Dr. Generoso de Oliveira Ponce; 19 — Professor Dr. Julio Afranio Peixoto; 20 — Prof. Dr. Carlos da Rocha Fernandes; 21 — Cap. de Corv. Dr. Armando Pinto Fernandes; 22 — Cap. Dr. Otavio José do Amaral; 23 — Cap. Dr. Guilherme Machado Hautz; 24 — Cap. Dr. Ernestino Gomes de Oliveira; 25 — Ten. Coronel Dr. Alfredo Issler Vieira; 26 — Cap. de Corv. Dr. Nelson Barros de Vasconcelos; 27 — Ten. Cel. Dr. Emanuel Marques Porto; 28 Capitão Dr. Erasmo José da Cunha Lima; 29 — Ten. Cel. Doutor Aridio Fernandes Martins; 30 — Cap. Dr. Carlos Paiva Gonçalves; 31 — Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão; 32 — 1.º Ten. Farm. Olyntho Luna Freire do Pillar; 33 — Cap. de Frag. Dr. Luiz Cordeiro Alves Braga; 34 — Major Dr. Benjamin Gonsalves; 35 — Ten. Cel. Doutor Gilberto José Fontes Peixoto; 36 — Cap. de Frag. Heraldo Maciel; 37 — Major Dr. Arnaldo Nunes Serqueira; 38 — Ten. Cel. Dr. Angelo Godinho dos Santos; 39 — Cel. Dr. Florencio Carlos de Abreu Pereira; 40 — Major Dr. Augusto Marques Torres; 41 — Cap. Farm. Rodolfo Pereira dos Santos; 42 — Major Dr. Achilles Paulo Galloti; 43 — Major Dr. José de Azevedo Camara; 44 — Prof. Dr. Francisco Castro Araujo; 45 — Ten. Cel. Farm. Manuel Vieira da Fonseca Junior. Os membros civis, titulares, serão oportunamente empossados. Havendo trinta e tres (33) membros titulares presentes, determinou o sr. Presidente que se procedesse a eleição da primeira diretoria, cujo mandato de dois anos terminará a 29 de dezembro de 1943. Para escrutinações são nomeados os acadêmicos Heraldo Maciel e Emanuel Marques Porto. Procedida a votação, por escrutínio secreto, verificou-se o seguinte resultado: para Presidente: Cel. Doutor Florencio de Abreu, trinta e dois votos; Cel. Dr. Jesuino de Albuquerque, um voto; para Vice-Presidente: Ten. Cel. Dr. Emanuel Marques Porto, trinta e dois votos; Cel. Dr. Jesuino Carlos de Albuquerque, um voto; para Secretário Geral: Cap. Dr. Carlos Paiva Gonçalves, trinta e dois votos; Ten. Cel. Dr. Aridio Fernandes Martins, um voto para primeiro Secretário: Major Dr. Achilles Paulo Galloti, 32 votos; Major Dr. José de Azevedo Camara, um voto; para segundo Secretário: 1.º Tenente Farmacêutico Gerardo Majella Bijos, 32 votos; 1.º Ten. Farm. Humberto Monteiro Meireles, um voto; para Bibliotecário: Major Dr. Augusto Marques Torres, 32 votos; Cap. Dr. Generoso de Oliveira Ponce, um voto; para primeiro Tesoureiro: Cap. de Frag. Dr. Erasmo José da Cunha Lima, 32 votos; Cap. de Frag. Dr. Luiz Cordeiro Alves Braga, um voto; para segundo Tesoureiro: Cap. Dr. Guilherme Machado Hautz, trinta e dois votos; Capi-

tão Dr. Francisco Corrêa Leitão, um voto; para orador: Major Doutor Arnaldo Nunes Serqueira, 32 votos; Ten. Cel. Dr. Aridio Fernandes Martins, um voto; para comissão de Boletim: Cap. de Fragata nente Farm. Olyntho Luna Freire do Pillar, trinta e dois votos cada Dr. Heraldo Maciel, Ten. Cel. Dr. Alcides Romeiro da Rosa, 1.º Ten. Cel. Dr. Gilberto José Fontes Peixoto, Cap. de Frag. Doutor Geraldo Augusto Pires de Amorim e Cap. Farm. Rodolfo Pereira dos Santos, um voto cada um. Pelo Sr. Presidente General Dr. Sousa Ferreira, a vista dos resultados acima, é declarada eleita e empossada a seguinte Diretoria para o biênio de 1941 a 1943; Presidente: Coronel Dr. Florencio Carlos de Abreu Pereira; Vice-Presidente: Tenente Cel. Dr. Emanuel Marques Porto; Secretário Geral: Cap. Dr. Carlos Paiva Gonçalves; 1.º Secretário: Major Dr. Achilles Paulo Galloti; 2.º Secretário: 1.º Ten. Farm. Gerardo Majella Bijos; Bibliotecário: Major Dr. Augusto Marques Torres; 1.º Tesoureiro: Cap. de Fragata Dr. Erasmo José da Cunha Lima; 2.º Tesoureiro: Cap. Dr. Guilherme Machado Hautz; Orador: Major Dr. Arnaldo Nunes Serqueira; Comissão de Boletim: Cap. de Frag. Dr. Heraldo Maciel; Ten. Coronel Dr. Alcides Romeiro da Rosa e 1.º Ten. Farm. Olyntho Luna Freire do Pillar. Assume a Presidência o Cel. Dr. Florencio de Abreu, que, agradecendo a sua eleição e a de seus companheiros, participa ser primeiro ato da Diretoria, de acordo com dispositivos estatutários, o de conferir ao Exmo. Sr. General Dr. João Afonso de Sousa Ferreira o título de Presidente de Honra, a quem passa, novamente, a Presidência. Este agradece e declara livre a palavra. Dela faz uso o acadêmico Dr. Aridio Fernandes Martins, para enaltecer a obra do General Dr. Sousa Ferreira, para quem pede um voto de louvor e congratulação, aceito por expressiva salva de palmas. Em seguida, é convocada uma sessão de Diretoria para o dia 3 de janeiro. Nada mais havendo a tratar, lavrei esta ata que, lida e achada conforme, foi aprovada. Eu, Gerardo Majella Bijos, 2.º Secretário, assino. (aa): Gen. J. A. de Sousa Ferreira; Cel. Dr. Florencio de Abreu; Cap. Doutor Paiva Gonçalves e Gerardo Majella Bijos.

1.ª REUNIÃO DA 1.ª DIRETORIA

Aos três dias do mês de janeiro de 1942, sob a presidência do Cel. Dr. Florencio de Abreu e secretaria dos caps. Dr. Paiva Gonçalves e 1.º Ten. Farm. Majella Bijos, reuniu-se, em primeira sessão, a 1.ª Diretoria da Academia Brasileira de Medicina Militar. Presentes todos os diretores e membros da comissão de Boletim. Após a leitura do expediente, constante de correspondência recebida e expedida, passou-se á ordem do dia. São, pelo sr. Presidente, declarados empossados os acadêmicos: Ismar Tavares Mutel, Jayme de Azevedo Vilas Bôas, Azais de Freitas Duarte, Francisco Rodrigues de Oliveira, Ernestino Gomes de Oliveira e Alfredo Issler Vieira. Propõe o acadêmico Majella Bijos que se considerasse empossado o acadêmico Dr. Humberto Martins de Melo, ausente, a serviço do Brasil. Esta proposta é aceita por unanimidade de votos. Depois de debatidos vários assuntos, foi deliberado o seguinte: a) proceder-se á cobrança da quota em parcelas de 50,00 mensais, imediatamente; b) designar os acadêmicos Marques Torres, Olyntho Pillar e Majella Bijos para, em comissão, elaborarem o ante-projeto e regimento interno, no mais

curto prazo possível; e) designar os académicos Marques Porto, Erasmo de Lima e Majella Bijos para, em comissão, organizarem a lista de patronos e a composição das cadeiras; d) designar os académicos Romeiro da Rosa, Paiva Gonçalves e Majella Bijos para estudarem as possibilidades da confecção do diploma, de medalha, da passadeira, fita e do botão de lapela; e) designar os membros da comissão de Boleim para redigirem a bibliografia dos académicos; f) recomendar à comissão do regimento interno a distribuição numérica das cadeiras pelos S. S. das forças armadas; g) efetuar a instalação solene da Academia sob programa organizado pelo Presidente; h) autorizar a impressão do que for necessário. Nada mais havendo a tratar, o sr. Presidente agradece a presença dos diretores e encerra a reunião, tendo eu, 2.^a Secretário, Gerardo Majella Bijos, lavrado a presente ata, que assino.

2.^a REUNIÃO DA 1.^a DIRETORIA

Aos catorze dias do mês de fevereiro de 1942, no Hospital Central do Exército, sob a presidência do académico Florencio de Abreu e secretariado académico Majella Bijos, reuniu-se, em 2.^a sessão, a 1.^a Diretoria da Academia Brasileira de Medicina Militar. Ausente o académico Arnaldo Nunes Serqueira, fora da guarnição. Após a leitura do expediente constante de correspondência recebida e expedida, procedeu-se a leitura da ata anterior, que foi aprovada sem restrições. Livre a palavra, o académico Marques Torres entrega a redação do Regimento Interno. Este é lido, artigo por artigo, sendo, finalmente, aprovada sua redação final. Pelo académico Marques Porto é lida a relação nominal e numérica das cadeiras, patronos e titulares. Após discussão, é aprovada a redação final, que se arquiva. Em seguida, o académico Majella Bijos apresenta os modelos de fita, diploma e medalha, os quais são aprovados e mandados confectionar. O Sr. Presidente agradece às comissões os trabalhos realizados e apresenta o programa que organizou para a sessão solene. Por fim, os académicos Emanuel Marques Porto, Carlos Paiva Gonçalves e Gerardo Majella Bijos, apoiados em disposição estatutária que declara com direitos de assembleia a atual diretoria, propoe sejam eidos membros correspondentes nacionais os médicos e professores Drs. Mesquita Sampaio, Rubião Meira, Penido Burnier, Benedito Montenegro e Ciro de Rezende e farmacêuticos professores José Malhado Filho, Carlos Henrique Liberalli e Professor Farm. Quintino Mingôja. Estas propostas foram aprovadas unanimemente. Em segunda assinação pelos mesmos académicos, foi lida e aprovada, depois de amplamente discutida, a proposta para membro correspondente nacional do Professor Dr. Luiz de Barros Lima. Nada mais havendo a tratar lavrei e assino a presente ata na qualidade de 2.^o secretário — *Gerardo Majella Bijos*.

1.^a SESSÃO SOLENE DE INSTALAÇÃO

Aos 22 dias do mês de maio de 1942, no Edifício do antigo Conselho Municipal, sob a presidência do académico Florencio de Abreu e secretaria dos Acadêmicos Paiva Gonçalves e Majella Bijos, reuniu-se, em assembleia geral extraordinária e solene a Academia Brasileira de Medicina Militar. A mesa foi constituída, ainda, dos Exmos. Srs.

General de Divisão Eurico Gaspar Dutra, Ministro da Guerra, do representante de S. Excia. o sr. Presidente da República, dos Exmos. Srs. Generais Dr. João Alonzo de Sousa Ferreira, presidente de Honra da Academia e Diretor de Saúde do Exército, Rmô Queues, Ammirante Dr. Heracito Sampaio, Diretor de Saúde Naval e Presidente de Honra da Academia, representantes de ministros de Estado, ministro Arnaldo de Paiva, Professor Dr. Aloisio de Castro, Presidente da Academia Nacional de Medicina e Professor Osvaldo Costa, Presidente da Academia Nacional de Farmácia. Ante numerosas e serena assistência, delegações de entidades científicas, médicas e farmaceuticas, da Capital e dos Estados, pronunciou o académico Florencio de Abreu o discurso de instalação da Academia. Em seguida, o 2.^o secretário, académico Majella Bijos, procedeu a leitura das cadeiras e nomeação dos patronos e titulares e realizou a chamada dos académicos. Em seguida, o sr. Presidente nomeia os académicos Romeiro da Rosa, Nelson de Vasconcelos e Osvaldo Monteiro para introduzirem, um de cada vez, os professores Carlos da Rocha Fernandes, Clementino Fraga, Juvenil da Rocha Vaz e Francisco de Castro Araújo, o que fizeram. Após a imposição da medalha simbólica em cada recipiendário, pronunciou o sr. Presidente palavras de saustação, ouvindo-se no recinto calorosas palmas. O discurso da pragmática, de recepção aos novos titulares, e proferido pelo académico Paiva Gonçalves. O agradecimento é feito pelo académico Clementino Fraga. Todos os discursos serão transcritos no Boleim encerrando esta magna sessão, o sr. Presidente, académico Florencio de Abreu, agradece a presença das altas autoridades e convidados. Nada mais havendo a tratar, lavrei a presente ata, que assino, Gerardo Majella Bijos, 2.^o secretário.

2.^a ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA E 1.^a SESSÃO ORDINÁRIA DE 1942

Aos vinte e nove dias do mês de julho de 1942, no Silogeu Brasileiro, as 20 horas, sob a presidência do académico Florencio de Abreu e secretaria dos académicos Paiva Gonçalves e Majella Bijos, reuniu-se em assembleia geral extraordinária a Academia Brasileira de Medicina Militar especialmente convocada para a eleição de cargos vagos na diretoria. Não havendo numero legal, o sr. Presidente suspendeu a sessão por cinco minutos. Reaberta, em caráter de sessão ordinária, procedeu-se a leitura do expediente. No expediente, o académico Arnaldo Martins consulta a casa sobre a vacância de sua cadeira. O Sr. Presidente declarar vaga a cadeira n.^o 28, patrono Dr. Sousa Lima, e proclama membro emerito, a partir do final da sessão, o académico Arnaldo Martins, determina, a seguir, a expedição dos editais da vacância. Para constarem da ordem do dia inscreveram-se os académicos Humberto Martins de Melo, Quintino Mingôja, Heraldo Maciel, Armando Pinto Fernandes e Majella Bijos. O académico Heraldo Maciel pede a palavra para apreciar o trabalho do académico Gerardo Majella Bijos na fundação, constituição e desenvolvimento da Academia, terminando por pedir seja inserto na ata dos trabalhos desta sessão um voto de louvor ao referido académico. Submetida a proposta à discussão e votação e a mesma aprovada sem discussão e por unanimidade de votos, exceção do 2.^o secretário. O académico Paiva Gonçalves comunica à casa o movimento da secretaria e participa que, no dia seguinte, às 20,30 horas, no mesmo local, o sr. Presidente Flo-

rencia de Abreu tomará posse de membro honorário da Academia Nacional de Medicina, razão por que convida os srs. acadêmicos para assistirem ao referido ato. Os srs. Majella Bijos e Florencio de Abreu agradecem. Em seguida, o sr. Presidente convoca uma assembleia geral extraordinária para o dia 12, às 20 horas, que deliberará com qualquer número, e uma sessão ordinária, a seguir, com a ordem do dia: "Organização do Serviço de Saúde do Exército Norte Americano", pelo acadêmico Humberto Martins de Melo; "Problemas atuais sobre os medicamentos antimaláricos", pelo membro correspondente Prof. Quintino Mingojá; "A Medicina legal no Exército", pelo membro emérito Arido Martins; "Orquite urliana e sífilis", pelo acadêmico Heraldo Maciel; "A Sífilis na Marinha Brasileira", Dr. Geraldo Augusto Pires de Amorim; "Pesquisas de Laboratório no Exército", pelo acadêmico Majella Bijos. Nada mais havendo a tratar, é encerrada a sessão, tendo eu lavrado a presente ata que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário.

3.ª ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA 2.ª SESSÃO ORDINÁRIA DE 1942

Aos 12 dias do mês de agosto de 1942, às 20 horas, no Silogeu Brasileiro, havendo número legal e no impedimento ocasional do presidente e vice-presidente, assumiu a direção dos trabalhos o acadêmico Carlos Paiva Gonçalves, secretariado pelos acadêmicos Achilles Paulo Galloti e Gerardo Majella Bijos, respectivamente, secretário geral, 1.º e 2.º secretários. Lida a ata da sessão anterior, foi a mesma, sem discussão, aprovada. Declara o acadêmico Paiva Gonçalves, na presidência da 3.ª assembleia geral extraordinária, que de acordo com a convocação, ia proceder-se a eleição de cargos vagos na Diretoria, decorrentes das renúncias dos acadêmicos Augusto Marques Torres, Erasmo de Lima e Arnaldo Nunes Serqueira, respectivamente, bibliotecário, 1.º Tesoureiro e orador. Procedida a chamada e verificada a eleição por escrutínio secreto, verificou-se o seguinte resultado: para orador: acadêmico Augusto Marques Torres — onze votos e acadêmico José Monteiro Sampaio — um voto; para 1.º tesoureiro: acadêmico Azais de Freitas Duarte — onze votos e acadêmico Francisco Correa Lenta — um voto; para bibliotecário: acadêmico Erasmo de Lima — doze votos. Serviram de escrutinadores os acadêmicos Arido Martins e Armando Pinto Fernandes. Em face do resultado foram proclamados eleitos e empossados os acadêmicos Augusto Marques Torres, Erasmo de Lima e Azais de Freitas Duarte, respectivamente, orador, bibliotecário e 1.º tesoureiro. Nesse momento, chega ao recinto o Exmo. Sr. General Dr. Sousa Ferreira, Presidente de Honra da Academia, que assume, a seguir, a presidência da 2.ª sessão ordinária, congratulando-se antes com a casa pelo resultado do pleito que se ferira pouco antes. Concede a palavra ao acadêmico Humberto Martins de Melo que declina de falar em primeiro lugar, homenageando, dessarte, o acadêmico Quintino Mingojá. Este proferiu sua anunciada conferência sobre o tema: "Sucedaneos da quinina no tratamento da malária". Finda essa interessante palestra, ocupa, então, a tribuna o acadêmico Humberto Martins de Melo, que aborda o tema: "Impressões do Serviço de Saúde do Exército Norte-Americano". Após referir-se elogiosamente aos conferencistas declara o Exmo. Sr. General Presidente encerrada a sessão, convocando outra para o dia 25-8-42,

às 20,30, no mesmo local, com a ordem do dia constante da ata anterior. Nada mais havendo a tratar lavrei a presente ata, que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário.

3.ª SESSÃO ORDINÁRIA DE 1942

Aos 26 dias do mês de agosto de 1942, às 20,30 horas, no Silogeu Brasileiro, sob a Presidência do acadêmico Dr. Florencio de Abreu e secretaria dos acadêmicos Achilles Galloti e Majella Bijos, a Academia Brasileira de Medicina Militar reuniu-se em sua 3.ª sessão ordinária. Lida a ata da sessão anterior, foi a mesma, sem discussão, aprovada. Na ordem do dia ocupou a tribuna o acadêmico Arido Fernandes Martins sobre o tema: "A medicina legal no Exército". Em seguida, foi sua comunicação comentada pelo acadêmico Jaime Vilalonga e pelo sr. Presidente que convidou o orador a visitar as obras do Pavilhão destinado ao Serviço Médico Legal do H. C. E.. Na ordem do dia usou a palavra o acadêmico Heraldo Maciel sobre o tema: "Orquite urliana e sífilis", cujo original foi entregue à secretaria. Seu trabalho foi comentado pelos acadêmicos Arido Martins, Carlos Fernandes, Osvaldo Monteiro e Jaime Vilalonga, aos quais respondeu o orador. Ainda na ordem do dia o acadêmico Geraldo Augusto Pires de Amorim leu o seu trabalho sobre a "Sífilis na Marinha Brasileira", que foi comentado pelo acadêmico Heraldo Maciel. O sr. Presidente, em seguida, exalta o valor das comunicações e concita os srs. acadêmicos a proseguirem, apresentando trabalhos desse jaez. No expediente o acadêmico Jaime Vilalonga fala sobre "A vida e a obra de Alvaro Alvim", seu patrono. Propõe, a seguir, o sr. Presidente que, em homenagem ao grande cientista brasileiro Dr. Alvaro Alvim, permanecessem alguns minutos de pé. Nada mais havendo, foi declarada encerrada a sessão e anunciada para ocasião oportuna outra sessão, tendo eu, Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário, lavrado a presente ata que assino.

4.ª SESSÃO ORDINÁRIA DE 1942

Aos catorze dias do mês de outubro de 1942, às 29,30 horas, no Silogeu Brasileiro, sob a presidência do Acadêmico Dr. Emanuel Marques Porto, no impedimento ocasional do presidente, acadêmico Dr. Florencio de Abreu, e secretaria dos acadêmicos Dr. Heraldo Maciel e Gerardo Majella Bijos, reuniu-se a Academia Brasileira de Medicina Militar para homenagear a "2.ª Semana de Saúde da Raça" e debater alguns temas com ela relacionados. Lida a ata da sessão anterior, foi a mesma, sem discussão, aprovada. Foram convidados, em seguida, para tomar parte na mesa os professores Drs. Alvaro Campinho de Santana, presidente da Sociedade de Urologia e da "2.ª Semana de Saúde da Raça", Oscar Alves e Estelita Lins, respectivamente, presidentes do Colegio Brasileiro de Cirurgiões e Honorário da Sociedade Brasileira de Urologia, e Rolando Monteiro, Diretor da Faculdade de Ciências Médicas. A oração oficial de saudação aos senhores membros da "2.ª Semana de Saúde da Raça" foi proferida pelo acadêmico Dr. Augusto Marques Torres e o agradecimento feito pelo Dr. Murilo Cardoso Fontes. Os oradores foram vivamente aplaudidos e seus discursos constarão do Boletim. A seguir, o sr. presidente passou à ordem do dia dos trabalhos, concedendo a palavra aos senho-

res Dr. Danto Costa e Major Dr. Renato Monteiro da Cunha, relatores, respectivamente, dos temas: "Alimentação sob o aspecto social" e "Alimentação no Exército". As conclusões dos relatores foram amplamente discutidas e aprovadas sem restrições. A assembleia, em seguida, por proposta do acadêmico Majella Bijos, tributou especial voto de satisfação aos acadêmicos Drs. Angelo Godinho dos Santos e Carlos Paiva Gonçalves por motivo de honrosas comissões que lhes foram cometidas. Agradeceu o acadêmico Angelo Godinho dos Santos, Nada mais havendo a tratar, após os agradecimentos da casa aos organizadores da "2.ª Semana de Saúde da Raça", o sr. Presidente declarou encerrados os trabalhos. Eu, Gerardo Majella Bijos, lavrei e assino a presente ata.

1.ª ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINARIA E 5.ª SESSÃO ORDINARIA

Aos 18 dias do mês de novembro do ano de 1942, às 20,30 horas, no Silogeu Brasileiro, sob a Presidência do acadêmico Cel. Dr. Florencio de Abreu e secretaria dos acadêmicos Gerardo Majella Bijos e Herardo Maciel, havendo número legal de acordo com o livro de presença, reuniu-se a Academia Brasileira de Medicina Militar em sua 4.ª Assembleia Geral extraordinaria, com a seguinte ordem do dia: "Leitura, discussão e votação do parecer sobre o trabalho apresentado para preenchimento da cadeira Sousa Lima, vaga pela transferência para a classe dos emeritos do acadêmico Dr. Aridio Martins. Em seguida, o acadêmico Dr. Otavio Amaral, relator da comissão nomeada para julgar e dar parecer sobre o candidato Dr. Luiz de Castro Vaz da Camara Leal, procedeu a leitura do referido parecer por ele assinado e pelos demais membros Drs. Carlos da Rocha Fernandes e Irmaz Tavares Mufel. Submetido à discussão, foi o mesmo aprovado por escrutínio secreto, em expressiva unanimidade de votos, senhor Presidente da Academia, Cel. Dr. Florencio de Abreu, declara a seguir, eleito para a cadeira Sousa Lima o acadêmico Dr. Luis de Castro Vaz Lobo da Camara Leal, que disso será certificado pela secretaria, e congratula-se com a assembleia pelo acerto de sua escolha e suspende a sessão por 5 minutos. Reaberta esta como 5.ª sessão ordinaria, e concedida a palavra ao acadêmico Ten. Cel. Dr. Emanuel Marques Porto, que profere sua conferencia intitulada "Novos rumos da profilaxia do tefano". Essa conferencia, elogiosamente comentada, merece, pela relevancia do assunto, de parte do Presidente da casa, a nomeação de uma comissão especial composta do próprio conferencista, do Professor Castro Araujo, Drs. Herardo Maciel, Angelo Godinho dos Santos e José Monteiro Sampaio, para firmar doutrina sobre o assunto. Achando-se o conferencista de partida para os Estados Unidos, em comissão do Governo, e lá se encontrando, também, o acadêmico Carlos de Paiva Gonçalves, são ambos designados pelo presidente para representar a Academia junto às entidades congêneres da República amiga. O sr. Presidente comunica, em seguida, que, no próximo dia 8 de dezembro, data do 1.º aniversário da Academia, além da sessão comemorativa que fará realizar, tinha o prazer de convidar seus confrades para um almoço de confraternização. Agradece a presença de todos e declara encerrada a sessão. Nada mais havendo a tratar, lavrei a presente ata que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário.

2.ª SESSÃO SOLENE

Aos 8 dias do mês de dezembro de 1942, no Silogeu Brasileiro, sob a presidência do Cel. Dr. Florencio de Abreu, presentes os acadêmicos constantes do livro de presença, de altas autoridades civis e militares, reuniu-se, em sua 2.ª sessão solene, a Academia Brasileira de Medicina Militar com a seguinte ordem do dia: I) Palavras do Presidente; II) posse do novo membro titular Dr. Camara Leal; III) Discurso da pragmática proferido pelo acadêmico Dr. Achilles Gallotti; IV) Discurso do novo titular; V) Encerramento pelo presidente. Aberta a sessão, foi o novo titular introduzido no recinto por uma comissão de acadêmicos composta dos Drs. Azais Duarte, Azevedo Camara e Armando Pinto Fernandes. Nessa ocasião, o acadêmico Gerardo Majella Bijos, em nome dos oficiais do Hospital Central do Exército, onde o novo titular é chefe de clínica cirúrgica, oferece-lhe a medalha simbólica. Esta é aposta pelo presidente Cel. Dr. Florencio de Abreu, que diz algumas palavras alusivas ao ato. Ouvem-se, a seguir, os discursos do acadêmico Achilles Gallotti, de recepção, e o do acadêmico Dr. Camara Leal, de agradecimento, os quais serão inseridos no Boletim. Findas as palmas, pronuncia o sr. Presidente Cel. Doutor Florencio de Abreu, seu discurso sobre a data aniversária, peça oratória que mereceu intensa e prolongada salva de palmas da seleta assistência. A sessão é encerrada com palavras de agradecimento do sr. Presidente. Nada mais havendo a tratar, eu Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário, lavrei a presente ata, que assino.

6.ª SESSÃO ORDINARIA

Aos 22 dias do mês de Dezembro de 1942, sob a presidência do Acadêmico Cel. Dr. Florencio de Abreu e secretaria dos acadêmicos Achilles Paulo Gallotti e Gerardo Majella Bijos, reuniu-se, em sua sessão ordinaria, a Academia Brasileira de Medicina Militar com os acadêmicos inscritos no livro de presença. Lida a ata da sessão anterior, foi a mesma aprovada. Pelo presidente são convidados para integrar a mesa os Professores Castro Araujo, pelo Colegio Brasileiro de Cirurgioes, Osvaldo Costa, pela Academia Nacional de Farmácia, Arlindo Froes, pela Associação Química do Brasil, Deodoro Godoy Tavares, pela Sociedade Brasileira de Química, Cel. Godinho dos Santos, pelo Serviço de Saúde da Aeronáutica e Dr. Thales de Oliveira pelo Serviço de Saúde do Exército. No expediente usaram da palavra os acadêmicos Armando Pinto Fernandes e Gerardo Majella Bijos. O primeiro salientou o papel da Academia no seu primeiro ano de existência, destacando a operosa e magnífica direção do Coronel Dr. Florencio de Abreu. O último, registou a contribuição do Laboratório Paulista de Biologia, no amparo às pesquisas científicas, terminando, agora, por oferecer os prêmios "H.E.C." e "L.Q.F.M." para galardoarem os melhores trabalhos sobre medicina e farmácia militares, apresentados em suas sessões ordinárias. Estes prêmios, segundo o doador, representam o aprêgo em que é tida nos meios civis a evolução da medicina militar. Em seguida, falou o Cel. Dr. Florencio de Abreu para agradecer as palavras do acadêmico Dr. Pinto Fernandes e a oferta do Laboratório Paulista de Biologia e apresentar o sócio correspondente Professor Quintino Mingoja, o conferencista da sessão, que falará sobre "Novos derivados da defenil sulfona".

7.^a SESSÃO ORDINÁRIA

Em seguida pronuncia sua conferência o ilustre professor de química, cujos conceitos, na íntegra, serão inseridos nos "Anais". Encerrando, discursa o Cel. Dr. Florencio de Abreu para ressaltar a contribuição do Professor Mingoja, aos problemas técnicos do Serviço de Saúde do Exército, agradeceu a presença de todos que ali abrihantaram a sessão e ensinou melhores votos para 1943, visto ser a última sessão do ano. Nada mais havendo a tratar, lavrei a presente ata, que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.^o secretário.

5.^a ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA E
7.^a SESSÃO ORDINÁRIA

Aos 14 dias do mês de abril de 1943, sob a Presidência do Coronel Dr. Florencio de Abreu e secretaria dos acadêmicos Paiva Gonçalves e Majella Bijos, reuniu-se a Academia Brasileira de Medicina Militar em sua 5.^a Assembléia Geral extraordinária e 7.^a sessão ordinária, com a seguinte ordem do dia: I) eleição para os cargos vagos de 1.^o secretário, 2.^o tesoureiro e bibliotecário; II) "Novas aquisições da cirurgia de guerra", pelo acadêmico Dr. Emanuel Marques Porto; III) "confronto hemoquímico e metabolismo basal", pelo acadêmico Ismar Tavares Mutel. Ao abrir a sessão, o Coronel Dr. Florencio de Abreu convida para tomar parte na mesa o Coronel Doutor Oliveira Viana, Diretor da Escola de Saúde do Exército, onde hoje se reúne pela primeira vez, por nimia gentileza deste ilustre médico, a quem agradece. Em seguida relembra com prazer a casualidade feliz do dia de hoje, data em que se comemora a confraternização dos povos americanos e com pesar participa a casa o falecimento do Professor Cardoso Fontes, notável cientista pátrio, concitando a assembléia a um voto de profunda consternação pelo lutooso acontecimento, solicitando mantenha-se de pé e em silêncio em sincera e comovida homenagem ao grande vulto da medicina brasileira. Participa, ainda, a renúncia, por motivo imperioso, do Professor Afranio Peixoto, declarando vaga a mesma cadeira, que deverá ser ocupada por vulto proeminente da medicina civil, e a transferência para a reserva remunerada do acadêmico Erasmo de Lima, cuja cadeira vaga na seção de especialidades compete ao Serviço de Saúde da Armada. Declara que havendo número legal, conforme devido registro no livro de presença, vai ser procedida a eleição para os cargos vagos de 1.^o secretário, 2.^o tesoureiro e bibliotecário, nomeando escrutinadores os acadêmicos Heraldio Maciel e Romeiro da Rosa. Procedida a votação, por escrutínio secreto, e, verificado o resultado, foi constatado o seguinte: para 1.^o secretário: Dr. Jaime Vilas Boas — 20 votos; Coronel Dr. Fonseca Junior — 1 voto; para 2.^o tesoureiro: Dr. Francisco Corrêa Leitão — 29 votos; Dr. Olávio José do Amaral — 1 voto; para bibliotecário: Dr. Armando Pinto Fernandes — 20 votos e Dr. Olávio José do Amaral — 1 voto. Em face do resultado acima, o Presidente declara eleitos e empossados os acadêmicos Drs. Jaime de Azevedo Vilas Boas, Francisco Corrêa Leitão e Armando Pinto Fernandes, 1.^o secretário, 2.^o tesoureiro e bibliotecário, respectivamente, sendo esta proclamação recebida com prolongada salva de palmas. Na ordem do dia é concedida a palavra ao acadêmico Dr. Emanuel Marques Porto que proferiu a seguinte conferência: "Novas aquisições da cirurgia de guerra". Comentaram-na, elogiosamente, os acadêmicos Heraldio Maciel, Francisco Leitão, Castro Araujo, Jesuino Albu-

querque e Paiva Gonçalves, tendo o Presidente da Academia felicitado o conferencista pela lição dada e a Academia pela lição recebida. Em seguida, ocupa a tribuna o acadêmico Ismar Tavares Mutel sobre o tema: "confronto hemoquímico e metabolismo basal". Comentaram-na Francisco Leitão, Majella Bijos e Jesuino Albuquerque, todos acordes na realização técnica dos seus trabalhos, tendo o Presidente da Academia aduzido ligeiros comentários, dando, em seguida, por encerrada a sessão, tendo eu, 2.^o secretário, Gerardo Majella Bijos, lavrado a presente ata, que assino.

ATA DA 8.^a SESSÃO ORDINÁRIA E 6.^a ASSEMBLÉIA GERAL
EXTRAORDINÁRIA

Aos vinte e seis de maio de mil novecentos e quarenta e três, sob a presidência do acadêmico Florencio de Abreu e secretaria dos acadêmicos Jaime de Azevedo Vilas Boas e Gerardo Majella Bijos, reuniu-se a Academia Brasileira de Medicina Militar em oitava sessão ordinária e sexta assembléia geral extraordinária. Abertos os trabalhos, foram convidados para fazer parte da mesa os senhores General Doutor João Atonso de Sousa Ferreira, presidente de honra da Academia e Coronel Oliveira Viana, Diretor da Escola de Saúde do Exército. Em seguida, o Senhor Presidente concede a palavra ao acadêmico Paiva Gonçalves, para pronunciar sua conferência intitulada "EM CLÍNICAS OFTALMOLÓGICAS DA AMÉRICA DO NORTE". O conferencista lê seu interessante trabalho, cuja publicação oportunamente será efetuada. Em discussão, foi o mesmo comentado elogiosamente pelos acadêmicos Emanuel Marques Porto e Florencio de Abreu, que agradeceu, em nome da Academia, esta contribuição do acadêmico Paiva Gonçalves. Em seguida, tem a palavra o acadêmico Gerardo Majella Bijos, que pronuncia sua conferência sob o título "COMPOSTO MINGOJA 117". O autor refere-se aos trabalhos de síntese realizados pelo Professor Quintino Mingoja, em São Paulo, para obtenção de um derivado sulfanilâmido com matéria prima nacional terminados com êxito. Este novo produto vai ser examinado no Hospital Central do Exército e seus resultados serão oportunamente comunicados. Diz, ainda, o conferencista que, auxiliado por este notável homem de ciência, havia concluído, com absoluto sucesso, um trabalho de ordem reservada da Diretoria de Saúde do Exército, referente à proteção ao soldado em campanha. Estas comunicações foram comemoradas pelos acadêmicos Olyntho Luna Freire do Pillar, Emanuel Marques Porto e Florencio de Abreu, este para agradecer, em nome da Academia, ao conferencista e ao professor Mingoja seu discurso. Terminada esta primeira parte da ordem do dia, o Presidente declara suspensa a sessão e participa que ao reabrir-la será em caráter de assembléia geral. Reabertos os trabalhos, o Senhor Presidente comunica que, para preenchimento da vaga aberta com a renúncia do Professor Afranio Peixoto, havia sobre a mesa uma proposta, com vinte e sete assinaturas, indicando o Professor Joaquim Moreira da Fonseca. Declara que, de acordo com o artigo vinte e quatro do Regimento interno da Academia, fora nomeado, para dar parecer, uma comissão constituída pelos presidentes das seções e mais dois acadêmicos, respectivamente os acadêmicos Rocha Vaz, Castro Araujo, Jesuino de Albuquerque, Olávio Amaral e Humberto Monteiro Meireles, parecer que foi então lido, manifestando-se inteiramente favorável à candidatura do Professor

Moreira da Fonseca. Em seguida, o Senhor Presidente declara que a assembleia ali reunida com dois terços dos membros titulares presentes no Rio de Janeiro, tinha poder deliberativo, em face do artigo vinte e oito do Regimento Interno da Academia; em consequência, consulta a casa si se podia dispensar o escrutínio regulamentar que exigia vinte e cinco votos para eleição do candidato tendo em vista que a proposta em apreço já apresentava vinte sete assinaturas, sendo a palavra o acadêmico Heraldo Maciel para discordar dessa dispensa em face dos Estatutos que exigem escrutínio secreto. Para encaminhar a votação o acadêmico Clementino Fraga opina em tese favoravelmente ao ponto de vista do acadêmico Heraldo Maciel, mas apela para o mesmo no sentido de concordar com a maioria que, de fato, pela proposta em apreço, já elegera o Professor Moreira da Fonseca. O acadêmico Heraldo Maciel agradece as palavras do Professor Fraga, mas declara permanecer em seu ponto de vista. O Senhor Presidente resolve então proceder ao escrutínio, designando para escrutinadores os acadêmicos Humberto Meireles, Marques Porto e Castro Araujo. Procedida a eleição, verificou-se o seguinte resultado: Professor Joaquim Moreira da Fonseca — dezoito votos; Professor Olimpio Fonseca — um voto; em branco — dois votos. O Senhor Presidente informa que, além dos dezoito acadêmicos que haviam votado ao Professor Moreira da Fonseca, havia na proposta que apresentara sua candidatura mais nove assinaturas de acadêmicos ausentes no momento; em consequência consulta a assembleia si essas nove assinaturas deviam ser computadas com os dezoito votos dos acadêmicos presentes. Posta em votação a consulta, a assembleia deliberou por dezoito votos contra dois que fossem computados. Em seguida, o Senhor Presidente proclama eleito para membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar o Professor Joaquim Moreira da Fonseca e convida a todos os presentes a saudarem essa proclamação com uma salva de palmas, o que foi feito por toda a assistência. Pedé então a palavra o acadêmico Heraldo Maciel para requerer constasse da ata o seu profundo protesto contra tal alteração dos Estatutos, os quais, em face do artigo trinta e cinco, não podiam ser reformados antes de cinco anos. O Senhor Presidente declara que este protesto constaria da ata. Em seguida, de ordem do Senhor Presidente são lidas as propostas e os pareceres concernentes os títulos de membros honorários nacionais aos professores Aloisio de Castro, Augusto Paulino Soares de Sousa, Estelita Lins e Abel de Oliveira, bem como de membros honorários estrangeiros aos médicos militares norte-americanos General C. Hillmann e Coronel Erskine Hume. Foi lido o parecer regulamentar favorável á proposta. Procedida a eleição, servindo de escrutinadores os acadêmicos Marques Porto, Humberto Meireles e Carlos Fernandes, verificou-se o seguinte resultado: MEMBROS HONORÁRIOS NACIONAIS: Aloisio de Castro — dezoito votos; Augusto Paulino Soares de Sousa — dezoito votos; Estelita Lins — quinze votos, sendo três em branco; Abel de Oliveira — dezesseis votos sendo dois em branco. MEMBROS HONORÁRIOS ESTRANGEIROS: Erskine Hume — dezessete votos sendo um em branco; C. Hillmann — dezessete votos, sendo um em branco. Não votaram dois acadêmicos. Sob grande salva de palmas, foram, em seguida, pelo Senhor Presidente, proclamados eleitos os Professores Aloisio de Castro, Augusto Paulino Soares de Sousa, Estelita Lins e Abel de Oliveira para membros honorários nacionais e Gen. Charles C. Hillmann e Coronel Erskine Hume para

membros honorários estrangeiros. Livre a palavra a quem dela quizesse fazer uso, o Professor Castro Araujo pediu fossem insertos votos de pezar pelos passamentos dos Professores Emile Sergent e J. B. Canto. O Acadêmico Clementino Fraga, secundando o pedido do orador que o precedeu, diz da sua intenção de solicitar uma justa homenagem á memória do Professor Emile Sergent, há pouco falecido. História a vida do ilustre morto, de quem fôra companheiro na Universidade da França e solicita que em sua homenagem seja suspensa a sessão. O Senhor Presidente, interpretando o voto unanime da casa, suspende os trabalhos da noite. Nada mais havendo a tratar lavrei a presente ata que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário.

9.ª SESSÃO ORDINÁRIA

Aos trinta dias do mês de maio de mil novecentos e quarenta e três sob a presidência do acadêmico Dr. Florêncio de Abreu, secretariado pelos acadêmicos Jaime de Azevedo Vilas Bôas e Gerardo Majella Bijos, reuniu-se a Academia Brasileira de Medicina Militar em sua nona sessão ordinária. Abertos os trabalhos, o senhor presidente comunica á Casa o passamento do membro titular Doutor Luiz de Castro Vaz Lobo da Camara Leal, ocupante da cadeira número vinte e nove, da seção de especialidades, e diz das homenagens prestadas pela Academia no dia de seu enterramento e no sétimo dia, declarando, ainda, que, em nome do sodalício, usará da palavra, para o elogio fúnebre, o acadêmico Doutor Augusto Marques Torres, orador oficial. Em seguida, ocupa a tribuna o orador oficial que diz do pezar da Academia pela perda que vinha de sofrer e propõe homenagem os seus membros um minuto de pé, em silêncio, justa homenagem ao confrade falecido. Terminada a tocante demonstração de pezar, o senhor presidente declara encerrada a primeira parte dos trabalhos e dá início á segunda. O secretário Majella Bijos procede á leitura da ata da oitava sessão ordinária e sexta assembleia geral extraordinária, que, sem discussão, é aprovada, unanimemente. O senhor presidente declara, em seguida, vaga a cadeira número vinte e nove, da seção de Especialidades, que compete ao Serviço de Saúde do Exército, e abertas as inscrições á mesma e comunica estar prorrogado, por sessenta dias, o prazo para a inscrição á cadeira número vinte e oito, da seção de Especialidades, destinada ao Serviço de Saúde da Armada, a partir do dia vinte e oito de maio. Lido o expediente, verificou-se a recepção de officios de agradecimentos dos professores Moreira da Fonseca, Aloisio de Castro e Paulino Soares de Sousa, a adesão da Academia á manifestação de solidariedade aos médicos norte-americanos promovida pelas Sociedades Sábias do Rio de Janeiro e a presença da Academia Brasileira de Medicina Militar ao Tercero Congresso Brasileiro de Urologia, a realizar-se em três de outubro, sendo seu representante o acadêmico Doutor Azais de Freitas Duarte, por designação do senhor presidente, a instituição dos prêmios General João Severiano da Fonseca e General Augusto Cezar Diogo, pela Companhia Química Rodia Brasileira, de mil cruzeiros cada um, a serem conferidos em oito de dezembro de mil novecentos e quarenta e três, destinados a galardoar as melhores comunicações sobre medicina e farmácia apresentadas nas sessões ordinárias da Academia, pelos seus titulares. Com a palavra o acadêmico Francisco Corrêa Leitão; após vários consideranda, propõe um voto de con-

gratulações com o acadêmico Doutor Florêncio de Abreu pela obtenção do prêmio que tem seu nome, instituindo, em concurso publico, pela Sociedade de Biologia do Rio de Janeiro e pela elegancia com que se houve, doando, para símbolo da presidência, a referida medalha á Academia Brasileira de Medicina Militar. A proposta é aprovada com prolongada salva de palmas. O senhor presidente agradece a homenagem que lhe é prestada. A seguir, o acadêmico Amando Pinto Fernandes usa da palavra para expor uma série de pontos de vista relacionados com o cargo de bibliotecário que exerce. Na ordem do dia, usa da palavra o acadêmico professor Clementino Fraga sobre o tema: "O soro bovino hidrolizado em substituição á transfusão sanguínea", trabalho que, divulgado em cópias mimeografadas, será integralmente publicado, oportunamente, no órgão oficial da Academia. Esta comunicação foi elogiosamente comentada pelos acadêmicos Francisco Leitão, Paiva Gonçalves, Rodolfo Pereira dos Santos, Doutor Muniz de Aragão e presidente acadêmico Florêncio de Abreu que também agradeceu ao conferencista sua brilhante comunicação. Nada mais havendo a tratar, é, pelo adiantado da hora, suspensa a sessão tendo lavrado esta ata que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário.

DÉCIMA SESSÃO ORDINÁRIA

Aos dezesseis dias do mes de julho de mil novecentos e quarenta e tres, sob a presidencia do academico Florencio de Abreu, secretariado pelos academicos Jaime de Azevedo Vilas Boas e Gerardo Majella Bijos, reuniu-se a Academia Brasileira de Medicina Militar em sua decima sessão ordinaria. Abertos os trabalhos, o senhor presidente comunica ao plenário achar-se na ante-sala das sessões o Professor Doutor Joaquim Moreira da Fonseca, recém-eleito membro titular, na vaga aberta com a renuncia do Professor Afranio Peixoto, cadeira numero dezenove, secção de especialidades medicas, nomeando para introduzi-lo no recinto uma comissão composta dos academicos Carlos da Rocha Fernandes, Emanuel Marques Porto e Heráclio Maciel, o que foi feito sob prolongada salva de palmas. O senhor presidente acolhe o novo acadêmico com expressões elogiosas, apõe-lhe a medalha simbólica e o considera empossado. Ocupa, a seguir, a tribuna o acadêmico Doutor Alcides Romeiro da Rosa, para proferir o discurso da pragmática. Fala, agradecendo, o recipiendario. Tanto a oração do Professor Moreira da Fonseca como a do seu paraninfo serão oportunamente publicadas. A sessão é, em seguida, suspensa por cinco minutos. Na segunda parte dos trabalhos, procedida a leitura da ata, foi a mesma posta em discussão. Sobre essa falaram os academicos Marques Porto, Francisco Leitão, Fonseca Junior e Majella Bijos. Submetida á votação, foi aprovada, unanimemente. O senhor presidente, dando início ao expediente, comunica haver o Professor Emilio Corbière, da Argentina, instituido o prêmio "GENERAL DOUTOR JOÃO SEVERIANO DA FONSECA", para ser conferido, permanentemente, nas sessões de aniversário da Academia, a partir de mil novecentos e quarenta e quatro. Havendo um outro prêmio com aquela denominação, foi o assunto posto em discussão. Os academicos Olyntho Pillar e Majella Bijos esclarecem que o prêmio instituido pela Companhia Ródia o foi, apenas, para este ano. Em face destes esclarecimentos, deliberou a Academia manter a denominação proposta

pelo Professor Emilio Corbière e agradeceu-lhe a significativa oferta. O acadêmico Majella Bijos comunica a casa a destruição do arquivo, a secretaria e biblioteca das Sociedade Brasileira de Química e Academia Nacional de Farmácia, no incendio que destruiu o edificio do Pare Royal e pede a Academia solidarizar-se com aquelas entidades científicas. O acadêmico Heráclio Maciel manifesta-se a favor da proposta e sugere sejam as referidas sociedades notificadas, oficialmente, para que, ainda com a palavra, o acadêmico Majella Bijos propoe a inserção na ata dos trabalhos de um voto de congratulações com os seguintes membros da Academia: General Doutor Sousa Ferreira, pela sua nomeação para a comissão de promoções; Doutores Florencio de Abreu, Humberto Martins de Melo e Gilberto Peixoto, pelas suas nomeações para a ordem do Mérito Militar; Doutores Alcides Romeiro da Rosa, Artur Alcantara e Luiz Felipe de Alencastro pelas promoções aos postos immediatos, por merecimento; Doutor Heráclio Maciel pela conquista do premio "CARLOS CHAGAS", na Academia Nacional de Medicina. O senhor presidente põe todas as propostas em votação, menos a referente á sua pessoa, as quais foram aprovadas. A relativa ao Acadêmico Doutor Florencio de Abreu o plenário a aprovou com prolongados aplausos. Na ordem do dia, o Acadêmico Majella Bijos falou sobre "ACLIÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS". Em face do adiantado da hora, o senhor presidente dá por encerrada a sessão, convidando os senhores academicos para a assembléa geral extraordinária que se realizará em primeira convocação com o numero fixado pelos Estatutos, em vinte e oito de julho próximo, afim de deliberar sobre a reforma de artigos dos mesmos, em face de exigências do tabelionato de registro de sociedades civis. Nada mais havendo a tratar, lavrei a presente ata que assino. (a) Gerardo Majella Bijos — Segundo Secretário.

DÉCIMA PRIMEIRA SESSÃO ORDINÁRIA

Aos vinte e oito dias do mes de julho de mil novecentos e quarenta e tres, sob a presidência do academico Florencio de Abreu, secretariado pelos academicos Jaime de Azevedo Vilas Boas e Gerardo Majella Bijos, reuniu-se a Academia Brasileira de Medicina Militar em assembléa geral extraordinária. Abertos os trabalhos, o senhor presidente comunica, que não havendo número legal para deliberar em primeira convocação, ela se reunirá em onze de agosto próximo e deliberará, soberanamente, com o mínimo de dez membros. Segundo o estatuido e dá início á sua décima primeira sessão ordinaria. Lida a ata da sessão anterior pelo acadêmico Majella Bijos. Foi a mesma aprovada, unanimemente, sem discussão. No expediente foram lidas três propostas assinadas por diversos titulares, indicando os nomes dos médicos paraguaios Coronel Manuel Rodriguez e Major Cezar Gagliardini, e argentino Professor Emilio Corbière, para membros honorários estrangeiros, sendo nomeados os academicos José de Azevedo Camara, Armando Pinto Fernandes e Carlos Paiva Gonçalves. Em seguida, é lida a comunicação da nova diretoria do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. São lidos os projetos de regulamento para os prêmios "ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR" e os doados pelos Laboratórios Paulista de Biologia e Companhia Rodia Brasileira.

Postos em discussão, falaram sobre os mesmos os acadêmicos Jesuino de Albuquerque, Marques Porto, Olyntho Pillar, Paiva Gonçalves e Majella Bijos. Redigido, afinal, com as modificações constantes foram aprovados. O senhor presidente apresenta as despedidas dos acadêmicos Romeiro da Rosa, Artur de Alcantara e Humberto Meireles. O acadêmico Majella Bijos participa que a primeira medalha do prêmio "Academia Brasileira de Medicina Militar" será oferecida pelo acadêmico Florencio de Abreu. O acadêmico Jesuino de Albuquerque põe à disposição da Academia um taquígrafo. Falam, ainda, no expediente os acadêmicos Paiva Gonçalves e Armando Pinto Fernandes, o primeiro sobre a vaga da seção de especialidades, para a qual acaba de apresentar-se um candidato e o último sobre assunto atinente ao cargo que ocupa. O senhor presidente nomeia os acadêmicos Otávio José do Amaral, Carlos da Rocha Fernandes e Heraldo Maciel para constituírem a comissão julgadora do trabalho concorrente à cadeira n.º 28 da seção de especialidades e pertencente ao Serviço de Saúde da Armada. Na ordem do dia fala o acadêmico Jesuino de Albuquerque sobre "o método Kenny e a necessidade de sua divulgação no Brasil". Comentaram esta interessante palestra os acadêmicos Paiva Gonçalves e Florêncio de Abreu, tendo este agradecido, em nome da Academia, a contribuição do acadêmico Jesuino de Albuquerque. Por proposta do acadêmico Paiva Gonçalves, foi aprovado o seguinte voto: "A Academia Brasileira de Medicina Militar informada pelo seu confrade acadêmico Jesuino de Albuquerque das medidas que vem tomando na administração da Saúde Pública do Distrito Federal no combate à paralisia infantil — congratula-se com o senhor secretário Geral de Saúde e Assistência pelo interesse observado na solução deste importante problema sanitário e formula votos de feliz êxito". Solicita a palavra o acadêmico Jesuino de Albuquerque para agradecer o gesto da Academia, que muito o sensibilizou. Em face do adiantado da hora, o senhor presidente encerra a sessão, marcando o dia onze de agosto para a segunda convocação da assembleia geral. Nada mais havendo a tratar, lavrei a presente ata que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário.

7.ª ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA

Aos 11 dias do mês de agosto de 1943, na sala das conferências da Escola de Saúde do Exército, sede provisória da Academia Brasileira de Medicina Militar, sob a presidência do acadêmico Coronel Doutor Florencio de Abreu e secretaria dos acadêmicos Ten. Cel. Doutor Jaime de Azevedo Vilas Bôas e Tenente Farmac. Gerardo Majella Bijos, reuniu-se, em 2.ª convocação, aquela entidade em assembleia geral extraordinária especialmente convocada para estudar e deliberar sobre a reforma de artigos de seus estatutos. Abertos os trabalhos, depois de constatar número legal, determinou o sr. Presidente ao 2.º secretário que procedesse a leitura dos artigos a serem reformados e bem assim a nova redação proposta. Lidos os artigos um de cada vez, foi, após discussão ampla, na qual tomaram parte todos os acadêmicos presentes do livro de registro, aprovada a redação final dos Estatutos da Academia Brasileira de Medicina Militar, transcrita na íntegra, em seguida. ESTATUTOS DA ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR — CAPÍTULO I — De sua organização, fins e disposições preliminares — Art. 1.º — A "Academia Brasileira de Medi-

cina Militar", fundada aos oito dias do mês de dezembro de 1941, por um grupo de médicos e farmacêuticos militares, possuidores dos requisitos previstos nêstes Estatutos, tem por sede e fóro a Capital da República dos Estados Unidos do Brasil, sendo seus principais objetivos: a) incentivar o estudo das ciências médicas em seus múltiplos aspectos, especialmente em suas aplicações às coletividades militares; b) cooperar com os poderes governamentais, como órgão técnico de medicina militar, com tudo que estiver relacionado com a profissão e interesse público. Art. 2.º — A Academia Brasileira de Medicina Militar manterá uma publicação: o "Boletim da Academia Brasileira de Medicina Militar", que difundirá, na íntegra, memórias e demais trabalhos relativos às suas atividades. Art. 3.º — A Academia Brasileira de Medicina Militar terá a seguinte organização: a) 50 membros titulares, dos quais 40 médicos e 5 farmacêuticos das Forças Armadas Nacionais da ativa e os outros cinco das forças auxiliares ou da reserva de 2.ª classe de 1.ª e 2.ª linhas, ou, ainda, figuras proeminentes da medicina brasileira; b) membros eméritos; c) membros correspondentes nacionais; d) membros honorários nacionais; e) membros honorários estrangeiros; f) membros correspondentes estrangeiros; Art. 4.º — Sua Diretoria ficará assim constituída: 1 — Presidente; 1 — Vice-Presidente; 1 — Secretário Geral; 1 — 1.º Secretário; 1 — 2.º Secretário; 1 — 1.º Tesoureiro; 1 — 2.º Tesoureiro; 1 — Bibliotecário; 1 — Orador. § 1.º. Serão Presidente de Honra os oficiais generais diretores efetivos dos Serviços de Saúde do Exército, da Marinha e das Forças Aéreas Nacionais, os quais, para todos os efeitos, terão os direitos de membros titulares. § 2.º — Serão organizadas comissões especiais de: a) medicina, com treze (13) membros titulares; b) cirurgia, com treze membros titulares; c) especialidades médicas, com dezoito membros titulares; d) farmácia, com cinco membros titulares. § 3.º — Cada comissão terá um presidente e um secretário, eleitos anualmente em escrutínio secreto pela própria comissão. CAPÍTULO II — Da admissão, transferências de categorias e eliminação dos membros — Art. 5.º — A admissão dos membros titulares terá que satisfazer os seguintes requisitos: a) ser oficial médico ou farmacêutico das Forças Armadas Federais da ativa ou estar compreendido no enunciado do artigo 3.º, alínea "a"; b) possuir, no mínimo, 10 anos de diplomado; c) apresentar ao presidente: 1.º) requerimento de inscrição, no qual mencionará títulos, serviços públicos, trabalhos científicos publicados ou qualquer documento referente à sua atividade profissional; 2.º) memória inédita sobre medicina ou farmácia de assuntos atinentes à seção onde houver vaga; d) contribuir com a quantia de Cr\$ 500,00 (quinhentos cruzeiros) e indenizar as despesas resultantes da confecção e expedição do diploma e distintivo. § único — Na admissão de membros titulares será dada preferência ao correspondente nacional; em igualdade de condições e no caso de empate o favorecido será o mais idoso. Art. 6.º — Os membros referidos no final da letra "a" do art. 3.º, bem como os honorários e correspondentes, serão escolhidos por maioria de votos em assembleia geral constituída, no mínimo, por 2/3 dos membros com direito a voto, presentes no Rio de Janeiro. § único — Tal votação poderá ser substituída por proposta assinada por 25 membros com direito a voto. Art. 7.º — A admissão dos membros titulares de que trata o art. 5.º, far-se-á depois do parecer de uma comissão de 3 membros e sua aprovação pela Assembleia Geral. Art. 8.º — Os membros titulares e correspondentes nacionais terão um ano de prazo para tomar posse. § 1.º —

Este prazo poderá ser dilatado a juízo da Diretoria. § 2.º — A posse não sendo efetuada dentro do prazo previsto, será declarado vago o respectivo lugar. § 3.º — O membro titular, uma vez empossado, por motivo algum poderá resignar ou pedir dispensa de seu título. Art. 9.º — Serão incluídos, automaticamente, na classe dos membros eméritos: 1.º os membros titulares transferidos para a reserva; 2.º os presidentes de honra transferidos para a mesma reserva; 3.º os membros titulares previstos no art. 6.º, após 5 anos de posse de sua cadeira. Art. 10.º — O membro correspondente nacional, médico ou farmacêutico, definido no enunciado do art. 3.º, alínea "c", dever preencher os seguintes requisitos: a) ter mais de 10 anos de diplomado; b) concordar, por escrito, com a indicação do seu nome para a Academia; c) contribuir com a joia de Cr\$ 200,00 (duzentos cruzzeiros) e mais as despesas decorrentes. § único — O membro correspondente nacional transferido de residência para a sede da Academia poderá ou não resignar seu título, deixando, no entanto, vaga regional. Art. 11.º — O título de membro honorário será conferido ao médico ou farmacêutico nacional ou estrangeiro, civil ou militar, de pública e notória reputação científica. § único — O preceituado neste artigo aplica-se ao membro correspondente estrangeiro. Art. 12.º — Serão facilmente eliminados da academia, de qualquer das classes, os membros que por sentença passada em julgado houverem sido condenados por tribunal brasileiro ou estrangeiro, por crime infamante. CAPÍTULO III — Da competência das pessoas associativas ou jurídicas — Art. 13.º — A personalidade jurídica da Academia recai na pessoa de seu presidente, que a representará em juízo e fóra dele. Art. 14.º — As funções dos membros da Diretoria e das comissões serão reguladas pelo Regimento Interno. CAPÍTULO IV — Das sessões, votações e eleições — Art. 15.º — As sessões da Academia Brasileira de Medicina Militar serão: a) solenes; b) ordinárias; c) assembléias gerais. Art. 16.º — Os cargos da Diretoria só serão preenchidos por membros titulares ou eméritos, aos quais é privativo o direito do voto. Art. 17.º — As votações serão simbólicas, salvo para as eleições que se farão por escrutínio secreto, ressalvado o caso previsto no § único do art. 6.º ou congêneres. Art. 18.º Todos os cargos da Diretoria serão, anualmente, providos por eleição. § 1.º É permitida a reeleição. § 2.º A eleição de que trata o presente artigo será realizada em assembléia geral, convocada 30 dias antes da sessão comemorativa de aniversário. § 3.º — A posse verificar-se-á em sessão solene na data aniversária da fundação da Academia. § 4.º — As vagas verificadas na Diretoria, antes do último trimestre de seu mandato, serão preenchidas dentro de 30 dias em eleição processada em assembléia geral, especialmente convocada. As que se verificarem no último trimestre serão preenchidas por qualquer membro titular ou emérito designado pelo Presidente. CAPÍTULO V — Do patrimônio, receita, despesa e prêmios — Art. 19.º O patrimônio social será constituído: a) pelos móveis e imóveis, títulos de renda e outros quaisquer valores que possuir ou vier a possuir; b) doações e legados. Art. 20.º — Serão inalienáveis todos os títulos doados com esta especificação. Art. 21.º — O patrimônio social, quando em espécie, deverá ser empregado, de preferência, em apólices nominativas. § 1.º — A quantia disponível, em espécie, não deverá ultrapassar Cr\$ 5.000,00 e será depositada na Caixa Econômica Federal. § 2.º — Sendo extinta a Academia e satisfeitos

seus compromissos financeiros. Os bens remanescentes serão doados a uma associação congênere. Art. 22.^o — Constituem receita da Academia: a) subvenções oficiais ou particulares; b) contribuições e dâdivas dos acadêmicos; c) eventuais. Art. 23.^o — Compreende-se como despesa: a) vencimentos e gratificações; b) expediente; c) prêmios; d) eventuais. Art. 24.^o — Será instituído o prêmio "Academia Brasileira de Medicina Militar", destinado a galardoar trabalhos científicos. § único — Os acadêmicos não poderão concorrer a este prêmio. CAPÍTULO VI — Disposições gerais e transitórias — Art. 25.^o — A Academia Brasileira de Medicina Militar é fundada por um grupo de médicos e farmacêuticos e possuidores de um ou mais dos requisitos que se seguem: a) título universitário; b) membros das Academias Nacional de Medicina ou Farmácia; c) pertencer ou ter pertencido ao quadro docente dos cursos superiores das Escolas de Saúde e do Estado Maior, Faculdade ou Instituto de Ensino Superior; d) ser diplomado há mais de 15 anos. Art. 26.^o — Aos membros fundadores compete a eleição da primeira Diretoria e escolha das comissões previstas no art. 4.^o e seus parágrafos. Art. 27.^o — Aos membros fundadores é facultada a escolha inicial de membros honorários e correspondentes nacionais e estrangeiros, bem como os previstos no art. 3.^o, alínea "a". Art. 28.^o — Ficam aprovados os distintivos para uso dos acadêmicos. Art. 29.^o — A primeira Diretoria eleita regerá os destinos da Academia por dois anos e providenciará o registro dos seus estatutos na forma da lei, assinados pelo presidente. Art. 3.^o — Haverá um Regimento Interno elaborado pela Diretoria, dentro de 60 dias. § único — Neste período os atos da Diretoria têm força de Assembléia. Art. 31.^o — A Academia terá duração ilimitada. Art. 32.^o — O primeiro número do Boletim publicará os Estatutos, o Regimento Interno, a relação completa dos acadêmicos, seus patronos e suas bibliografias. § único — Para sua confecção a secretaria tomará todas as providências junto à Comissão de Anais. Art. 33.^o — As cadeiras dos membros titulares fundadores serão numeradas por ordem alfabética de patrono escolhidos entre os vultos da medicina e farmácia, civis e militares, falecidos, e que deixaram relevante nome. Art. 34.^o — Os membros da Academia não respondem subsidiariamente pelas obrigações assumidas pela mesma. Art. 35.^o — Os casos omissos nestes Estatutos serão resolvidos pela Diretoria que deles dará conhecimento à Academia. Art. 36.^o — A Academia Brasileira de Medicina Militar só poderá ser extinta em assembléia geral especialmente convocada, com aprovação, no mínimo, de 2/3 dos seus membros com direito a voto. Art. 37.^o — Os presentes Estatutos não poderão ser reformados antes de 5 anos. Art. 38.^o — Os presentes Estatutos entrarão em vigor imediatamente depois de registrados na forma da lei. — O sr. Presidente, depois de lida a presente redação, que mereceu a votação unanime de assembléia, congratulou-se com a casa pela cordialidade demonstrada e declarou que ia ser procedido o registro dos Estatutos na repartição competente. Nada mais havendo a tratar, lavrei a presente ata que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.^o secretário.

12.^a SESSÃO ORDINÁRIA

A 1.º dia do mês de setembro de 1943, sob a presidência do acadêmico Dr. Florêncio de Abreu, secretariado pelos acadêmicos Jaime de Azevedo Vilas Boas e Gerardo Majella Bijos, reuniu-se a Academia

Brasileira de Medicina Militar em sua 12.^a sessão ordinária. Abertos os trabalhos e procedida a leitura da ata da sessão anterior, foi a mesma, sem discussão, unanimemente aprovada. Em seguida, é dada a palavra ao acadêmico Gerardo Majella Bijos, para proceder a leitura do trabalho "Das neuroses vegetativas em medicina militar", de autoria do Professor Emilio Corbiere, de Buenos Aires. Este trabalho merece do acadêmico Olyntho Pillar a proposta de ser agradecido pela mesa ao professor Emilio Corbiere, a sua contribuição ao plenário. Posta em discussão, é a proposta aprovada. O Professor Castro Araujo inicia, a seguir, a leitura de seu trabalho "Anestesia e Guerra". Em discussão sobre o mesmo falaram os acadêmicos Marques Porto, Majella Bijos e Florêncio de Abreu, os dois primeiros exaltando a contribuição trazida pelo conferencista e o último pedindo a atenção dos cirurgiões sobre outro anestésico timentural e agradecendo a brilhante conferência pronunciada. Por fim agradeceu o Professor Castro Araujo. Antes de encerrar, o sr. Presidente declara livre a palavra. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente ata, que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.^o secretário.

13.^a SESSÃO ORDINARIA

Aos quinze dias do mês de setembro de 1943, a Academia Brasileira de Medicina Militar reuniu-se em sua 13.^a sessão ordinária, presidida pelo Dr. Emanuel Marques Porto, no impedimento ocasional do Presidente Dr. Florêncio de Abreu, e secretaria dos acadêmicos Jaime de Azevedo Vilas Boas e Gerardo Majella Bijos. O Senhor Presidente, ao abrir a sessão, comunica achar-se na ante-sala o acadêmico Professor Dr. Estelita Lins, recém eleito membro honorário, nomeando, a seguir, os acadêmicos Benjamin Gonçalves, Azais Duarte e Paiva Gonçalves para, em comissão, introduzi-lo no recinto, o que foi feito sob prolongada salva de palmas. O Sr. Presidente recebe o novo acadêmico com palavras elogiosas, apõe-lhe a medalha simbólica ofertada pelos seus amigos da Academia, e o considera empossado. Ocupa, a seguir, a tribuna o acadêmico Cel. Doutor Jesuino de Albuquerque para proferir o discurso da pragmática. Fala, agradecendo, o recipiendário. Ambos os discursos serão, oportunamente, publicados. A sessão é, em seguida, suspensa por cinco minutos. Na segunda parte dos trabalhos, procedida a leitura da ata, foi a mesma, sem discussão aprovada unanimemente. O sr. Presidente comunica, a seguir, que o Capitão Médico Dr. Godofredo da Costa Freitas, apresentando todos os requisitos estatutários, candidatou-se à vaga de membro titular da Academia deixada, por falecimento, pelo acadêmico Dr. Luiz Vaz Lobo da Camara Leal, nomeando os acadêmicos Drs. Jaime de Azevedo Vilas Boas, Carlos Paiva Gonçalves e Jaime Vilalonga para emitirem parecer sobre os títulos e trabalhos do candidato. Na ordem do dia ocupa a tribuna o acadêmico Paiva Gonçalves, que proferiu sua conferência sobre "a visão noturna do combatente", comentada elogiosamente pelos acadêmicos Heraldo Maciel, Generoso Ponce e Majella Bijos. O presidente da sessão agradece, em nome da Academia, a bela contribuição apresentada e bem assim a presença dos professores catedráticos e declara encerrada a sessão. Nada mais havendo a tratar, lavrei a presente ata que assino, retificando, antes, que a Academia aprovou a proposta do acadêmico

Dr. Marques Porto para comparecer às demonstrações de simpatia que serão prestadas, no dia 18, próximo, data aniversária do General Dr. Sousa Ferreira; a comissão nomeada é composta dos acadêmicos Drs. Benjamin Gonçalves, Castro Araujo e Heraldo Maciel. Gerardo Majella Bijos, 2.^o secretário.

3.^a SESSÃO SOLENE

Aos seis dias do mês de outubro de 1943, a Academia Brasileira de Medicina Militar reuniu-se em sessão solene para recepcionar os seus membros honorários General Dr. C. C. Hilmann, do Exército Norte-Americano e Professor Dr. Aloisio de Castro, presidente da Academia Nacional de Medicina. Presidida pelo Acadêmico Dr. Florêncio de Abreu, secretariado pelos acadêmicos Jaime de Azevedo Vilas Boas e Gerardo Majella Bijos. Da mesa fizeram parte os senhores Presidente de Honra General Dr. Sousa Ferreira e Almirante Dr. Heraldo Sampaio, Cel. Dr. Godinho dos Santos, Chefe do Serviço de Saúde da Aeronáutica, Cel. Dr. Oliveira Viana, Diretor da Escola de Saúde do Exército e representante do sr. Embaixador Jefferson Caffery. O sr. Presidente ao abrir a sessão comunica acharem-se na ante-sala os Acadêmicos Gen. C. C. Hilmann e Professor Dr. Aloisio de Castro, recém-eleitos membros honorários e nomeia os acadêmicos Drs. Azais Duarte e Heraldo Maciel e Drs. Jaime Vilalonga e Olyntho Pillar, para introduzirem, respectivamente, o General Hilmann e Professor Dr. Aloisio de Castro, o que foi feito sob prolongada salva de palmas. O sr. Presidente recebe os novos acadêmicos com palavras elogiosas, apondo-lhes as medalhas, cada um de uma vez e augurando-lhes boas vindas. A seguir concede a palavra ao acadêmico Carlos Fernandes que, em inglês, saúda o Gen. Dr. Hilmann, num discurso de alto estilo. O recipiendário agradece, em inglês, e profere nessa língua interessante conferência. Serenadas as palmas, o sr. Presidente, acadêmico Dr. Florêncio de Abreu profere seu discurso de paraninfo do Professor Aloisio de Castro. Está agradece a saudação da pragmática. O Sr. Presidente, antes de declarar encerrada a sessão, agradece a presença dos membros da mesa e da assistência. Nada mais havendo a tratar, lavrei a presente ata que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.^o secretário.

14.^a SESSÃO ORDINARIA

Aos vinte e sete dias do mês de outubro de 1943, às 21 horas, no salão de conferências da Escola de Saúde do Exército, sob a presidência do acadêmico Cel. Dr. Florêncio de Abreu e secretaria dos acadêmicos Dr. Jaime de Azevedo Vilas Boas e farmacêutico Gerardo Majella Bijos, reuniu-se, em sessão ordinária, a Academia Brasileira de Medicina Militar. Pelo sr. Presidente é constituída a mesa com as seguintes pessoas gradas: Cel. Diretor da Escola de Saúde do Exército, Presidentes da Associação Brasileira de Farmacêuticos, Academia Nacional de Farmácia e Sociedade Brasileira de Química, Diretor da Escola de Farmácia e Odontologia do Estado do Rio e representante da União Farmacêutica e Sociedade de Farmácia e Química de São Paulo. Em seguida, o sr. Presidente nomeia os acadêmicos Dr. Fonseca Junior e Azevedo Camara para introduzirem no recinto o Professor Abel de Oliveira, novo membro honorário, cuja posse

será efetuada em seguida. O recipiendário é introduzido sob prolongada salva de palmas e aposta a medalha pelo sr. Presidente, proferindo o mesmo palavras encomiásticas ao novo membro honorário. Ocupam, a seguir, a tribuna, respectivamente, os acadêmicos Olyntho Pillar e Abel de Oliveira o primeiro para proferir a saudação da pragmática e o segundo para agradecer. Os dois magníficos discursos serão públicos oportunamente. O sr. Presidente suspende por minutos a sessão. Reaberta, foi procedida a leitura da ata que, sem discussão, foi aprovada. Na ordem do dia ocuparam a tribuna o acadêmico Ten. Cel. Dr. Emanuel Marques Porto, que disse sobre: "Características Sanitárias das Campanhas na Mata". Ocupa, em seguida, a tribuna, a convite da Academia, o Capitão Médico Dr. Moacir Carlos Barroso, que faz à entidade a apresentação do aparelho "Semi-cardiófono". A conferência do Dr. Marques Porto será comentada na próxima sessão. Antes de encerrar os trabalhos da noite, o Presidente agradeceu ao Dr. Moacir Barroso a sua comunicação e poz à disposição do mesmo o Hospital Central do Exército para prosseguimento de suas interessantes pesquisas. E encerrada a sessão. Nada mais havendo a tratar lavrei a presente ata que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário.

15.ª SESSÃO ORDINÁRIA

Aos oito dias do mês de novembro de 1943, no salão de conferências da Escola de Saúde do Exército, sob a Presidência do Acadêmico Cel. Dr. Florêncio de Abreu e secretária dos acadêmicos Doutor Jaime de Azevedo Vilas Boas e farmacêutico Gerardo Majella Bijos, reuniu-se a Academia Brasileira de Medicina Militar. Não havendo número legal para realização da Assembleia Geral, o sr. Presidente declara encerrada esta primeira parte dos trabalhos e convoca para o próximo dia 16, os srs. acadêmicos, os quais deliberarão com o mínimo de 10 presentes. Na 2.ª parte da sessão tem início a recepção do Professor Dr. Augusto Paulino. O sr. Presidente anuncia à casa achar-se presente na ante-sala o Professor Dr. Augusto Paulino, novo membro honorário e nomeia para introduzi-lo no recinto os acadêmicos Drs. Estelita Lins e Otavio Amaral, o que é realizado sob prolongada salva de palmas. Em seguida o sr. Presidente apõe-lhe a medalha simbólica e profere palavras de satisfação pela recepção festiva a que fez jús o ilustre professor de medicina. Ao acadêmico Doutor Gilberto Peixoto pelo sr. Presidente é concedida a palavra para saudar o novo membro honorário. Pronunciada a oração da pragmática, ocupa a tribuna para agradecer sua eleição e recepção o Professor Augusto Paulino. Os dois oradores foram vivamente aplaudidos e seus discursos serão publicados no Boletim da Academia. O senhor Presidente declara suspensa a sessão para reabrir-la 5 minutos após. Ao iniciá-la, anuncia à casa o passamento do Professor Anes Dias, relembra sua personalidade e em sua homenagem propõe e a assembleia aprova a suspensão da sessão. Nada mais havendo a tratar foi a mesma encerrada. Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário.

8.ª ASSEMBLEIA GERAL

Aos dezesseis dias do mês de novembro de 1943, no auditório da Escola de Saúde do Exército, sob a Presidência do Acadêmico Doutor Florêncio de Abreu e secretária dos acadêmicos Drs. Jaime de Aze-

vedo Vilas Boas e Farmacêutico Gerardo Majella Bijos, reuniu-se em sua 8.ª Assembleia geral ordinária a Academia Brasileira de Medicina Militar com a seguinte ordem do dia: 1) eleição de membros titulares; 2) eleição de membros honorários; 3) eleição da Diretoria para o ano de 1944. Lida a ata da sessão anterior, foi a mesma, sem discussão, aprovada unanimemente. No expediente, o acadêmico Francisco Corrêa Leitão propoz e a casa aceitou a inserção de um voto de profundo pesar pelo falecimento do Prof. Silva Santos. Havendo número legal, por determinação do sr. Presidente, são lidos os pareceres das comissões nomeadas para relatarem os trabalhos apresentados pelos candidatos Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas e Capitão Ten. Dr. Waldir Caldas Pires, com que concorrem, respectivamente, às vagas deixadas pelos acadêmicos Dr. Luiz de Castro Vaz Lobo da Camara Leal, falecido, e Cap. de Fragata Dr. Erasmo José da Cunha Lima, para a classe dos eméritos transferido em face de disposições estatutárias. Postas em votação foram os referidos pareceres aprovados unanimemente, sendo proclamados eleitos membros titulares os mencionados candidatos. Lido o parecer da comissão nomeada para relatar as propostas dos membros honorários estrangeiros e em seguida posto em discussão e votação, tendo sido aprovado sem restrições, resultando serem eleitos e proclamados membros honorários os médicos Ten. Cel. Dr. Mantel Rodriguez e Major Dr. Cezar Gagliardone, do Exército Paraguaio e Professor Emilio Corbière da Argentina. O sr. Presidente anuncia que vai se proceder a eleição da Diretoria que regerá os destinos da Academia no ano social de 8-XII-43 a 8-XII-44 e interrompe a sessão por alguns minutos afim de ser organizado o trabalho eleitoral. Reaberta a sessão, o sr. Presidente nomeia escrutinadores os acadêmicos: Drs. Heraldo Maciel, Gilberto José Peixoto e Olyntho Pillar. Procedida a chamada, cada acadêmico depositou seu voto na urna. Terminada a votação dos membros presentes à sessão, o sr. Presidente apresentou, de acordo com dispositivos estatutários, as cartas-votos que lhe foram dirigidas pelos acadêmicos seguintes: Alcides Romeiro da Rosa, Arnaldo Serqueira, Osvaldo Monteiro, Humberto Monteiro Meireles, Alfredo Issler Vieira, Achilles Paulo Gallotti, Luiz Cordeiro Alves Braga, Guilherme Hautz, Francisco Rodrigues de Oliveira, Luiz Artur Augusto de Alcantara, cujos votos eram, a seguir depositados na urna. Ultimada a votação, procederam os escrutinadores a devida apuração, verificando-se o seguinte resultado: Para Presidente: General Dr. João Afonso de Sousa Ferreira — 1 voto; Cel. Dr. Florêncio de Abreu, 27 votos; para vice-presidente: Ten. Cel. Dr. Emanuel Marques Porto, 27 votos e Tenente Cel. Dr. Benjamin Gonsalves, 1 voto; Secretário Geral: Cap. Doutor Carlos Paiva Gonçalves, 28 votos; 1.º Secretário: Ten. Cel. Dr. Jaime de Azevedo Vilas Boas, 27 votos e Ten. Cel. Dr. Benjamin Gonsalves, 1 voto; 2.º Secretário: 1.º Ten. Farmacêutico Gerardo Majella Bijos, 27 votos e Cap. Dr. Olyntho Pillar, 1 voto; 1.º Tesoureiro: Major Dr. Azais de Freitas Duarte, 26 votos, Cap. de Frag. Dr. Heraldo Maciel e Cap. Olyntho Pillar, voto cada um; 2.º Tesoureiro: Major Dr. Jaime Vilalonga, 28 votos; Bibliotecário: Cap. de Corv. Dr. Armando Pinto Fernandes, 27 votos, Cap. Dr. Otavio José do Amaral, 1 voto; Orador: Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão, 27 votos e Cap. Dr. Gabriel Duarte Ribeiro, 1 voto. Ao tomar conhecimento do resultado apresentado pela comissão escrutinadora, o sr. Presidente proclamou eleitos para o período de 8 de dezembro de 1943 a 8 de dezembro de 1944, a seguinte Diretoria desta Academia: Presidente: Cel. Dr. Florêncio de

Abreu; Vice-Presidente: Ten. Cel. Dr. Emanuel Marques Porto; Secretário Geral: Cap. Dr. Carlos de Paiva Gonçalves; 1.º Secretário: Tenente Cel. Dr. Jaime de Azevedo Vilas Bôas; 2.º Secretário: 1.º Tenente Farm. Dr. Gerardo Majella Bijos; 1.º Tesoureiro: Major Doutor Azais de Freitas Duarte; 2.º Tesoureiro: Major Dr. Jaime Vilalunga; Orador: Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão; Bibliotecário: Capitão de Cav. Dr. Armando Pinto Fernandes. Usando de suas atribuições, o sr. Presidente designa para integrar a "Comissão de Boletim" no ano corrente os seguintes acadêmicos: Cel. Dr. Angelo Godinho dos Santos; Cap. de Frag. Dr. Heraldo Maciel e Cap. Farmacêutico Dr. Olyntho Luna Freire do Pilar. O Sr. Presidente participou que ao prêmio "Academia Brasileira de Medicina Militar" concorreram cinco trabalhos e que o secretário procederá, em seguida, a leitura do parecer elaborado pela comissão designada para tal fim. Lido o parecer, foi o mesmo, depois de discutido, aprovado unanimemente. Verificada esta aprovação, o sr. Presidente procedeu a abertura do envelope contendo a identificação do autor apresentado sob pseudônimo de Kin e verificou tratar-se do medico Dr. Luiz Geraldo da Rocha Azevedo, assistente voluntário da Seção de Glandulas endócrinas da Santa Casa da Misericórdia da Faculdade de Medicina de São Paulo, cujo prêmio — medalha de prata dourada — será entregue na sessão solene de aniversário. Para emitir parecer sobre os prêmios "General João Severiano da Fonseca", "H. C. E.", "General Augusto Cezar Diogo" e "L. Q. F. E.", respectivamente, a serem conferidos ao melhor trabalho sobre medicina e farmacia trazidos a plenário, nomeou o Sr. Presidente os acadêmicos para as comissões: de medicina — Drs. Carlos Fernandes, Gilberto Peixoto e Nelson Vasconcelos; de farmácia — Drs. Fonseca Junior, Heraldo Maciel e Ismar Tavares Mutel, cujos relatórios deverão ser lidos na sessão de 1-XII-943 e os prêmios entregues na sessão de aniversário. Na ordem do dia da sessão ordinária, que tem início com o término da parte de assembléia, ocuparam a tribuna os acadêmicos Benjamin Gonsalves e Olyntho Pillar. O primeiro leu sua comunicação intitulada "Síndrome de carência em Fernando de Noronha", que foi elogiosamente comentada pelos acadêmicos Marques Porto, Heraldo Maciel, Majella Bijos, Carlos Fernandes, Generoso Ponce e Gabriel Duarte e pelo Presidente, que agradeceu, em nome da Academia, sua valiosa contribuição. O acadêmico Olyntho Pillar apresentou à casa o trabalho "Medicamentos e Alimentos na Guerra", em colaboração com o acadêmico Majella Bijos. Esta comunicação mereceu, igualmente, os aplausos e comentários da Academia pelo Presidente e pelos acadêmicos Marques Porto e Rodolfo Santos. O Sr. Presidente participa que devido ao adiantado da hora a ordem do dia ficava prorrogada para a próxima sessão do dia 16 de dezembro e agradece, no seu nome e no de seus companheiros a eleição e declara encerrados os trabalhos da noite. Eu, Gerardo Majella Bijos, 2.º Secretário, lavrei e assino a presente ata.

16.ª SESSÃO ORDINÁRIA

Ao 1.º dia do mês de dezembro de 1943, no salão de conferências da Escola de Saúde do Exército, sob a presidência do Cel. Dr. Florencio de Abreu, secretariado pelos Ten. Cel. Dr. Jaime de Azevedo Vilas Bôas e 1.º Ten. Farm. Gerardo Majella Bijos, reuniu-se a Academia Brasileira de Medicina Militar em sua 16.ª sessão ordinária. A ata anterior lida e discutida foi aprovada sem restrições. Na ordem

do dia o acadêmico Majella Bijos leu magnífico trabalho "Contribuição ao estudo da bilirrubinemia", que mereceu comentários elogiosos dos acadêmicos Heraldo Maciel, Rodolfo Santos, Generoso Ponce e Florencio de Abreu, tendo respondido o acadêmico Bijos. Em seguida, foram lidos os pareceres sobre os prêmios "H. C. E." e "General João Severiano da Fonseca", que discutidos foram aprovados. Os pareceres sobre os prêmios "General Cezar Diogo" e "L. Q. F. E." foram lidos e submetidos à discussão. Sobre os mesmos falaram os acadêmicos Rodolfo Santos, Ismar Mutel, Gabriel Duarte Ribeiro. Depois dos esclarecimentos prestados, deliberou a casa conceder os prêmios "General João Severiano da Fonseca", ao Ten. Cel. Dr. Emanuel Marques Porto; "H. C. E." ao Ten. Cel. Dr. Benjamin Gonsalves; "General Cezar Diogo" ao 1.º Ten. Farm. Gerardo Majella Bijos e "L. Q. F. E." aos acadêmicos Olyntho Pillar e Majella Bijos. O acadêmico Estelita Lins pediu fosse inserido na ata dos trabalhos uma palavra de homenagem à sua primeira Diretoria e agradece o presidente Dr. Florencio de Abreu. O Tenente Bijos agradece a cooperação do artista Loureiro pedindo que a casa concorde em inserir um voto de louvor na presente ata, o que acontece. O sr. Presidente participa que a nova sessão ordinária será no dia 8 de dezembro e pede a presença de todos os associados e suas famílias e declara encerrada a sessão. Eu, Gerardo Majella Bijos, lavrei e assino a presente ata.

4.ª SESSÃO SOLENE

Aos 8 dias do mês de dezembro do ano de 1943, no Salão de conferências da Escola de Saúde do Exército, sob a Presidência do Coronel Dr. Florencio de Abreu, esteve reunida em sessão solene a Academia Brasileira de Medicina Militar. Da mesa fizeram parte, além dos secretários Dr. Jaime de Azevedo Vilas Bôas e 1.º Ten. Farm. Gerardo Majella Bijos, os Professores Abel de Oliveira e Estelita Lins, Cel. Dr. Angelo Godinho dos Santos e o representante do sr. General Diretor de Saúde do Exército. Aberta a sessão, o sr. Presidente participa achar-se na ante-sala o acadêmico Dr. Godofredo da Costa Freitas, cuja posse se dará em segunda. Nomeada a comissão para introduzi-lo no recinto, ao novo titular foi aposta a medalha simbólica, ouvindo-se prolongada salva de palmas. Para recepcioná-lo, foi dada a palavra ao acadêmico Dr. Azais de Freitas Duarte. Após sua bela peça oratória, discursou, para agradecer, o recipiendário. Terminada a parte relativa à esta posse, foram entregues os prêmios "Academia Brasileira de Medicina Militar", "General João Severiano da Fonseca", "General Augusto Cezar Diogo", "H. C. E." e "L. Q. F. E.", respectivamente, aos srs. Dr. Luiz Geraldo da Rocha Azevedo, Doutor Renato Cortes, representando o acadêmico Dr. Marques Porto, 1.º Ten. Dr. Gerardo Majella Bijos, Cel. Dr. Benjamin Gonsalves e Cap. Dr. Olyntho Pillar e 1.º Ten. Farm. Dr. Majella Bijos. Pelos laureados falaram os Drs. Luiz Geraldo da Rocha Azevedo e Benjamin Gonsalves, cujas orações agradaram plenamente. Para encerrar a sessão e agradecer a presença dos acadêmicos, autoridades, convidados e exmas. famílias disse palavras o sr. Presidente. Eu, Gerardo Majella Bijos, lavrei e assino a presente ata.

17.ª SESSÃO ORDINÁRIA

Aos vinte seis dias de abril do ano de 1944, no salão de confe-

rências da Escola de Saúde do Exército, esteve reunida em sua sessão ordinária a Academia Brasileira de Medicina Militar. Presidiu-a o acadêmico Cel. Dr. Florencio de Abreu, secretariado pelos acadêmicos Dr. Jaime de Azevedo Vilas Boas e Gerardo Majella Bijos. Estiveram presentes os acadêmicos Florencio de Abreu, Vilas Boas, Majella Bijos, Achilles Paulo Gallotti, Otavio Amaral, Azais Duarte, Godofredo Freitas, Olyntho Pillar, Monteiro Sampaio, Heraldo Maciel. Havendo número legal, o sr. presidente declara aberta a sessão e reinicia, dessa maneira, os trabalhos acadêmicos. Procedida a leitura da ata da sessão anterior, foi a mesma, sem discussão e por unanimidade, aprovada. O sr. Presidente declara expirar a 30-VI-44 o prazo de inscrição para as 4 vagas abertas para o Serviço de Saúde da Aeronáutica — 3 para especialidades e 1 para cirurgia — e 1 para o Serviço de Saúde da Armada — seção de Medicina, todas resultantes da reforma de Estatutos e 1 vaga, seção de Especialidades, para o Serviço de Saúde do Exército, decorrente da transferência do acadêmico Jesuino de Albuquerque para a reserva remunerada, conforme disposição estatutária. Participa, ainda, haver sido transferido para a reserva o Coronel Farm. Manuel Vieira da Fonseca Junior, que deixa vaga na seção de Farmácia do Serviço de Saúde do Exército, sendo sua cadeira posta em concurso. Em face do afastamento temporário do Acadêmico Pinto Fernandês, que fôra para a America do Norte, depois de lida sua renúncia ao cargo de bibliotecário, é o mesmo declarado vago. No expediente, o acadêmico Achilles Paulo Gallotti comunica o agrado com que os meios intelectuais do Estado de São Paulo receberam a conferência pronunciada na Escola Paulista de Medicina, a aula inaugural dos cursos médicos de 1944, pelo Cel. Dr. Florencio de Abreu, e pede seja inserto na ata dos trabalhos de hoje um voto de congratulação com o presidente da Academia. Este agradece a comunicação do acadêmico Gallotti e diz que, atendendo convite da congregação daquele Estabelecimento, tivera, apenas, mais uma oportunidade de entrar em contato com a classe médica de S. Paulo e, por dever funcional, submete aos presentes, para deliberação, a proposta anterior. Esta é aprovada sob salva de palmas, por expressiva unanimidade de votos. Por motivo do passamento do Professor e acadêmico Helion Póvoa, o acadêmico Heraldo Maciel propôs um voto de profundo pesar. O sr. Presidente, pela mesa, solidariza-se ao voto e propõe um minuto de silêncio à memória de tão ilustre figura da medicina brasileira, prematuramente roubada ao convívio da humanidade. Ambas as propostas foram aprovadas. Na ordem do dia, ocupa a tribuna o acadêmico Godofredo da Costa Freitas para dissertar sobre "Oclusões intestinais", merecendo sua magnífica comunicação lisonjeiros comentários dos acadêmicos: Heraldo Maciel e Florencio de Abreu, aos quais respondeu o conferencista. Nada mais havendo a tratar, lavrei a presente ata que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário.

18.ª SESSÃO ORDINÁRIA

Aos cinco dias do mês de julho de 1944, no salão de conferências da Escola de Saúde do Exército, esteve reunida a Academia Brasileira de Medicina Militar. Presidiu a sessão o acadêmico Cel. Doutor Florencio de Abreu, secretariado pelos acadêmicos Dr. Jaime Vilas Boas e Gerardo Majella Bijos. Estiveram presentes os acadêmicos

cujos nomes constam do livro de presença. Ao abrir a sessão, o senhor Presidente comunica a casa que o Almirante Dr. Heraldo Sampaio, transferido para a reserva remunerada, havia por dispositivo estatutário, sido incluído na classe dos eméritos e que achando-se na sala o atual Diretor de Saúde Naval, Almirante Dr. Fabio de Vasconcelos, também, por letra dos Estatutos, presidente de Honra desta entidade, tinha o prazer de convidar sua Excia. para assumir a presidência de honra da casa, o que foi feito sob prolongada salva de palmas. Ao ser empossado na Presidência, o Exmo. Sr. Almirante Doutor Fabio de Vasconcelos pronunciou algumas palavras referentes ao ato e que traduziram seu agradecimento e incentivo à obra de beneficência realizada. Prosseguindo os trabalhos, a assembléia tomou conhecimento de que, terminado o prazo para as inscrições ao concurso para o preenchimento de vagas de titulares em diversas seções, apresentaram-se os seguintes candidatos: Majores Drs. Oriovaldo Benitez de Carvalho Lima, Waldemar Basgal e Waldemir Salem para as cadeiras da seção de especialidades destinadas ao Serviço de Saúde da Aeronáutica; para o julgamento do trabalho, título e demais documentos destes candidatos, foi nomeada a seguinte comissão: acadêmicos Godinho dos Santos, Otavio Amaral e Generoso Ponce; o Cap. Ten. Dr. Custódio Filgueiras Martins para a cadeira vaga da seção de medicina destinada ao Serviço de Saúde da Armada. Para o julgamento da documentação apresentada foi designada a seguinte comissão: acadêmicos Heraldo Maciel, Castro Araujo e Francisco Leitão; o Major Farm. Saturnino de Oliveira Filho para a cadeira vaga da seção de Farmácia, destinada ao Serviço de Saúde do Exército; para o julgamento dos trabalhos e documentos apresentados foi nomeada a seguinte comissão: acadêmicos Achilles Gallotti, Olyntho Pillar e Majella Bijos. Em seguida, declara a presidência que ficam abertas as inscrições pelo prazo de 90 dias para o preenchimento das seguintes cadeiras vagas: uma na seção de Especialidades e uma na seção de Farmácia, ambos do Serviço de Saúde do Exército, a primeira resultante da transferência para a classe dos eméritos, do Cel. Dr. Jesuino de Albuquerque e a outra pelo mesmo motivo, do Major Farm. Rodolfo Pereira dos Santos. A casa tomou, a seguir, conhecimento de uma proposta que está sobre a mesa, indicando os nomes dos Drs. Manuel Claudio da Mota Maia, Osvaldo Pinheiro Campos e Alvaro Lourenço Jorge, Joaquim Mota e Farm. Osvaldo de Almeida Costa, para membros honorários nacionais. De acordo com as disposições em vigor é nomeada a seguinte comissão para dar parecer: acadêmicos Azais Duarte, Achilles Gallotti e Olyntho Pillar. Não havendo expediente, é procedida a leitura da ata anterior, que, sem discussão é unanimemente aprovada. Na ordem do dia ocupa a tribuna o acadêmico e presidente da casa Cel. Dr. Florencio de Abreu para realizar uma comunicação sob o título: "Sobre um caso de afasia total". Esta comunicação mereceu os comentários dos acadêmicos Generoso Ponce, Gabriel Duarte, Francisco Leitão, Godofredo Freitas, que se referiram com grande entusiasmo ao conferencista e a oportunidade de assunto trazido à casa. O Sr. Presidente de Honra fez elogios ao orador da noite que, em seguida, agradece. Com a palavra o acadêmico Majella Bijos, lê sua comunicação intitulada "Penicilina — aspectos químicos e terapêuticos". Esta palestra motivou demorados debates por parte dos acadêmicos: Heraldo Maciel, Francisco Leitão, Godofredo Freitas, Castro Araujo, Olyntho Pillar, Abel de Oliveira e Florencio de Abreu, todos acordes na oportuni-

dade da comunicação. O sr. Presidente de Honra agradece ao conferencista e enaltece seu trabalho. E encerrada, a seguir, a sessão ordinária. Aberta a sessão para realização da assembléia geral extraordinária é a mesma declarada convocada para o próximo dia 25, as mesmas horas, em 2.^a convocação, quando deliberará com o mínimo de 10 membros com direito a voto, em face de falta de número legal para a sua constituição em 1.^a convocação, e destinada à eleição para o preenchimento de cargos vagos na diretoria. Nada mais havendo a tratar, é declarada encerrada a sessão, lavrando o 2.^o secretário esta ata que assina. Gerardo Majella Bijos.

9.^a ASSEMBLEIA GERAL E 5.^a SESSÃO SOLENE

Aos vinte e cinco dias do mês de julho de 1944, no salão de conferências da Escola de Saúde do Exército, esteve reunida em sessão solene a Academia Brasileira de Medicina Militar. Presidiu a sessão o Coronel Dr. Florencio de Abreu, que teve a secretariá-lo o acadêmico Gerardo Majella Bijos. Estiveram presentes os acadêmicos cujos nomes constam da lista de presença e pessoas convidadas. Aberta a sessão, o Sr. Presidente convida a tomar parte na mesa os Exmos. Srs. representantes de S. Ex. o Sr. Presidente da República, Almirante Diretor de Saúde Naval e Presidente de Honra da Academia, o Chefe do Serviço de Saúde da Aeronáutica, o Consul Geral do Uruguai e o Chefe de Gabinete da Diretoria de Saúde do Exército. A seguir, o sr. Presidente nomeia os acadêmicos Dr. Azais Duarte e Achilles Gallotti para introduzirem no recinto o Cap. Tenente Dr. Waldir Caldas Pires, novo membro titular, secção de Especialidades, do S. S. de Armada, o que é feito sob palmas. O recipiendário recebe então, do sr. Presidente a medalha simbólica, indo tomar assento entre os acadêmicos. A oração da pragmática é proferida pelo acadêmico Dr. Heraldo Maciel, tendo agradecido o recipiendário. Em seguida é a sessão suspensa por cinco minutos. Ao ser reaberta, o sr. Presidente anuncia que, havendo número legal, a Academia ia reunir-se em assembléia geral, em 2.^a convocação. Lida a ata da sessão anterior, foi a mesma aprovada sem discussão. O sr. Presidente determina a leitura dos pareceres que se encontram sobre a mesa, o que efetua o secretário. Após a leitura de cada parecer era o mesmo submetido a discussão e votação, verificando-se os seguintes resultados: Para os preenchimentos das cadeiras 46, 47 e 48, do Serviço de Saúde da Aeronáutica, secção de Especialidades, os pareceres aprovados unanimemente, a assembléia elegeu membros titulares os Majores Médicos da Aeronáutica Drs. Waldemir Salem, Oivaldo Benitez de Carvalho Lima e Waldemar Basgal, respectivamente. Para a vaga, existente na secção de Medicina do Serviço de Saúde da Armada, cadeira n.º 50, após a aprovação unanime do parecer, foi eleito o sr. Cap. Ten. Médico Dr. Custódio Figueira Martins. Para a vaga existente na secção de Farmácia do Serviço de Saúde do Exército, foi eleito unanimemente o Major Farmacêutico Saturnino de Oliveira Filho. Os trabalhos e pareceres são arquivados. Continuam vagas: uma cadeira no S. S. da Aeronáutica, secção de Cirurgia; uma cadeira no Serviço de Saúde do Exército, secção de Especialidades e uma na secção de farmácia do Serviço de Saúde do Exército, em virtude da transferência da classe dos titulares para a de eméritos do Major Farmacêutico Rodolfo Pereira dos Santos, incluído, a pedido, na reserva remunerada, cujos prazos finais de inscrição são a 30-XI-944. Em

seguida, é lido o parecer indicando os nomes dos srs. Drs. Manuel Claudio da Motta Maia, Osvaldo Pinheiro Campos, Alvaro Lourenço Jorge, Joaquim Motta e farm. Osvaldo de Almeida Costa, para membros honorários nacionais, sendo aprovada unanimemente. O senhor Presidente declara que estando vagos os cargos de Secretário Geral, Primeiro Secretário e Bibliotecário ia ser procedida a eleição, pelo que suspendia a sessão por cinco minutos. Reaberta esta, foram os acadêmicos Achilles Gallotti e Olyntho Pillar nomeados escrutinadores. Efetuada a eleição verificou-se o seguinte resultado: Para Secretário geral — Acadêmico Dr. Heraldo Maciel — 10 votos; 1.^o secretário — Acadêmico Dr. Benjamin Gonsalves — 10 votos; Bibliotecário Acadêmico Dr. Geraldo Amorim e outros menos votados. Em face do resultado acima, foram os novos diretores declarados empossados. Nada mais havendo a tratar, foi declarada encerrada a sessão, lavrando esta ata que assina. Gerardo Majella Bijos, 2.^o secretário.

6.^a SESSÃO SOLENE

Aos trinta dias do mês de agosto de mil novecentos e quarenta e quatro, no salão de conferências da Escola de Saúde do Exército, reuniu-se a Academia Brasileira de Medicina Militar sob a presidência do Coronel Dr. Florencio de Abreu e a secretaria dos acadêmicos Doutores Benjamin Gonsalves e Majella Bijos, da mesa fazendo parte os Almirantes Fábio de Vasconcelos e Tosta Melo. Ao abrir a sessão, o sr. Presidente nomeia uma comissão de acadêmicos para introduzir no recinto os srs. Drs. Major Farm. Saturnino de Oliveira Filho e Cap. Ten. Custódio Figueira Martins, membros titulares, da secção de Farmácia, do Exército, e de Medicina, da Armada. Aponto aos novos titulares a medalha simbólica, o presidente da Academia disse palavras de apreço para os recipiendários. Afim de proferirem as saudações da pragmática, ocuparam a tribuna os acadêmicos Cap. de Frag. Dr. Geraldo Augusto Amorim e Cap. Farm. Olyntho Pillar, parabenizando, respectivamente, o Cap. Ten. Dr. Custódio Figueiras Martins e Major Farm. Saturnino de Oliveira Filho, que discursaram a seguir, sendo todos os oradores vivamente aplaudidos. Sr. Presidente declara suspensa a sessão por cinco minutos. Reaberta esta, ocuparam a tribuna, na ordem do dia, os acadêmicos Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão sobre "BLOQUEIO SINO-AURICULAR" e Major Dr. Jaime Vilalonga sobre "Quimografia". Pelo adiantado da hora, estas comunicações serão discutidas na próxima sessão. Nada mais havendo a tratar, foi levantada a sessão, tendo eu lavrado esta ata, que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.^o Secretário.

7.^a SESSÃO SOLENE E 18.^a SESSÃO ORDINÁRIA

Aos vinte dias do mês de setembro, às 21 horas, no salão de conferências da Escola de Saúde do Exército, sob a presidência do Coronel Dr. Florencio de Abreu e secretaria dos acadêmicos Dr. Benjamin Gonsalves e farmacêutico Majella Bijos, esteve reunida, em sessão solene, a Academia Brasileira de Medicina Militar para recepcionar o novo membro honorário nacional Professor Dr. Osvaldo Pinheiro Campos, que introduzido no recinto pelos acadêmicos Olyntho Pillar e Waldir Pires, recebeu, sob palmas, do Presidente da casa a medalha simbólica. Para dar-lhe as boas vindas, ocupou, a seguir, a tribuna o orador oficial da casa, acadêmico Capitão Dr. Francisco Corrêa

Leitão, tendo o recepiendário discursado em agradecimento. Suspensa a sessão por cinco minutos, a mesma é reaberta. Na tribuna, o acadêmico Osvaldo Pinheiro Campos apresenta interessante filme sobre "Cirurgia Ortopédica Reconstructora no Tratamento das Osteomielites". O seu filme mereceu os mais francos aplausos da Academia. Em seguida, o acadêmico Professor Dr. Moreira da Fonseca profere sua magnífica aula sobre "Bruceloses", que é comentada pelo acadêmico Dr. Francisco Leitão. O Senhor Presidente, encerrando a sessão, felicita vivamente os dois conferencistas da noite e transmite à casa o convite para a inauguração do monumento a Miguel Couto, no dia 3 de outubro próximo vindouro. Nada mais havendo a tratar, lavro a presente, que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário.

8.ª SESSÃO SOLENE E 19.ª SESSÃO ORDINÁRIA

Aos 25 dias do mês de outubro de 1944, sob a presidência do acadêmico Dr. Florencio de Abreu e secretaria dos acadêmicos Doutores Benjamin Gonçalves e Majella Bijos, esteve reunida a Academia Brasileira de Medicina Militar. Aberta a sessão, é constituída a mesa pelos Exmo. Sr. General Diretor do Ensino Militar, representantes dos Exmos. Srs. Presidente do Supremo Tribunal Militar e do Clube Militar, General Comandante da Polícia Militar e Sociedade de Medicina e Cirurgia. Anunciada a presença na ante-sala do novo membro honorário Dr. Joaquim Mota, o sr. Presidente designa os acadêmicos Drs. Achilles Gallotti e Azais Duarte para introduzi-lo no recinto, o que se efetua sob prolongada salva de palmas. A seguir, o sr. Presidente apõe ao recipiendário a medalha simbólica e profere palavras encomiásticas ao novo membro. A saudação da pragmática é proferida pelo acadêmico Ten. Cel. Dr. Benjamin Gonçalves, respondendo, com muito agrado, o recipiendário. O sr. Presidente declara suspensa a sessão por dez minutos. Ao reabri-la, concede a palavra ao acadêmico Dr. Carlos Fernandes para proferir a sua anunciada conferência em colaboração com o Dr. Alberto de Oliveira sobre o título: "Contribuição ao registro elétrico da atividade cardíaca". A comunicação pelo adiantado da hora ficou para discussão na próxima sessão, sendo, em seguida, encerrada a sessão. E para constar lavrei a presente ata que vai por mim assinada. Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário.

20.ª SESSÃO ORDINÁRIA

Aos oito dias do mês de Novembro de 1944, às 20,30 horas, sob a presidência do Coronel Dr. Florencio de Abreu e secretaria dos acadêmicos Dr. Benjamin Gonçalves e Gerardo Majella Bijos, — reuniu-se a Academia Brasileira de Medicina Militar. Aberta a sessão o Sr. Presidente anuncia à casa que, de acordo com os Estatutos, a Assembléia Geral não se realizará em primeira convocação por falta de número, ficando desde já convocados os Srs. Acadêmicos para se reunirem em Assembléia Geral no dia 16 do corrente, neste mesmo local e hora, para procederem a eleição da nova Diretoria que regerá os destinos da sociedade no ano de 1945 e declara iniciados os trabalhos da 20.ª sessão ordinária. Lida a ata foi a mesma aprovada. Na ordem do dia ocupou a tribuna o Acadêmico Prof. Osvaldo Pinheiro Campos que proferiu sua anunciada conferência: "tratamento da osteomielite aguda e crônica" com apresentação de filmes originais. Sua interessante, oportuna e ilustrada conferência, por todos aplaudida, foi longamente

comentada pelos acadêmicos Francisco Leitão, Moreira da Fonseca, Majella Bijos e pelo Presidente que agradeceu ainda, a sua contribuição preciosa. E, para constar, lavrei a presente ata, que vai por mim assinada. Gerardo Majella Bijos.

10.ª ASSEMBLEIA GERAL

Aos dezesseis dias do mês de novembro do ano de mil novecentos e quarenta e quatro, no salão nobre da Escola de Saúde do Exército, presidida pelo Coronel Dr. Florencio de Abreu e secretaria dos acadêmicos Tenente-Coronel Dr. Benjamin Gonçalves e 1.º Tenente Farmacêutico Gerardo Majella Bijos, reuniu-se, em 2.ª convocação, a Academia Brasileira de Medicina Militar, em assembléia geral. Aberta a sessão, verificando número legal, foi lida a ata, que sem discussão foi aprovada. Em seguida, procedeu-se a leitura do relatório do Presidente com referência às principais ocorrências do ano social. Para o processo do trabalho eleitoral foram designados os acadêmicos Doutores José Monteiro Sampaio e Olyntho Pillar, para escrutinadores. Suspensa a sessão por cinco minutos, foi a mesma, depois, reaberta. Os acadêmicos Drs. Jaime de Azevedo Vilas Boas, Alfredo Issler Vieira, Guilherme Machado Hautz e Nelson de Barros Vasconcelos, de Juiz de Fora, São Paulo, Bagé e Friburgo, remeteram seus votos, que foram, a seguir, computados. Procedida a chamada, foram os acadêmicos depositando na urna o respectivo voto. Apurada a votação, verificou-se o seguinte resultado: Presidente — Coronel Dr. Florencio de Abreu, 19 votos — General Dr. João Afonso de Sousa Ferreira, 1; Vice-Presidente — Cel. Dr. Alcides Romeiro da Rosa, 19 votos — Coronel Dr. Humberto Martins de Melo, 1 voto; Secretário Geral — Cap. de Mar e Guerra Dr. Heraldo Maciel, 19 votos — Cap. Ten. Doutor Custodio Figueira Martins, 1; 1.º Secretário — Cel. Dr. Benjamin Gonçalves, 19 votos — Cel. Dr. Achilles Paulo Gallotti, 1; 2.º secretário — Ten. Gerardo Majella Bijos, 19 votos — Cap. Olyntho Pillar, 1; 1.º Tesoureiro — Major Dr. Azais de Freitas Duarte, 19 votos — Major Dr. Ismar Tavares Mutel, 1; 2.º Tesoureiro — Major Doutor Jaime Vilalonga, 18 votos — Cap. Dr. Osvaldo Monteiro, 1; Major Oriovaldo Lima, 1; Orador — Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão, 19 votos — Cap. Olyntho Pillar, 1; Bibliotecário — Cap. Frag. Dr. Geraldo Amorim, 20 votos. Em seguida, o Cel. Dr. Florencio de Abreu proclama eleitos os mais votados, tendo ficado constituída, então, a seguinte diretoria para o ano de 1944-1945: Presidente, Cel. Dr. Florencio de Abreu; Vice-Presidente — Cel. Dr. Alcides Romeiro da Rosa; Secretário Geral — Cap. de Mar e Guerra Dr. Heraldo Maciel; 1.º Secretário — Ten. Cel. Dr. Benjamin Gonçalves; 2.º Secretário — 1.º Tenente Gerardo Majella Bijos; 1.º Tesoureiro — Major Dr. Azais de Freitas Duarte; 2.º Tesoureiro — Major Dr. Jaime Vilalonga; Orador — Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão; Bibliotecário — Cap. Frag. Doutor Geraldo Amorim. A posse verificar-se-á no dia 8 de dezembro de 1944. O Presidente agradece, no seu nome e no de seus companheiros, a reeleição e eleição alcançadas. Nada mais havendo a tratar, lavrei a presente ata que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário.

9.ª SESSÃO SOLENE

Aos vinte e dois dias do mês de Novembro de mil novecentos e quarenta e quatro, na Sala de Sessões da Escola de Saúde do Exército, reuniu-se, em sessão solene, a Academia Brasileira de Medicina

Militar sob a presidência do Coronel Dr. Florencio de Abreu e secretaria dos acadêmicos Ten. Cel. Dr. Benjamin Gonsalves e 1.º Tenente farm. Majella Bijos. Aberta a sessão, ficou a mesa constituída do representante do Sr. General Diretor de Saúde, dos Presidentes da Associação Brasileira de Farmacêuticos, Sociedade Brasileira de Química, representantes do Diretor do Hospital Miguel Couto e da Sociedade de Farmácia e Química de São Paulo, sendo pelo Sr. Presidente declarado que a sessão tinha por fim recepcionar os novos membros honorários nacionais, Professores Drs. Manoel Claudio da Mota Maia e Farmacêutico Osvaldo de Almeida Costa, que na ante-sala se encontravam, nomeando a seguir, para introduzi-los no recinto, os acadêmicos Achilles Gallotti e Olyntho Piliar e Romeiro da Rosa e Otavio Amaral, respectivamente. Aos novos membros foram, em seguida, apostas as medalhas simbólicas, proferindo nessa ocasião, o Presidente, palavras encomiásticas. Para saudar o acadêmico Mota Maia, falou o acadêmico Abel de Oliveira e para receber o acadêmico Osvaldo Costa, discursou o acadêmico Majella Bijos. As saudações da pragmática, responderam os recipiendários. Todos os oradores foram aplaudidos pela seleta assistência que enchia literalmente o recinto. Em seguida o Sr. Presidente declara encerrada a sessão, agradecendo, antes, a presença de todos. Nada mais havendo a tratar, lavrei a presente ata que assino. Gerardo Majella Bijos, 2.º Secretário.

ATA DA 10.ª SESSÃO SOLENE

Aos oito dias do mês de Dezembro de 1944, na sala de sessões da Escola de Saúde do Exército, reuniu-se em sessão solene a Academia Brasileira de Medicina Militar afim de dar posse á nova Diretoria eleita para o ano de 1945. A sessão foi presidida pelo Coronel Doutor Florencio de Abreu e secretariada pelos acadêmicos Ten. Coronel Dr. Benjamin Gonsalves e 1.º Ten. Farm. Gerardo Majella Bijos, da mesa fazendo parte representações oficiais e os Exmos. Sr̃s. Almirante Dr. Fabio Vasconcelos e General Valentim Benicio da Silva. A posse foi efetivada pelo Presidente de Honra, Almirante Dr. Fabio Vasconcelos, sendo aplaudidos os novos diretores: Presidente: Coronel Doutor Florencio Carlos de Abreu Pereira; Vice-Presidente: Coronel Doutor Alcides Romeiro da Rosa; Secretário Geral: Cap. de Fragata Doutor Heraldo Maciel; 1.º Secretário: Ten. Cel. Dr. Benjamin Gonsalves; 2.º Secretário: 1.º Tenente Farm. Dr. Gerardo Majella Bijos; 1.º Tesoureiro: Major Dr. Azais de Freitas Duarte; 2.º Tesoureiro: Major Dr. Jayme Vilalonga; Orador: Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão e Bibliotecário: Cap. de Fragata Dr. Geraldo Augusto Pires de Amorim. Em seguida toma a palavra o Orador oficial, Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão, para o discurso da pragmática, em face de ser a sessão comemorativa do 4.º aniversário de fundação da Academia. Sua oração, muito aplaudida, constará do Boletm. O Presidente, Coronel Doutor Florencio de Abreu, pronuncia, então, o discurso oficial, no mesmo sugerindo a criação da "Casa do Militar", ideia que agradou plenamente. Nada mais havendo a tratar, o Sr. Presidente declara encerrada a sessão, agradece a presença dos convidados e Exmas famílias e sendo verdade, lavrei e assino a presente ata. Gerardo Majella Bijos, 2.º secretário.

SUMÁRIOS DAS PUBLICAÇÕES FEITAS NOS ANAIS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

ANO I — 1936

- "HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Histórico" — Alves Cerqueira.
- "MENINGO-TYPHUS" — Dr. F. Leitão.
- "MOMENTOS MÉDICO-LEGAIS" — Dr. Aridio 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. Ernestino de Oliveira.
- "EM TÓRNO DE UM CASO DE NEURO-PSIQUIATRIA" — Dr. Henrique Chaves.
- "EM TÓRNO DE TRÊS COLECISTECTOMIAS" — Dr. Câmara Leal.
- "FERIMENTOS DA Pelve" — Dr. Gilberto Peixoto.
- "ASSOCIAÇÕES SINDRÔMICAS EM PATOLOGIA NERVO-SA E MENTAL" — Dr. Jurandir Manfredini.
- "TRATAMENTO DA ESQUISTOSOMOSE PELOS CLITERES DE EMÉTICO" — Dr. Cândido Ribeiro.
- "PARALISIAS DO MOTOR OCULAR EXTERNO E SUA SIGNIFICAÇÃO CLÍNICA" — Dr. Paiva Gonçalves.
- "DERMATITE HERPETIFORME DE DUHRING, GENERALIZADA" — 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 TERAPÊUTICA BLENORRÁGICA" — Dr. Augusto Rosadas.

- "ESPONDILITE SIFILÍTICA E PNEUMOCÓCICA" — Dr. Generoso de Oliveira Ponce.
 "O MOSQUITEIRO NACIONAL" — Dr. Euclides Goulart Bueno.
 "O HOSPITAL E SUA SECRETARIA" — Aristarco Ramos.
 "A AÇÃO CONSTRUTORA DA COMUNIDADE DE S. VICENTE DE PAULA, NOS HOSPITAIS DO EXÉRCITO NACIONAL" — Dr. Plínio Faelante.

ANO II — 1937

- "HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E SUAS ATIVIDADES" — J. Acylino de Lima.
 "HEMOSSOLIDIFICAÇÃO E CLÍNICA" — Dr. Ismar Tavares Mutel.
 "EM TÓRNO DE UM CASO DE TERÇA MALIGNA" — Dr. Josefi Nunes Ribeiro.
 "ANEURISMA ARTERIO-VENOSO FEMURAL" — Dr. Ernestino de Oliveira.
 "NOVA TÉCNICA PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA VARICOCELE" — Dr. Guilherme Hautz.
 "FERIDA PENETRANTE DO ABDOME COM LESÕES MULTIVISCERAIS" — 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 propósito de um caso de esquizofrenia, incapacitado há quatro anos e posteriormente readaptado à atividade militar) — Dr. Jurandir Manfredini.
 "DA ARTE DOS CRIMINOSOS" (nota prévia) — Dr. Ubirajara da Rocha.
 "A AUTO-UROTERAPIA NO TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES BLENORRÁGICAS" — Dr. Olarico Xavier Airoso.
 "OTITE MÉDIA PURULENTA AGUDA, MASTOIDITE, ABCESSO EXTRA-DURAL E ABCESSO DO CÉREBRO" — Dr. Otávio Amaral.
 "CLÍNICA DE OLHOS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO" — Dr. Paiva Gonçalves.
 "EM TÓRNO DA SÍFILIS CUTÂNEA" — Dr. Euclides Goulart Bueno.

- "FINALIDADES DO CENTRO DE TRATAMENTO DA SÍFILIS DO H. C. E." — Dr. Luiz Cesar de Andrade.
 "O QUE JULGAMOS MELHOR NO TRATAMENTO DE VENÉREOS" — Dr. Alcebiades Schneider.
 "REALIZAÇÕES DA FARMÁCIA, SEU EVOLUIR, FORMULÁRIO FARMACÊUTICO MILITAR" — Primeiros-tenentes farmacêuticos Oscar Tavares Gomes, Ismael Ribeiro da Silveira Pinto e Arnaldo de Almeida Pontes.
 "FARMACOTÉCNICA DOS COLÍRIOS" — Gerardo Majella Bijos, 2.º Tenente-Farmacêutico.
 "SEPSIA BUCAL" (INFEÇÕES EM FOCO) — Cap. Dr. Alberto 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.
 SOBRE UM CASO DE BLASTOMICOSE — Major Dr. Luiz Cesar de Andrade.
 LUXAÇÃO HABITUAL DA RÓTULA — Major Dr. Gilberto Peixoto.
 CONCEITO ATUAL DA DOENÇA DE VOLKMANN — Major Dr. E. Marques Porto.
 TRAUMATISMOS CRÂNIO-ENCEFÁLICOS FECHADOS — (Conduta terapêutica) — Capitão Dr. Ernestino de Oliveira.
 A PROPÓSITO DE UM CASO DE ÓSTEO ARTRITE CRÔNICA DO COTOVELO — Capitão Dr. Guilherme Hautz.
 DILATAÇÃO AGUDA DO ESTÔMAGO POR HEMORRÁGIA ÚLCEROSA INTRA-GÁSTRICA — Capitão Dr. Osvaldo Monteiro.
 HIDRONEFROSE E TUMOR DA FOSSA ILÍACA ESQUERDA — 1.º Tenente Dr. José Fadigas de Souza Junior.
 PULMONARITE — Capitão Dr. Generoso de Oliveira Ponce.
 AS IDEIAS BÁSICAS SOBRE O CALOR ANIMAL — 1.º Tenente Dr. Talino Botelho.
 NECESSIDADES E VANTAGENS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 PSICOPATOLÓGICOS — Capitão Dr. Gabriel Duarte Ribeiro.

- CORÉIA TRAUMÁTICA — 1.º Tenente Dr. Jurandir Manfredini.
 SUICÍDIO — Major Dr. Aridio Martins.
 TREPONEMOSCOPIA — Capitão Dr. Ismar Tavares Mutel.
 A HORMONOTERAPIA NAS AFECÇÕES PROSTÁTICAS — Capitão Dr. A. Calmon de Oliveira e 1.º Tenente Dr. João Ellentt.
 CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA MARCONITERAPIA — Major Dr. Euclides Goulart Bueno.
 ALGUMAS NOTAS SOBRE O DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO DO CÂNCER — 2.º Tenente farmacêutico Gerardo Majella Bijos.
 NOTAS GERAIS SOBRE A SECÇÃO DE HIPODERMIA DA FARMÁCIA DO H. C. E. — 1.º Tenente farmacêutico Dr. J. C. do Rêgo Barros e 2.º Tenente farmacêutico Gerardo Majella Bijos.
 FORMULARIO FARMACÊUTICO-MILITAR — 1.º Tenente farmacêutico Oscar Tavares Gomes.
 EM TÓRNO DE UM CASO DE ANOMALIA DENTÁRIA — 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. Ernestino 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 INFECCÃO TIFO-PARATÍFICA 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 CARATER 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 EPILEPSIA — 1.º Tenente Dr. Nelson Bandeira de Mello.
 A PSIQUIATRIA TRAUMÁTICA — Cap. Dr. Jurandir Manfredini.
 MANIFESTAÇÕES OCULARES DOS TUMORES HIPOFISÁRIOS — Cap. Dr. Paiva Gonçalves.
 DUAS OBSERVAÇÕES DO SERVIÇO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA (SÍFILIS CEREBRAL SIMULANDO MENINGITE SÉPTICA E ABCESSO DO CEREBRO) — Cap. Dr. Otávio Amaral.
 ESBOÇO PARA A PROFILAXIA DA SÍFILIS NO EXÉRCITO — Maj. Dr. Luiz Cesar de Andrade.
 GONOCOCCIAS E A MODERNA TERAPÊUTICA PELOS DERIVADOS ORGÂNICOS DO ENXOFRE — Cap. Dr. A. Calmon de Oliveira e 1.º Ten. Dr. João Ellentt.
 O SERVIÇO MILITAR E A TUBERCULOSE — Major Dr. Francisco Rodrigues de Oliveira.
 LIQUOR - SUA ORIGEM — Cap. Dr. Ismar Tavares Mutel.
 CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA PROTIDIMIA E LIPIDÍMIA NOS MEIOS MILITARES — 1.º 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 Goulart Bueno.

ANO V — 1940

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 BANT — Capitão Dr. Generoso de Oliveira Ponce.

HEMI-INTERSEXUALIDADE — Capitão Dr. Firmino Gomes Ribeiro.

A PROPOSITO DAS CONCREÇÕES URINARIAS — 1.º Tenente Farmacêutico Dr. Olyntho Luna Freire do Pillar.

IDÉIAS ATUAIS SOBRE TENSÃO ARTERIAL — 1.º Tenente Dr. Abelardo Lobo.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA ELIMINAÇÃO DE ÉSTERES DE AMINO-ÁCIDOS — 1.º Tenente Farmacêutico Dr. Gerardo Majella Bijos.

Clínicas Cirúrgica e Uro-proctológica

GÊNESE E DOCTRINAS DA CONCUSSÃO CEREBRAL — Capitão Dr. Oswaldo Monteiro.

ADERÊNCIAS PERITONIAIS — Capitão Dr. Joaquim Pinheiro Monteiro.

EPIDIDIMITES E ARTRITES BLENORRÁGICAS E SEU TRATAMENTO — Capitão Dr. João Ellentt.

FIGADO APENDICULAR — Capitão Dr. Godofredo de Freitas.

Clínica de Doenças Infecto-contagiosas

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS DISENTERIAS — 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

SEGREDO MÉDICO — REVELAÇÃO PERMITIDA — Major Dr. Arídio Martins.

Clínica Dermatológica

O FOGO SELVAGEM — Capitão Dr. Santayana de Castro.

Serviço Químico-farmacêutico

SOBRE O PREPARO DE INJETÁVEIS DE GLICOSE — Capitão Farmacêutico Dr. João Clemente do Rêgo Barros.
O PREPARO DE CERTAS TINTURAS — 1.º 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 Acylino de Lima.

Clínica Médica e Pesquisas Clínicas

POLISEROSITE E DISSEMINAÇÃO POLI-VISCERAL TUBERCULOSAS — Capitães Drs. Generoso de Oliveira Ponce e Dicleciano Pegado Junior.
ATELECTASIA PULMONAR — Capitães Drs. Generoso de Oliveira Ponce e Juarez Pereira Gomes.

CARCINOMA PRIMITIVO DA CABEÇA DO PÂNCREAS — Capitães Drs. Generoso de Oliveira Ponce e Diocleciano Pegado Junior.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA ELIMINAÇÃO E CONCENTRAÇÃO 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 Tenente Farmacêutico Gerardo Majella Bijos.

Clínicas Cirúrgica e Uro-proctológica

VACINOTERAPIA SEGMENTARIA INTRA-ARTERIAL — Capitão Dr. Otávio Salema.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS LITÍASES RENAIAS — Capitão Dr. Joaquim Pinheiro Monteiro.

PERITONITES TUBERCULOSAS — Capitão Dr. Oswaldo Monteiro.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTREITAMENTO DA URETRA — 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 DENTARIA — 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 AMBULATORIO — Capitão Dr. Otávio Amaral.

SÍNTESE BIOTIPOLOGICA — Capitão Dr. Carlos Paiva Gonçalves.

Medicina Legal

PRESIDIARIOS — PRESIDIOS — CONSELHO PENITENCIÁRIO E MEMBROS MÉDICOS — Major Dr. Aridio Fernandes Martins.

Notas e Estatísticas

O SERVIÇO QUÍMICO-FARMACÊUTICO DO H. C. E.

O SERVIÇO ODONTOLÓGICO.

ESTATÍSTICA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, REFERENTE AO ANO DE 1940 — Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello.

CENTRO DE ESTUDOS.

ANO VII — 1942

Direção

O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

DISCURSO PRONUNCIADO NO DIA 7 DE NOVEMBRO DE 1941 POR OCASIÃO DA POSSE NO 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 TERAPEUTICA SANATORIAL ATUAL — Coronel Dr. Ernesto de Oliveira.

POSSÍVEL CONVOCAÇÃO DE INCAPAZES RELATIVOS — Ten. Cel. Dr. Câmara Leal.

Clinica Cirúrgica

CANCER PRIMITIVO DO CÓLON — Cap. Dr. Oswaldo Monteiro.
EM TÓRNO DO GESSADO OCLUSIVO — 1.º Tenente Dr. Breno Cunha.

Clinica Médica

ESTUDO CLÍNICO DO SEIO CAROTIDIANO — Cap. Dr. Francisco Leitão.
REUMATISMO CARDIO-ARTICULAR — Capitão Dr. Firmino Gomes Ribeiro.

Clinica 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.

Clinica Oftalmo-oto-rino-laringológica

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PRIMEIROS CUIDADOS AOS TRAUMATIZADOS DE FACE — Capitão Dr. Otávio Amaral e Cap. Dr. Olivio Vieira Filho.
ESTUDO CLÍNICO DAS HEMIANOPSIAS HOMÔNIMAS — Capitão Dr. Paiva Gonçalves.

Bioquímica

ANTICOAGULANTE DE APLICAÇÃO GERAL — Capitão Dr. Olyntho Luna Freire do Pillar.
CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA NATREMIA NOS MEIOS MILITARES — 1.º 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.

ANO VIII — 1943

Direção

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

Assuntos Médico-militares

A BIOTIPOLOGIA E OS ACIDENTADOS — Ten. Cel. Dr. Luis de Castro Vaz Lobo da Câmara Leal.

Biologia

NOVOS ASPECTOS DA BIOLOGIA — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

Clinica Médica

BLOQUEIO DE RAMOS — Cap. Dr. Francisco Leitão.
ÚLCERA DUODENAL — Cap. Dr. Adhemar Bandeira.

Clinica Cirúrgica

TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS DE GUERRA — Major Dr. Azais de Freitas Duarte.

IDEIAS MODERNAS EM TRAUMATO-ORTOPEDIA —
Cap. Dr. Guilherme Machado Hautz.
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. Otá-
vio 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 PSICOPATICA
PARANÓICA COM REAÇÃO CARCERARIA — Ten. Cel.
Dr. Henrique Ferreira Chaves e Cap. Dr. Nelson Bandeira
de Mello.

UM CASO DE MIOAGENESIA PEITORAL — Cap. Dr. Fran-
cisco P. R. Leivas.

A PSIQUIATRIA EM TEMPO DE PAZ E EM CAMPANHA
— Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello.

Laboratório

AGENTES QUIMICOS NA TRANSFUSÃO DE SANGUE —
Cap. Farmacêutico Olyntho Luna Freire do Pillar.

A ROTINA NO EXAME DO SEDIMENTO URINARIO —
1.º Ten. Farmacêutico Gerardo Maiella Bijos.

INDOXILÚRIA E INDOXINEMIA — 2.º Ten. Farmacêutico
Paulo da Mota Lira.

Farmácia

A SECÇÃO DE PRODUTOS OFICINAIS DO H. C. E. — 1.º
Ten. Farmacêutico Rubens Antunes Leitão.

Estatística

ESTATISTICA NOSOLÓGICA REFERENTE A 1942.

Centro de Estudos

RELATÓRIO DO CENTRO DE ESTUDOS.
RELATÓRIO DO CENTRO DE ENFERMEIROS E MANI-
PULADORES DO H. C. E.

Noticiário

A POSSE DO CEL. DR. FLORENCIO DE ABREU NA ACA-
DEMIA NACIONAL DE MEDICINA.
O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E O QUINQUÊ-
NIO DO ESTADO NACIONAL.
O DIRETOR DO H. C. E. PARANINFA AS VOLUNTARIAS
SOCORRISTAS DAS ASSOCIAÇÕES CRISTÃ DE MO-
ÇOS E BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO.
A ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR.
SOCIEDADE DE BIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO.
SUMARIO 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. Flo-
rêncio 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 VIRUS — 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 — 1.º Ten. Dr. Walter Santos.

Clínica Dermato-sifilo-venereológica

DA IMPORTANCIA DO TRATAMENTO DA SÍFILIS — Major Dr. Alvaro de Souza Jobim.
ÚLCERA FAGEDÊNICA TROPICAL — Cap. Dr. Luis Felipe Santayana de Castro.

Clínica Oftalmo-oto-rino-laringológica

SINUSITE FRONTO ETMOIDAL-CELULITE ORBITARIA — Capitães Drs. Otávio José do Amaral e Olivio 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 LIQUIDOS BIOLÓGICOS — 1.º Ten. Farmacêutico Gerardo Majella Bijos.
PROTÍDEOS E CROMOPROTÍDEOS NA URINA — 1.º Ten. Farmacêutico Paulo da Mota Lira.

Farmácia

CONSIDERAÇÕES EM TORNO 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.

2.º ANIVERSÁRIO DA GESTÃO DO CEL. FLORÊNCIO 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.

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

(22-III-1945)

DIREÇÃO — ADMINISTRAÇÃO

Diretor	Cel. Dr. Florêncio Carlos de Abreu Pereira
Sub-Diretor	Ten. Cel. Dr. Herbert Maia de Vasconcelos
Ajudante	Cap. Dr. Moacir Ribeiro da Luz
Estatística Sanitária	Cap. Dr. Olyntho Luna Freire do Pillar
Secretaria	Oficial Administrativo Aristarco Lopes de Oliveira Ramos, Secretário Oficiais Administrativos Euclides Teixeira e Lourival Ribeiro do Rosário, auxiliares
Tesouraria	Cap. I. E. Amado Salvado Alfano Carroza, Tesoureiro Oficiais Administrativos José Velloso da Silveira e Raimundo Brandão dos Santos, auxiliares
Almoxarifado	1.º Ten. I. E. João Batista Pessoa Muniz, Almoxarife
Aprovisionamento	2.º Ten. conv. Francisco Pessoa Guedes, Aprovisionador

SERVIÇOS

CLÍNICA MÉDICA

Chefia	Ten. Cel. Dr. Artur Luiz Augusto Alcântara
1. ^a Enfermaria	Cap. Dr. Raimundo Bezerra de Menezes
2. ^a Enfermaria	Cap. Dr. Ademar Bandeira
3. ^a Enfermaria (sargentos)	Cap. Dr. Ademar Bandeira
4. ^a Enfermaria	Cap. Dr. André de Albuquerque Filho
5. ^a Enfermaria	Cap. Dr. Edgar Alvarenga
6. ^a Enfermaria	Cap. Dr. Áureo de Morais
Gabinetes de Metabologia e Eletrocardiologia	Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão
Laboratório de Pesquisas Clínicas	1. ^o Ten. Farmac. Gerardo Majella Bijos, Chefe 1. ^o Ten. Farmac. Paulo da Mota Lira, auxiliar

CLÍNICA CIRÚRGICA

Chefia	Maj. Dr. Azaís de Freitas Duarte
10. ^a Enfermaria	Cap. Dr. Ataíde Gonçalves Lopes
11. ^a Enfermaria	Maj. Dr. Hermílio Gomes Ferreira
12. ^a Enfermaria (sargentos)	Cap. Dr. Edison Hipólito da Silva
15. ^a Enfermaria	2. ^o Ten. Res. conv. Dr. Pedro da Cunha Junior
19. ^a Enfermaria	Cap. Dr. Osvaldo Monteiro
7. ^a Enfermaria	Cap. Dr. João Ellentt
Gab. de Transfusão de Sangue	Cap. Dr. Osvaldo Monteiro
Gab. de Uroproctologia	Cap. Dr. João Ellentt

ANAIS DO H. C. E.

CLÍNICA DERMATO-SIFILO-VENEREOLÓGICA

Chefia	Maj. Dr. Alvaro de Sousa Jobim
8. ^a Enfermaria	Cap. Dr. Paulo Cesar de Campos
9. ^a Enfermaria	Cap. Dr. Luiz Felipe Santaiana de Castro
18. ^a Enfermaria	2. ^o Ten. Res. conv. Dr. Pedro da Cunha Junior
C. T. S.	Maj. Dr. Álvaro de Sousa Jobim

CLÍNICA OFTALMO-OTO-RINO-LARINGOLÓGICA

Chefia	Maj. Dr. Herbert Jansen Ferreira
16. ^a Enfermaria	Cap. Dr. Paulo Cruz Monteiro Veloso
17. ^a Enfermaria	Cap. Dr. Olivio Vieira Filho

SERVIÇO MÉDICO LEGAL E ASSISTÊNCIA AOS PRESOS

Chefia	Maj. Dr. Abelardo Calmon de Oliveira
13. ^a Enfermaria	Idem
Gab. Médico Legal	Idem

ASSISTÊNCIA AOS OFICIAIS (PAVILHÃO)

14.^a ENFERMARIA

Chefia	Maj. Dr. Azaís de Freitas Duarte
Clínica Médica	Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão
Clínica Cirúrgica	Maj. Dr. Azaís de Freitas Duarte
Clínica Ginecológica	Cap. Dr. André de Albuquerque Filho
Clínica Obstétrica	Cap. Dr. André de Albuquerque Filho Cap. Dr. Ademar Bandeira

PAVILHÃO DE NEUROPSIQUIATRIA

Chefia	Maj. Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas
Enfermaria C, D, G e H	Idem
Enfermarias E e F	2. ^o Ten. Res. conv. Almir de Almeida Guimarães

ANAIS DO H. C. E.

PAVILHÃO DE ISOLAMENTO

Chefia	Cap. Dr. Milton Alvarenga
20. ^a Enfermaria	Idem
21. ^a Enfermaria	Idem
22. ^a Enfermaria	1. ^o Ten. Res. conv. Dr. José Regis P. Pereira

RADIOLOGIA — FISIOTERAPIA

Chefia	Ten. Cel. Dr. João Nominando de Arruda
Auxiliares	Cap. Dr. Thiers Rodrigues de Al- meida Cap. Dr. Nelson Corrêa de Sá e Benevides

ORTOPEDIA E MECANOTERAPIA

Chefia	Maj. Dr. Guilherme Machado Hautz
15. ^a Enfermaria	2. ^o Ten. Res. conv. Dr. Pedro da Cunha Junior

SERVIÇO FARMACÊUTICO

Chefia	Maj. Odorico de Albuquerque Bar- reto
Chefia dos Laboratórios	Cap. Olyntho Luna Freire do Pillar
Serviço de Manipulação	1. ^o Ten. Henrique Barbosa da Cruz Filho
Lab. de Hipodermia	1. ^o Ten. Ciro Gonçalves Siqueira
Lab. de Produtos Ofici- nais	1. ^o Ten. Roberto Corrêa de Sousa
Auxiliares	1. ^o Ten. Henrique Barbosa da Cruz Filho 1. ^o Ten. Roberto Corrêa de Sousa 1. ^o Ten. Dinancy Lusitano Maia 1. ^o Ten. Gerardo Majella Bijos 1. ^o Ten. Paulo da Mota Lira 1. ^o Ten. Ciro Gonçalves Siqueira

ANAIS DO H. C. E.

SERVIÇO ODONTOLÓGICO

Chefia	Maj. Luiz Bastos Guimarães Filho
Auxiliar	2. ^o Ten. Carlos Americano d'Ávila
Lab. de Prótese	Manuel Rogério
Serviços Externos	Eugênio Antônio de Castro
Pavilhão de Isolamento	Aureliano Teixeira de Albuquerque
Auxiliar (praças)	Rui Maciel Ribas