

ANNAIS
DO
HOSPITAL CENTRAL
DO
EXÉRCITO

EDITORIA HENRIQUE VELHO
(EMPRESA "A NOITE")
Av. Marechal Floriano, 15 - Rio
1 9 4 4

RELAÇÃO DOS DIRETORES EFETIVOS DO HOSPITAL
CENTRAL DO EXÉRCITO DESDE 1890 (FUNDACAO)
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 Porfirio de Melo Matos — de 3-9-1890 a 19-9-1898 ;
- 3.º — Ten. Cel. 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 — 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 Buenos 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 24-1-1925 ;
- 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 7-9-1941 (atual diretor).

ANALS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

ANO IX

1944

N.º 9

S U M Á R I O

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Cel. Dr. Florêncio
de Abreu 7

ASSUNTOS MÉDICO-MILITARES

A SELEÇÃO MENTAL DO COMBATENTE — Cel. Dr. Florêncio
de Abreu 13

CLÍNICA MÉDICA

FORMA HÉPATO-LIENAL DA ESQUITOSOMOSE — Cap. Dr.
Generoso de Oliveira Ponce 35
SÍNDROME ICTÉRICA — Cap. Dr. André de Albuquerque Filho 47
DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO POR VÍRUS — Cap. Dr.
F. Correia Leitão 53

CLÍNICA CIRÚRGICA

CONTUSÕES DO ABDOME — Cap. Dr. Hermilio Gomes Ferreira 59
MENINGIOMAS DA DURA — Cap. Dr. Godofredo da Costa
Freitas 87
BASES PARA O EMPRÉGO DA CINESITERAPIA NAS FRATU-
RAS — 1.º Ten. Dr. Walter Santos 113

CLÍNICA DERMATO-SIFILO-VENEREOLÓGICA

DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO DA SÍFILIS — Major
Dr. Alvaro de Souza Jobim 119
ÚLCERA FAGEDÊNICA TROPICAL — Cap. Dr. Luis Felipe
Santayana de Castro 131

CLÍNICA OFTALMO-OTO-RINO-LARINGOLÓGICA

SINUSITE FRONTO ETMOIDAL-CELULITE ORBITARIA —	
Capitães Drs. Otávio José do Amaral e Olívio Vieira Filho	135

CLÍNICA NEURO-PSIQUIATRICA

APTIDÃO PARA O SERVIÇO MILITAR E RESPONSABILIDA-	
DE PENAL — Cap. Dr. Nelson Bandeira de Melo	139

LABORATÓRIO

MÉTODOS DE DOSEAMENTO DAS SULFAS E SULFONAS NOS	
LÍQUIDOS BIOLÓGICOS — 1.º Ten. Farmacêutico Ge-	
rardo Majela Bijos	147
PROTÍDEOS E CROMOPROTÍDEOS NA URINA — 1.º Ten.	
Farmacêutico Paulo da Mota Lira	177

FARMACIA

CONSIDERAÇÕES EM TÓRNO DA EMETINOTERAPIA —	
Cap. Farmacêutico Dr. Olinto Luna Freire do Pilar	191

ESTATÍSTICA

ESTATÍSTICA NOSOLÓGICA REFERENTE A 1943	197
---	-----

CENTRO DE ESTUDOS

RELATÓRIO DO CENTRO DE ESTUDOS	211
RELATÓRIO DO CENTRO DE ENFERMEIROS E MANIPULA-	
DORES	215

NOTICIÁRIO

NOTA HISTÓRICA	217
2.º ANIVERSÁRIO DA GESTÃO DO CEL. FLORENCIO DE	
ABREU	221
ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR — RELA-	
TÓRIO DO SEU PRESIDENTE	227
ABERTURA DOS CURSOS DA ESCOLA PAULISTA DE ME-	
DICINA	237
SUMÁRIOS DOS NÚMEROS ANTERIORES	241
QUADRO DO PESSOAL DO H. C. E. EM MARÇO DE 1944	255

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

DR. FLORENCIO 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 deste nosocômio se impôs o ônus de uma conquista: a confiança integral do Exército no seu Hospital Central.

Transcorridos dois anos dessa direção, ao findar de 1943, tivemos 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.

inclusive a recuperação de 94 % dos doentes que, nesse período, nos foram confiados.

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

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

2) — A tesouraria foi unificada em instalação adequada, recebendo melhoramentos necessários, inclusive novo mobiliário e um grande balcão tipo bancário, além de 400 fichas metálicas e uma máquina de revalidação de cheques em cruzeiros.

3) — O almoxarifado teve nova e condigna instalação de seu escritório, independente de seu depósito que, por sua vez, foi aumentado e dotado de armários próprios para armazenamento de seus fartos estoques que, anteriormente, além de insignificantes, não tinham conveniente colocação.

4) — 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 provados os refeitórios de oficiais e subalternos.

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

6) — 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, como 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.

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

8) — A rouparia do H.C.E. foi acrescida, no período em apreço, de dotações novas, tais como : mais 1.200 cobertores, mais 4.000 pijamas, mais 3.400 pares de chinelos, mais 2.700

toalhas de rosto, mais 900 toalhas de banho, mais 5.000 frotinhas, mais 5.000 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 redonda em apreciável economia relativamente à antiga aquisição de unidades já confeccionadas.

9) — 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.

10) — 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 insuficiente quota de combustível que lhe é fornecida. Para poder atender ao vulto enorme dêsse serviço foi feita aquisição de mais um auto-ambulância bem como de outro carro de transporte, além do aproveitamento do chassis de um velho carro que foi transformado em caminhonete de carga.

11) — 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 aparêlho para pneumotorax.

12) — 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.

13) — O serviço de cirurgia foi renovado e atualizado em seu instrumental, tendo recebido melhores dotações, inclusive mais três mesas de cirurgia, um aparêlho de anestesia por gases (protóxido de azoto), uma lâmpada Luferco, mesas auxiliares de aço inoxidável, trépano Esculápio, mesa de Finochieto etc.

14) — O serviço de transfusão de sangue foi atualizado e, convenientemente instalado, está funcionando com regularidade.

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

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

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

18) — 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 uma completa e moderna tenda MAC KESSON de oxigenoterapia.

19) — O gabinete de mecanoterapia foi ressuscitado no hospital, não só pela reconstituição total de seus antigos e numerosos aparelhos, já considerados fora de uso, como pela aquisição de novos aparelhos construídos sob a orientação moderna da especialidade.

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

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

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

23) — 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.

24) — A farmácia, em seus diferentes serviços, recebeu vários melhoramentos e modernas aquisições, inclusive um autoclave, um distilador elétrico e uma maquina elétrica para carimbar empólas.

25) — 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, bem como a instalação de uma câmara escura.

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

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

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

29) — 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.).

30) — 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.

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

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

33) — A biblioteca foi acrescida de vários volumes de medicina, cirurgia e especialidades.

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

35) — O centro telefônico foi melhorado.

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

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

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

39) — Um centro de estudo dos enfermeiros foi criado e convenientemente instalado.

40) — O novo Pavilhão de Oficiais foi inaugurado, oferecendo aos seus ocupantes 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.

41) — Nesse novo Pavilhão de Oficiais foi também estabelecido, por proposta nossa, um serviço de hospitalização de famílias dos militares o qual, em 10 meses apenas de funcionamento (1943), internou 104 senhoras, das quais somente uma não saiu curada.

42) — Foi também inaugurado, em 11 de maio de 1943, um serviço de maternidade, no qual, no correr do ano, nasceram 41 crianças, ou seja a média superior a 5 por mês, mais de uma por semana.

— Os algarismos apresentados nos dois itens acima, com a informação que ora prestamos de que, por falta de acomodações disponíveis, não tem sido possível atender, como desejariamos, a tôdas as solicitações de internamento de senhoras, evidenciam que êsses novos serviços do Hospital Central do Exército — internamento de senhoras e maternidade — quer do ponto de vista de economia para os oficiais, quer do ponto de vista de eficiência do hospital, estão prestando ao Exército um grande benefício, só devidamente apreciado pelos militares que o têm usufruído.

Além do que foi realizado nesses dois anos de administração, a atual diretoria do H.C.E. já apresentou ao Exmo. Sr. Ministro da Guerra 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.

* * *

Não somente no tocante às suas instalações, o Hospital Central do Exército passou por sucessivas renovações no transcurso dos dois 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 nosocomio está à altura de suas responsabilidades.

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

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

Assuntos Médico-Militares

A SELEÇÃO MENTAL DO COMBATENTE (*)

DR. FLORENCIO DE ABREU

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

O convite da Escola Paulista de Medicina para que viéssemos pronunciar a aula de abertura dos seus cursos dêste ano letivo, foi, certamente, uma elegante homenagem que sua nobre Congregação quis prestar ao Corpo de Saúde do Exército, neste momento militar da medicina. Pessoalmente, eu o rece-

(*) Aula de abertura dos cursos da Escola Paulista de Medicina
— 1944.

bi como uma ordem dos meus prezados amigos e mestres desta Escola e, disciplinadamente, aqui estou para cumpri-la.

Dentre os muitos assuntos da medicina atual em relação à guerra, pareceu-me útil discorrer, nesta oportunidade brâsileira, sobre a **seleção mental do combatente**. O assunto já tem sido ventilado no Brasil e por vezes bem focalizado, especialmente em São Paulo onde recentemente foi objeto num Curso de Psiquiatria de Guerra, com alta competência ministrado por ilustres professores de neuro-psiquiatria, centralizados pelo nosso eminentíssimo colega e meu particular amigo professor **PACHECO E SILVA**. Esse Curso, bem como outras conferências e publicações sobre o assunto, tiveram, de preferência, feito analítico, individualizando aspectos clínicos neuro-psiquiátricos por ocasião das guerras. Parece-me oportuno trazer alguma colaboração no sentido de coordenar tão cuidadas lições, apondo-lhes um complemento sintético, estudo global, destinado a uma utilização prática dos que por ventura sejam chamados a trabalhar nesse setor da medicina de guerra.

* * *

A seleção mental do combatente comporta dois aspectos : a **seleção psiquiátrica** e a **seleção psicológica**.

A seleção psiquiátrica é individual e afasta das fileiras os doentes mentais.

A seleção psicológica pode ser coletiva e assim é feita nas forças armadas; completa, naturalmente, o exame psiquiátrico, nos casos duvidosos ou só definidos após a incorporação, e tem por objetivo principal a indicação das tendências e das aptidões para melhor utilização do combatente nas diferentes armas ou serviços e, em cada grupo, nas especializações militares e respectivas colocações hierárquicas.

Vejamos sucessivamente a parte psiquiátrica e a parte psicológica da seleção mental do combatente.

A seleção psiquiátrica se obtém mercê do exame psiquiátrico que é, talvez, o mais difícil de todos os da prática médica. Além da complexidade da investigação somática, comum aos diversos aspectos da clínica, há a dificuldade da investigação psíquica, certamente a mais delicada, a mais sutil das pesquisas clínicas, a que exige qualidades pessoais de inteligência, habilidade, tato do profissional. A contiguidade e a continuidade, a associação e a interdependência das funções psíquicas,.

individualizando cada caso clínico, fazem com que em psiquiatria, mais do que em qualquer outro departamento da medicina, haja doentes e não doenças. Além disso, a orientação atual para vários aspectos psicopáticos, repousando sobre apreciações e consequências de infecções, auto-intoxicações, perturbações da nutrição, distúrbios do endocrinismo e do sistema vago-simpático, exige do psiquiatra um sólido conhecimento da medicina geral.

Nos exames de seleção para as forças armadas, quando o examinador chega ao psiquiatra já traz consignados em sua ficha os elementos de identificação, os dados de anamnese geral, os **exames somáticos** e, por vezes, alguns **subsídios de laboratório**.

Ao tomar contacto com o examinando o especialista procede imediatamente a uma **inspeção geral**, observando-lhe a atitude, o biotipo, os **estígmata físicos**, a **facies**, a **mímica**, as **estereotipias** e as **perturbações da palavra**, de tudo tirando induções diagnósticas.

Feita essa inspeção geral, e já no curso dela, o psiquiatra procede ao **exame psíquico** do observado.

Para não fatigar a atenção do auditório no qual, possivelmente, haverá estranhos à psiquiatria, não entrarei em minúcias clínicas do exame psíquico. Apenas, como recordação sintética, acessível a todos, apresento-lhes um esquema do psiquismo humano em cujos diferentes setores podem ser encontrados os mais variados distúrbios.

Este esquema é parte de um quadro maior que estabeleci, há mais de 15 anos, em aula sobre **Técnica de exame psiquiátrico**, realizada na cadeira de Psiquiatria, da Universidade do Brasil, onde então era assistente. O eminentíssimo catedrático daquela disciplina, prof. **HENRIQUE ROXO**, meu velho e prezado amigo, quis, desde então, indicá-lo como diretriz aos seus alunos, tendo-o reproduzido ainda na mais recente edição de seu **Manual de Psiquiatria** (páginas 65, 66 e 67).

A personalidade de cada um de nós, de todos os humanos, sintetiza-se nestes três elementos: **pensar**, **querer**, **sentir**. O exame psíquico deve ser feito, portanto, sobre a **intelectualidade**, a **vontade** e a **sensibilidade**, conforme os senhores vêem neste esquema :

EXAME PSÍQUICO

Intelectualidade	percepção	atenção { aproxexia hipoprosexia hiperprosexia paraprosexia}
	sensação	alucinações sensoriais (auditivas, visuais, gustativas, olfativas, táticas) ilusões motoras associações mórbidas da percepção
memória		fixação: amnésia anterógrada evocação: amnésia retrógrada } paramnésia
ideação		delírios de imaginação { perseguição, auto-acusação, grandeza, místico, onírico, hipocondriaco, negação, erótico, metabólico, etc.} delírios de interpretação }
associação de idéias		geral: incoerência { orgânica funcional} parcial: obsessão, intelectual (loucura da dúvida)
Vontade	abulias	ação (impulsões inconscientes) inibição (perda da iniciativa)
	disbulias	geral (indolência, irresolução, inconstância, timidez, inércia, etc.) parcial: obsessão impulsiva (kleptomania, dipsomania, etc.)
Sensibilidade	afetividade sentimentalidade	egofilia amoralidade
	emotividade	geral { humor emoção} parcial: obsessão emotiva ou fobia (agorafobia, nosofobia, etc.)
Instintividade		conservação
		reprodução: sexuais (impotência, sadismo, masoquismo, uranismo, etc.)
cenestesia		autoscopia interna: cenestopatias autoscopia externa: deuteroscopia

No exame da **intelectualidade** observamos, primeiro, os distúrbios da **percepção** os quais podem incidir sobre a **atenção** e sobre a **sensação**. Os distúrbios da **atenção** podem ocorrer por falta (**aproxexia**), por deficiência (**hipoprosexia**), por excesso (**hiperprosexia**) e por perversão (**paraprosexia**). Na medida dos atos psíquicos elementares, a duração desses atos é, em média, de 200 milésimos de segundo (0,200) no homem normal. Nos psicopatas de **atenção** deficiente essa duração aumenta consideravelmente, chegando a atingir à expressão dez vezes maior, conforme, desde 1900, consignou a tese de doutoramento do eminentíssimo Prof. Roxo.

Além dessa **hipoprosexia**, há os casos de excesso de atenção íntima para o desenrolar de imagens cerebrais (produção ou **delírio**) que leva o indivíduo a se concentrar no seu tema intelectual a ponto de se abstrair por completo do ambiente. Na prática psiquiátrica, essa modalidade é verificada no esquizofrênico que se insula no seu **delírio onírico**. Na vida social, são os abstratos de toda sorte de que há, na história da **intelectualidade humana**, um caso clássico: o de **ARCHIMÉDES** que, na tomada de **Síracusa**, estava tão concentrado nos seus cálculos geométricos que, em face do soldado que o ferira mortalmente, apenas lhe disse: "noli turbare circulos meos". As quatro modalidades de perturbação da atenção foram resumidas por **Esquirol** quando diz que ela é **difusa** no demente, **deficiente** no idiota, **concentrada** no melancólico, **fugitiva** no maníaco.

Os distúrbios de **sensação** são: a **alucinação**, a **ilusão** e a **associação mórbida** da percepção. A **alucinação** é a percepção sem objeto, é a projeção externa de uma imagem interna: o doente julga ouvir, ver ou sentir, via exógena, aquilo que é criação endógena.

A **alucinação** pode ser **sensorial**, **motora** ou **cenestética**. A **sensorial** pode ser auditiva, visual, gustativa, olfativa, tática, tal seja o sentido que tem a percepção mórbida. E' **motora** quando o doente tem a alucinação de movimento geral ou parcial do corpo independente de sua vontade. A **alucinação cenestética** participa de aspectos semelhantes às perturbações da **cenestética** que mais adiante estudaremos. A **ilusão** é a falsa interpretação do objeto, a falsa percepção de uma sensação real. A **ilusão** apenas interpreta mórbidamente o objeto ou sensação, ao passo que a **alucinação** cria esse objeto, essa sensação. Destarte, **LASÉGUE** tornou clássica esta comparação: a **ilusão** está para a **alucinação** como a **maledicência** para a **calunia**. A **ilusão**, como a **alucinação**, pode ser **sensorial**,

motora ou **cenestética** com essa diferença que na alucinação a mais frequente é a **auditiva** ao passo que na ilusão é a **visual**.

Encontram-se **alucinações** e **ilusões** principalmente nos delirantes, seja de delírio agudo, seja de delírio crônico, sistematizado, bem como nos intoxicados, auto-intoxicados e sobretudo hetero-intoxicados pelo álcool ou pelos entorpecentes. A título de documento histórico vem de molde relatar a **alucinação gustativa** de **FLAUBERT** que, ao descrever o envenenamento de Mme. Bovary, viveu tanto na sua heroína que sentiu os efeitos do arsênico, chegando mesmo a vomitar.

A **associação mórbida da percepção** para a qual também quero chamar a atenção dos senhores é uma perturbação interessante de se observar. É a soma, o embricamento, a associação de **alucinação com ilusão**. A biografia clínica dos grandes intelectuais humanos fornece alguns exemplos desse bizarro distúrbio psíquico. Foi assim o caso de **RIMBAUD** que tinha a **audição colorida**, isto é, sentia uma cõr em cada som-vogal: a — negro, e — branco, i — vermelho, o — azul, u — verde. Idêntico fenômeno em **RENÉ GHIL**, em **MALLARMÉ**, em **ALFRED DE MUSSET**. Um outro poeta francês **HUYSMANS**, tinha uma outra estranha associação mórbida: era o **gôsto auditivo**, isto é, sentia em cada licor o som de um instrumento musical, soando-lhe o curaçau como clarineta, o kümel como óboe, o anisete como flauta, o gin como piston, o whisky como trombone... o que, por certo, o tornava um homem feliz pela facilidade de constituir o seu jazz-band.

Devo lhes informar, entretanto, que o conceito sobre tais associações da percepção que, de um modo geral, são apontadas como bizarrias mórbidas, já é passível de retificação para um certo número de casos, em face de modernos e idôneos estudos de radiestesia.

Mercê desses estudos sabe-se hoje que, assim como o som, também a cõr é produto e origem de vibrações próprias, cada cõr, como cada som, irradiando ondas mais longas ou mais curtas. A inter-harmonia de cõres e sons, na sintonização das respectivas ondas irradiadas, faz com que, normalmente, pessoas mais sensíveis percebam uma cõr ao ouvir um som. A bio-radiestesia já encontrou essa sensibilidade radiestésica em 30% das crianças e em 12,5% dos adultos.

O exame psíquico observa, em seguida, a **memória**, função psíquica constituída por dois elementos essenciais: **fixação e evocação**. Complementarmente intervém a localização no **tempo** e no **espaço**. As perturbações da memória podem ser por falta (amnésia), por deficiência (hipomnésia), por excesso (hipermnésia) e por perversão da memória (param-

nésia). Essa distinção é mais teórica do que prática, de sorte que, em síntese, se podem guardar de memória estas duas modalidades: a perturbação do elemento **fixação**, isto é, a **amnésia anterógrada** (amnésia orgânica de **GUISLAIN**, também chamada dimnésia) e a perturbação do elemento **evocação**, isto é, a **amnésia retrógrada** (amnésia funcional de **Guislain**). Na paramnésia há perversão de vários aspectos: ou o indivíduo localiza mal o fato no tempo e no lugar ou o adultera inteiramente ou ainda pensa ter a memória de ocorrência a que pela primeira vez está assistindo. Na prática psiquiátrica encontram-se amnésias (de **Guislain**) em diversos estados nosológicos, destacadamente nos estados depressivos, na confusão mental, na paralisia geral, na demência senil, na epilepsia. A paramnésia se mostra frequentemente na exaltação maníaca, no alcoolismo, na histeria.

A percepção somada à memória dá ao indivíduo a orientação no tempo e no espaço. De qual dessas funções psíquicas é maior a parcela de distúrbios de que resulta a desorientação, é minúcia a cujo acôrdo ainda não chegaram os estudiosos. É fato, porém, que na clínica encontram-se de uma e outra dependência grande número de doentes com desorientação **auto e alco-psíquica**.

Temos agora as perturbações da **ideação**. São as **idéias delirantes** dos autores franceses, **wahnideen** dos autores alemães, **delusions** dos autores ingleses. O termo delírio em psiquiatria, menos restrito que na linguagem corrente, designa um complexo de idéias mórbidas concernentes ao **eu** ou às suas relações com mundo exterior. Singularizado a uma exclusiva concepção, a uma única idéia mórbida, é a **idéia fixa**. A literatura médica que tem procurado estudar os **delírios**, já no seu aspecto clínico já no seu mecanismo patogênico, é tão farta e discordante que por si só bastaria para desencorajar os estudiosos.

Afastando dificuldades decorrentes de minúcias controvértidas, em grande síntese, pode-se fixar esta noção: as perturbações da ideação são divididas em **delírios de imaginação** e **delírios de interpretação**; no primeiro caso tudo é mórbido, desde as premissas à conclusão delirante; no segundo, as premissas são verdadeiras (fatos ou sensações reais) falsamente interpretada, dando conclusão delirante. Parodiando a comparação de **LASÉGUE** sobre ilusão e alucinação, podemos também dizer que o delírio de interpretação está para o de **imaginação** como a maledicência está para a calúnia. Dentro de uma ou de outra modalidade os delírios podem ser agudos ou crônicos, difusos ou sistematizados, coerentes ou incoerentes.

rentes, apresentando-se com diverso aspecto no seu conteúdo. Têm sido descritas muitas classificações de **delírios**, cada qual mais complexa, cada qual mais minuciosa, por vezes confuso ou sensação poderá ser mórbidamente interpretada, bem como toda idéia normal é passível de uma equivalente idéia mórbida nos cérebros doentes. Portanto, as modalidades de delírios de interpretação ou de imaginação poderão ser tantas quantos são os fatos, as sensações ou as idéias. Na prática da especialidade os delírios mais frequentes são: o de perseguição, o de auto-acusação, o de frandeza, o místico, o onírico, o hipocondríaco, o de negação, o erótico, o metabólico etc.

Examinamos, a seguir, a **associação de idéias**. Qualquer que seja a teoria do mecanismo da **associação das idéias** (e essas teorias já não são poucas), é fácil compreender praticamente que o curso das imagens mentais pode acelerar-se ou se retardar, as idéias sucedendo-se precipitada ou lentamente. Num e outro aspecto pode intervir ainda a inobservância geral ou parcial da normalidade da **ideação**. Portanto, no curso rápido ou no curso lento das idéias, a ideação mórbida geral ou parcial caracteriza aspectos clínicos em psiquiatria. Assim temos, como perturbação geral, a **incoerença** e, como perturbação parcial, a **obsessão intelectual**. A **incoerença** pode ser orgânica ou funcional. Na orgânica há perversão do raciocínio (idiotia, imbecilidade, demência). Na funcional há perturbação momentânea, clínicamente bem caracterizada na psicose maníaco-depressiva: na excitação maníaca há aceleração das idéias, precipitação das imagens mentais, fuga de idéias; na depressão melancólica há, ao contrário, afrouxamento no curso das idéias, lentidão de imagens cerebrais. A perturbação parcial, sistematizada, da **associação de idéias** é a **obsessão intelectual** que, aí corresponde à idéia fixa de Bucola, à idéia incoercível de Tamburini, à idéia imperativa de Hak-Tucke. O tipo clínico mais nítido dessa obsessão, é a chamada loucura da dúvida, distúrbio que na história humana teve uma vítima célebre que foi TOLSTOI.

Em continuação do exame psiquiátrico observamos as perturbações da **vontade**. Joeirando doutrinas nem sempre concordantes, eu recomendo, praticamente, considerar as perturbações da vontade em dois grupos: **abulias** e **disbulias**. A **abulia** é a vontade nula, inexistente, seja por insuficiência nativa, seja por decadência mórbida. Em consequência, o doente ou faz coisas absurdas por falta do controle da vontade (**abulia de ação**) ou deixa de fazer coisas necessárias por falta

de interferência da vontade (**abulia de inibição**): no primeiro caso são **impulsões inconscientes** como se observam nos epilepticos; no segundo caso são aspectos clínicos cuja síntese é a **perda da iniciativa** como se vê nos dementes. A **disbulia** é a fraqueza da vontade: geral ou difusa é o afrouxamento da ação desde a indolência, a irresolução, a fraqueza de esforço, a lentidão dos atos, a fadiga fácil, a **inconstância**... até às **disbulias sociais**, a timidez, a inércia; parcial ou sistematizada é a **obsessão impulsiva**, geralmente consciente, às vezes auto-criticada, mas não reprimida, como a **cleptomania**, a **disposomania**, os **tics** etc.

Chegamos à observação da **sensibilidade**. Esse departamento do psiquismo é diferentemente denominado pelos diversos autores que o estudam. Os senhores encontrarão com a rubrica de **afetividade**, de **emotividade**, de **sentimentalidade** e outras. Entretanto, afetividade, emotividade, sentimentalidade, são aspectos parciais do mesmo fenômeno geral que é o **sentir**. Prefiro para síntese do sentir a expressão **sensibilidade** de que me parece coletiva, genérica, abrangendo todas as modalidades. A oposição fraca de que ela se confunde com a **sensibilidade somática** não pode ser levada em conta, pois na pesquisa somática há apenas um aspecto restrito do sentir qual seja a **sensibilidade objetiva**. A **sensibilidade** que pesquisamos no exame psiquiátrico é, além dessa e da **sensorial**, a **sensibilidade subjetiva**, total, manifestação complexa do **sentir humano**. No exame da sensibilidade observamos a **afetividade** cujas perturbações são fáceis de evidenciar pela mudança que se opera no doente em relação aos entes mais caros que lhe rodeiam a vida, os pais, os irmãos, os amigos: é sintoma comum na demência precoce. Em seguida pesquisamos os distúrbios da **sentimentalidade**, conjunto dos sentimentos pesscais do indivíduo que entram em evidência mórbida; na **egofilia** há o exagero do egoísmo, do orgulho, da vaidade, exagero que se constitui em delírio e se manifesta com o ódio, a vingança, a reivindicação, a prodigalidade, como se vê nos **paranóicos**; na **amoralidade** os distúrbios morais caracterizam os indivíduos nos quais o senso moral é diminuído ou pervertido ou mesmo abolido e em cujo domínio LOMBROSO classificou alguns de seus tipos mórbidos. Na observação da **emotividade** encontram-se perturbações de ordem geral e parcial. As de ordem geral comprehendem os distúrbios do humor e da **emoção** propriamente dita. As perturbações do humor tornam-se evidentes quando o indivíduo notavelmente se transforma no seu modo de ser: de triste em alegre, de sereno em colérico, de paciente em irritável ou vice-versa. Subindo essa

transformação a um grau maior chega às duas situações equidistantes de dôr moral ou de prazer moral: no 1.º caso há uma hiperestesia psíquica dolorosa que ora se vai estabelecendo lentamente e acarretando o tédio, o desalento, o pessimismo da vida, ora se instala de chofre como uma psicalgia, na expressão de KRAFT-EBING — são assim os melancólicos, por vezes os involuídos, os paralíticos gerais de forma depressiva; no 2.º caso, com o prazer moral, há exatamente o contrário, pois aqui é o otimismo exagerado nem sempre coerente com a situação real, é a alegria exuberante, a euforia — são assim em geral os excitados maníacos e certos paralíticos gerais. Além desses aspectos extremos há os tipos intermedíarios de humor móbido: o do epileptico, por exemplo. As perturbações da emoção propriamente dita se caracterizam seja pela apatia emocional seja pelo exagero emocional. Nos doentes deste último grupo tudo é sentido com mais intensidade, mesmo os pequenos fatos da vida, notando-se a facilidade com que os doentes choram a qualquer emoção. Para encontrar esses temperamentos emotivos não é preciso entrar nos hospitais pois na vida social frequentemente eles se nos deparam. As perturbações de ordem parcial da emotividade constituem as obsessões emotivas, as fobias. A fobia é o medo móbido manifestando de forma difusa (medo de tudo e de nada, ânsia flutuante de instabilidade psíquica) ou de forma sistematizada. Para esta forma houve, em certo tempo, a preocupação dos psiquiatras de constituir palavras de radical grego para definir modalidades de fobia: agorafobia (lugares abertos), claustrofobia (lugares fechados), nosofobia (doenças), belenofobia (objetos pontudos), siderodromofobia (caminhos de ferro) etc. Na clínica encontram-se a miude portadores de fobias, principalmente, nos pescastênicos, nos estados neurastênicos em geral. Na vida social também se os encontram, mormente se atentarmos numa modalidade a que chamamos supersticiosa na qual classificaremos muitos dos nossos amigos e talvez a nós mesmos. Vem de molde lembrar fobias históricas como a de NAPOLEÃO em relação à sexta-feira que era o seu dia aziago e de ZOLA em relação ao pé esquerdo no início da marcha.

Continuando, o exame psiquiátrico observa a instintividade cujas perturbações podem se manifestar no tocante à conservação ou à reprodução. Tocante à conservação há distúrbios vários, desde os que se manifestam pela recusa de alimentos até os que atingem à idéia de suicídio. Tocante à reprodução são os distúrbios sexuais cuja coleção não é pequena e parece aumentar com a civilização: impotência, sadismo, ma-

soquismo, fetichismo, necrofilismo, uranismo etc. São fartos, êsses distúrbios sexuais, na observação humana.

Afinal, no exame psíquico, chegamos à observação da cnenstesia que é a consciência do eu físcic. Seus distúrbios podem ser de autoscopia interna e de autoscopia externa. Os primeiros são as cnenstesias, estado mórbido em que os doentes sentem modificações nos seus órgãos ou nos seus tecidos, modificações as mais variadas e as mais bizarras: os alcoolitas sentem pequenos bichos caminhando na sua pele, os hipocondriacos sentem graves alterações nos seus órgãos internos. Os segundos, os da autoscopia externa ou deuteroscopia, caracterizam-se pela representação que tem o doente da exterioridade do seu corpo: ele se vê diante de si. FERÉ chamou a êsse fenômeno alucinação autoscópica. SOLLIER estudou três aspectos dessa perturbação: no 1.º caso o fantasma é idêntico ao indivíduo (modalidade espeacular), no 2.º caso é diferente nos caracteres morfológicos, mas idêntico nos atributos morais (modalidade dissemelhante), no 3.º caso a representação é sómente sentida mas não vista (modalidade cnenstética). Exemplo clássico dessa bizarra perturbação de cnenstesia é o de GOETHE que “assegura ter percebido um dia sua própria imagem vir ao seu encontro”.

O exame psíquico, do ponto de vista psiquiátrico, comporta, naturalmente, aspectos muito detalhados cada um dos quais, por si mesmo, seria assunto de uma preleção.

Minha intenção, porém, foi muito mais singela, limitando-se apenas ao desejo de lhes lembrar, numa grande síntese esquemática, o psiquismo humano cujos distúrbios, associados de maneira diversa, caracterizam doenças ou sindromos que afastam os examinados das fileiras combatentes, seja num primeiro exame para os casos nítidos, seja em observação posterior mais detalhada, o que, em conjunto, constitui a seleção psiquiátrica.

* * *

Mais interessante, certamente, é a seleção psicoclógica. Ela se faz sobre indivíduos já selecionados, para indicar sua melhor aptidão. Ao contrário da seleção psiquiátrica que tem o caráter negativo de excluir soldados das fileiras, a seleção psicoclógica tem o propósito positivo de utilizar melhor os combatentes.

Como se a executa? Quais são seus resultados práticos?

Para não ultrapassar os limites razoáveis desta preleção, vou apenas relatar o exemplo norte-americano que, só por si, elucida totalmente o assunto.

No dia 6 de abril de 1917 estava reunido um Congresso de Psicologia na cidade de Cambridge, nos Estados Unidos, quando ali chegou a notícia da entrada daquele país na guerra. Imediatamente os congressistas resolveram oferecer seus serviços ao governo no sentido de fazerem a **seleção psicológica** do grande exército que deveria ser organizado, uma vez que os Estados Unidos, naquele momento, não tinham mais de 100.000 homens no seu exército regular de paz. O Estado Maior americano recebeu com humorismo a idéia e o oferecimento dos psicólogos: e os recusou! Entretanto, o presidente aquele Congresso de Psicólogos era o Prof. YERKES que, a esse tempo, gozava na América do Norte de prestígio equivalente ao do Prof. MIGUEL COUTO no Brasil. YERKES soube insistir e o Estado Maior soube ceder, a título de experiência.

Os psicólogos americanos organizaram, então, duas séries de testes coletivos, série **Alfa** e série **Beta**, equivalentes entre si, destinada a série Beta aos analfabetos ou desconhecedores da língua corrente. A série foi constituída por 212 perguntas distribuídas em grupos de testes: ordens orais — problemas aritméticos — testes de bom senso — testes de contrários — frases desorganizadas — séries de números — testes de analogias — acabamento de frases.

Os recrutas foram examinados em grupos de 500, dedicando-se a cada grupo o tempo de 50 minutos. Evidentemente o processo de julgamento, identificação de autores e cálculo de percentis exigiu maior tempo e pessoal habilitado. Toda aplicação de testes requer um trabalho posterior, metucoso, de julgamento e cálculos percentuais, da mesma forma que a simplicidade aparente de uma série de testes destinados à média mental de um grupo humano está longe de indicar o trabalho de árdua psicologia dispensado para sua confecção. Num curso de psicotécnica que tivemos oportunidade de fazer com o Prof. PIERON (da Sorbonne) pudemos bem avaliar a soma de conhecimentos e de trabalho que exige a organização de uma série de testes destinados a determinado grupo humano e para determinado objetivo, testes que aparecem afinal com uma simplicidade quase infantil.

Com relação aos testes norte-americanos de 1917 o Prof. YERKES publicou um volume de cerca de 900 páginas — *Psychological examining in the United States Army* — onde

se encontram todos os detalhes do que então se trabalhou e se produziu nesse particular, naquele grande país. O resultado foi realmente prático e realmente admirável. Tão prático que a **classificação psicológica** aplicada então a cerca de 2 milhões de homens, indicando-os para armas e serviços, especializações e postos, foi na sua quase totalidade confirmada pelos respectivos comandantes e chefes, durante a guerra. Tão admirável que empolgou a Nação Americana a ponto de ter servido de base, terminada a guerra, à organização dos **Testes Nacionais de Inteligência** que se tornaram, ali, a chave da orientação profissional, inclusive da atual seleção psicológica dos militares que nesta guerra já orçam por 10 milhões de norte-americanos.

Não sendo possível lhes expor aqui todos os grupos dos testes americanos, não me furto, entretanto, ao sabor de lhes mostrar o primeiro grupo da série **Alfa** (Figura n.º 1, página seguinte).

A tradução de algumas páginas de um dos livros de YERKES, feita, em 1924, por Medeiros e Albuquerque que também adaptou certas expressões à nossa língua, serve bem à explcação necessária:

— “Apresentada uma fôlha de papel em que estava o que se vê na figura 1, cada problema era resolvido por todos, ao mesmo tempo, no número de segundos estritamente marcado. De lápis em punho, esperavam as ordens, que lhes eram dadas do modo por que vai aqui traduzido textualmente:

1.º) Atenção! O comando **atenção!** quer dizer que todos devem ficar com os lápis voltados para cima. Olhem para os círculos do problema 1. Quando eu disser “Vá!”, mas não antes, façam o algarismo 2 no segundo e uma cruz no terceiro. — Vá! (cinco segundos).

2.º) Atenção! Olhem para o n.º 2 onde os círculos têm números. Quando eu disser “Vá!”, tracem uma linha do círculo 1 ao círculo 4, que passe por baixo do círculo 2 e por cima do círculo 3 — Vá! (cinco segundos).

3.º) Atenção! Olhem para o triângulo e o quadrado que estão no n.º 3. Quando eu disser “Vá!” escrevam o algarismo 1 no espaço que está no quadrado, mas não no triângulo e façam também uma cruz no espaço que está no triângulo e no quadrado. — Vá! (dez segundos).

4.º) Atenção! Olhem para o n.º 4. Quando eu disser “Vá!”, façam o algarismo 2 no espaço que está no círculo mas

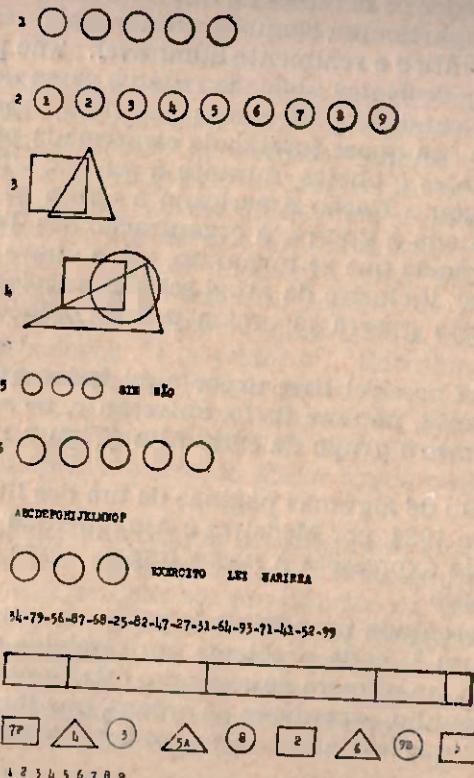


Figura 1

não no triângulo nem no quadrado e façam também o algarismo no espaço que está no triângulo e no círculo, mas não no quadrado. — Vá ! (dez segundos).

5.º) (Nota ao examinador: não pare com a voz, como se aí terminasse uma oração, quando disser a palavra "círculo"). Olhem para o n.º 5. Se o toque de recolher é de noite, então (quando eu disser "Vá") ponham a cruz no primeiro círculo, se não é, tracem uma linha por baixo da palavra "Não". Vá ! (dez segundos).

6.º) Atenção ! Olhem para o n.º 6. Quando eu disser "Vá !", ponham no primeiro círculo a resposta correta à pergunta: "Quantos meses tem um ano ?". No segundo círculo não façam nada e no quinto escrevam qualquer resposta errada à pergunta a que responderam corretamente. — Vá ! (dez segundos).

7.º) Atenção ! Olhem para o n.º 7. Quando eu disser "Vá !", risquem a letra que está imediatamente depois de F e tracem uma linha por baixo da segunda letra depois de I — Vá ! (dez segundos).

8.º) Atenção ! Olhem para o n.º 8. Vejam os 3 círculos e as 3 palavras. Quando eu disser "Vá !", ponham no primeiro círculo a última letra da primeira palavra; no segundo a letra média da segunda palavra e no terceiro a primeira letra da terceira palavra. — Vá ! (dez segundos).

9.º) Atenção ! Olhem para o n.º 9. Quando eu disser "Vá !", risquem todos os números que forem maiores que 50 e menores que 60. — Vá ! (15 segundos).

10.º) Atenção ! Olhem para o n.º 10. Vejam o desenho: está dividido em cinco partes. Quando eu disser "Vá !", escrevam um 4 ou um 5 em cada uma das partes maiores e qualquer número entre 6 e 9 na parte que está junto da menor. — Vá ! (15 segundos).

11.º) Atenção ! Olhem para o n.º 11. Quando eu disser "Vá !", risquem todos os números ímpares que estiverem em quadrados e todos os números ímpares que estiverem em quadrados com uma letra. — Vá ! (25 segundos).

12.º) Atenção ! Olhem para o n.º 12. Se 4 é maior que 2, então (quando eu disser "Vá !") risquem o n.º 3, a menos que 3 não seja maior que 5, hipótese em que devem sublinhar o n.º 4. — Vá ! (dez segundos).

A palavra "atenção" está repetida em todas as perguntas, porque o examinador formulava o problema, dava o comando "Vá !" e deixava escoar-se matematicamente o número de segundos prescritos. Quando esse número de segundos passava, ele gritava: "Atenção !" e todos os lápis deviam imediatamente levantar-se, prontos para obedecer a nova ordem".

Como os senhores vêem não há nada nesses testes que lembre qualquer situação militar. São mesmo de grande simplicidade de execução, apenas em crescente exigência de atenção, de memória, de compreensão rápida, de vivacidade intelectual. A revelação dessas qualidades foi que serviu de base à seleção psicológica para fins militares.

* * *

Como se procede atualmente, nesse particular, em relação às Fórcas Expedicionárias Brasileiras ?

Os exames de seleção dos componentes da F E B, retificados alguns aspectos iniciais, estão prosseguindo em ritmo ace-

lerrado.

Desses exames faz parte a seleção psiquiátrica.

Acredito e espero que a seleção psicológica será feita também, ém tempo oportuno.

O Exército Brasileiro ainda não adotou nenhum processo de seleção psicológica. Entretanto, creio que breve o fará, tanto mais quanto já existe um trabalho organizado de testes para o nosso meio, trabalho que teve início em 1940, durante um Curso de Psicologia ministrado pelo Prof. ANDRÉ OMBREDANE a um grupo de médicos do Exército. O Prof. OMBREDANE, docente de Psicologia da Escola de Altos Estudos de París, está desde alguns anos no Brasil como professor contratado de Psicologia, na Faculdade de Filosofia do Rio de Janeiro. Com a colaboração daqueles médicos militares brasileiros organizou em 1940 uma primeira série de testes para exame intelectual coletivo e não verbal, em face do número de analfabetos.

De 1940 a 1943 o Prof. OMBREDANE introduziu modificações na série original, visando estabelecer uma série bem adequada ao meio brasileiro (grupo do Distrito Federal). Em fins do ano passado, com a colaboração intensiva do Cap. Dr. NELSON BANDEIRA DE MELLO, psiquiatra do nosso Hospital Central do Exército, ficou estabelecido o aspecto atual desses testes que poderão compor as "Provas de seleção intelectual do Exército Brasileiro". A título experimental já foram aplicados a soldados do Batalhão de Guardas, alunos do Colégio Militar, da Escola Nacional de Educação Física e Faculdade de Filosofia, bem como a candidatos ao funcionalismo público do Ministério de Educação e Saúde. Desses aplicações, a percentilagem e as curvas de frequência foram estabelecidas no Laboratório de Pesquisas Educacionais do Distrito Federal, baseadas no exame de 600 pessoas de nível cultural diferente, permitindo um equilíbrio satisfatório.

Certamente o trabalho em aprêco ainda não será completo nem perfeito. A prática e novas colaborações poderão sugerir revisões oportunas. Mas, é, sem dúvida, um trabalho idôneo, digno de ser utilizado. Além disso, tem a indicação precisa de ser o único dêsse gênero no Brasil, no momento em que o problema se apresenta.

Esse projeto de "Provas de seleção intelectual do Exército Brasileiro" compõe-se de 8 grupos de testes relativos a: imitação de movimentos — código-Rybakov — desenhos invertidos — analogias — cubos de Yerkes — arabescos — índice de memória. (Vide desenhos anexos). Há ainda uma apreciação sobre a qualidade do trabalho, conforme aconselha PIE-

RON. O resultado de cada examinando é registado numa Ficha psicológica individual onde, além disso, se pode desenhar um rápido perfil psicológico, que revela, de primeira vista, a predominância de uma ou outra aptidão. Essas fichas serão a base de testes de orientação para as várias especialidades militares.

Eis, meus senhores, o que me pareceu oportuno dizer-lhes sobre a seleção mental do combatente, ao cumprir a ordem que recebi da Congregação da Escola Paulista de Medicina no sentido de vir abrir os cursos dêste ano.

* * *

1)	•	•	•	•	•
2)	•	•	•	•	•
3)	•	•	•	•	•
4)	•	•	•	•	•
5)	•	•	•	•	•
6)	•	•	•	•	•
7)	•	•	•	•	•
8)	•	•	•	•	•
9)	•	•	•	•	•
10)	•	•	•	•	•
11)	•	•	•	•	•
12)	•	•	•	•	•

Figura 2

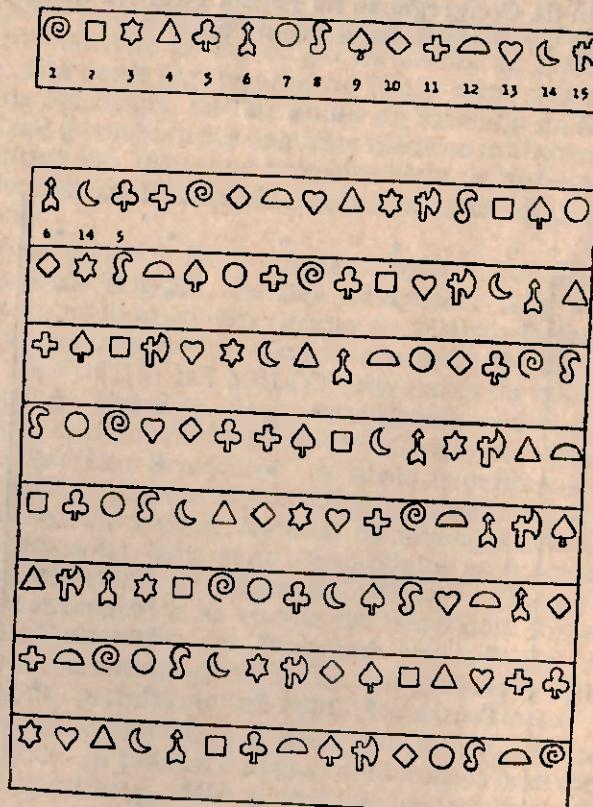


Figura 3

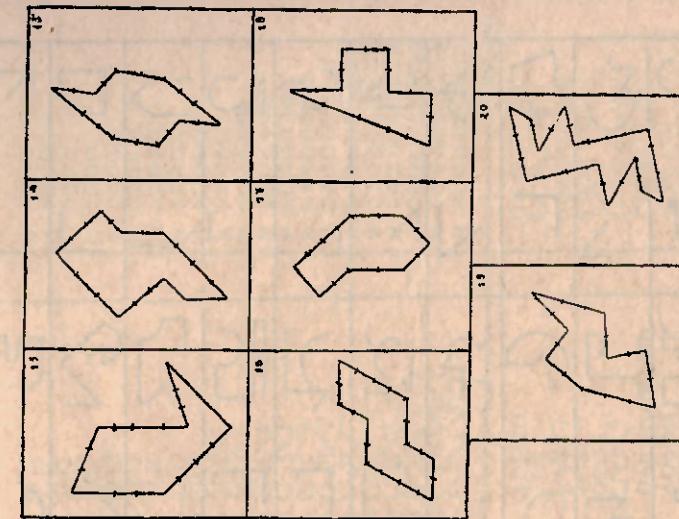


Figura 4A

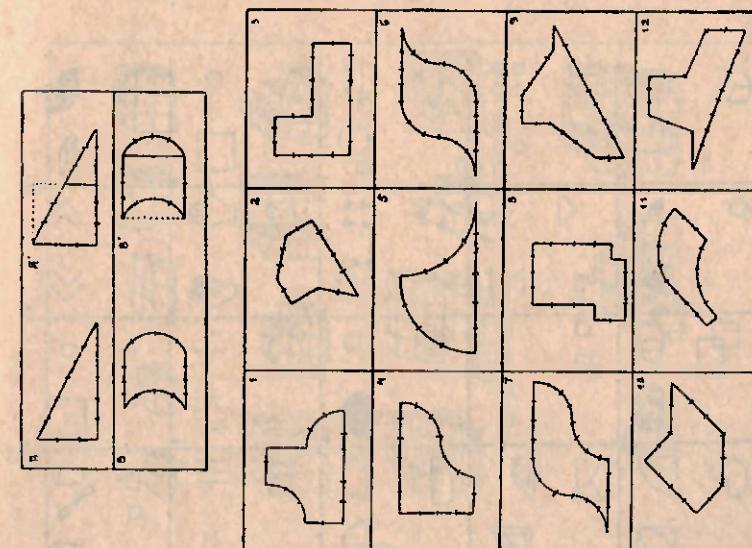


Figura 4

Figura 5

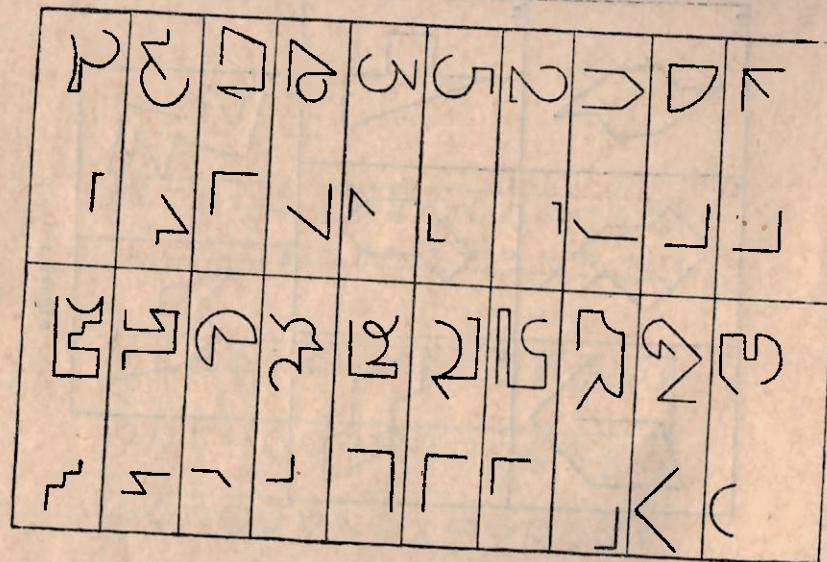
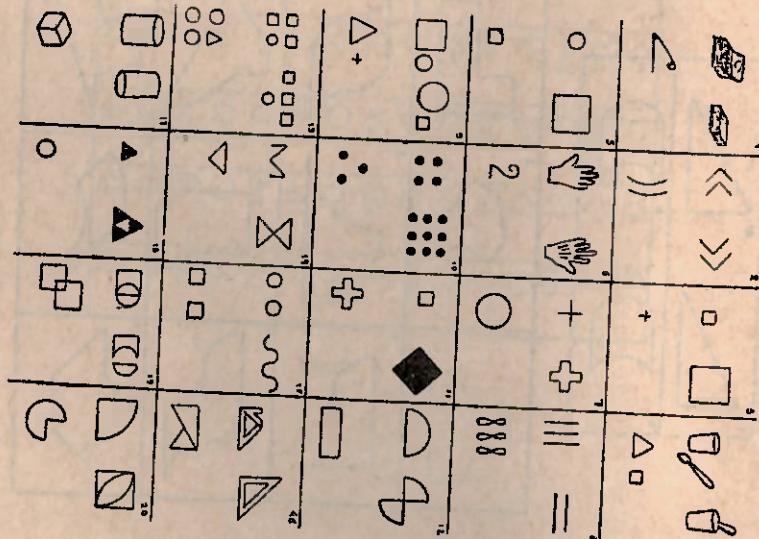
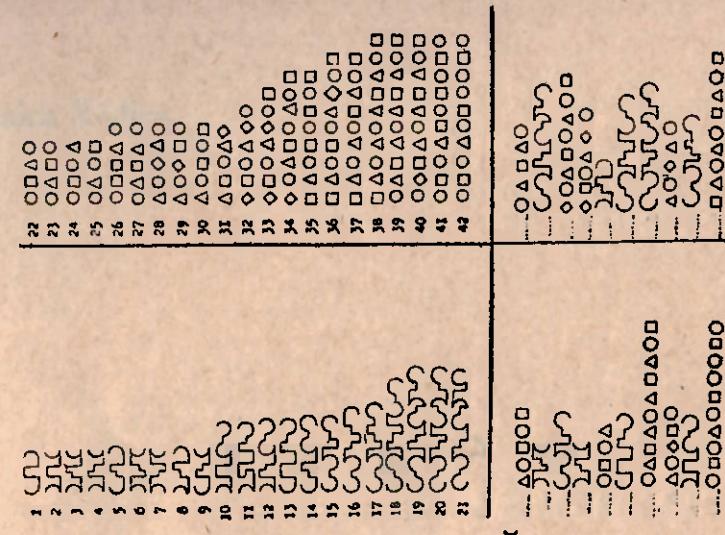


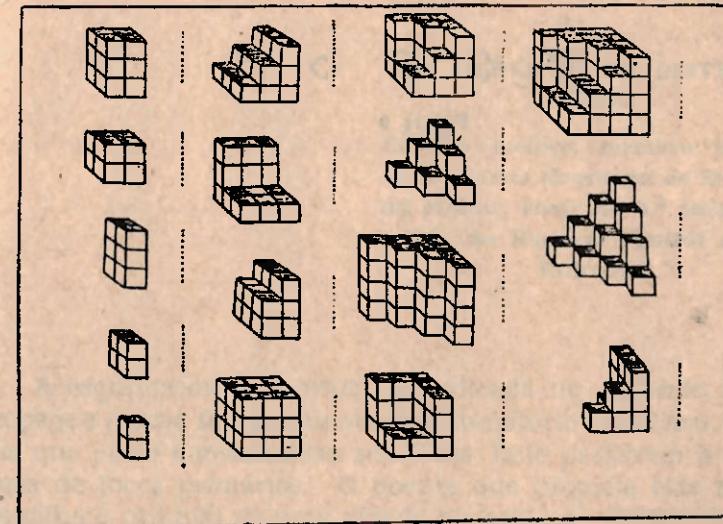
Figure 6



一〇



四



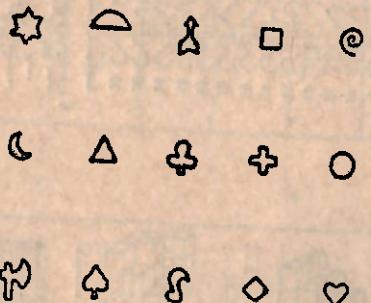


Figura 9

Clínica Médica

FORMA HÉPATO-LIENAL DA ESQUITOSOMOSE

DR. GENEROSO DE OLIVEIRA
PONCE

Capitão médico, membro titular
da Academia Brasileira de Medicina
Militar, chefe da 1.^a enfermaria
do Hospital Central do
Exército

A esquistosomose a princípio radicada no nordeste, já se propagou a uma faixa mais vasta do território brasileiro. Zonas que eram consideradas sub-fócos, hoje passaram à categoria de focos primários. O doente que propicia este nosso trabalho é oriundo de uma cidade do norte do Estado de Minas Gerais, situada em zona classificada como sub-foco, porém atualmente na classe de foco primário, em face do índice de morbilidade da doença.

A esquitosomose é um problema sanitário que interessa a vários Estados brasileiros e não é dos mais fáceis a ser resolvido. As escolas médicas baiana e pernambucana têm apresentado várias contribuições de real valor sobre o assunto.

A parte clínica da esquitosomose tem sido encarada mais vivamente pela escola baiana, ao passo que a escola pernambucana vem se preocupando mais com a anatomia patológica da doença e a biologia do esquitosomo. No que tange à profilaxia ainda há óbices a vencer. O Instituto de Manguinhos presta grande atenção ao assunto e têm enviado Comissões para estudo no local.

* * *

Serviço de Clínica Médica — 1.ª Enfermaria — Caderneta n.º 1970 — Nome J. G. L. — Idade: 23 anos — Cór: branca — E. civil: solteiro — Naturalidade: Minas Gerais — Unidade: 2.º Regimento de Infantaria — Residência: Quartel.

Há 8 meses passados foi convocado para o serviço do Exército; embora doente não se queixou aos médicos que o examinaram em inspeção de saúde para incorporação; incorporado ao 2.º R. I. pediu para trabalhar na enfermaria do Regimento porque o serviço era mais leve (sic); fez alguns exercícios militares e tomou parte em marchas, porém cançava-se muito.

Em 2 de abril do corrente ano (1943) começou a sentir dôr de cabeça e dôr do lado (hipocôndrio direito) quando respirava, tendo então procurado o médico da sua unidade para atendê-lo. Nessa data foi baixado a este hospital sendo triado para a 6.ª enfermaria por ser suspeito de tuberculose pulmonar, segundo consta da nota do documento de baixa. Os contrôlos em relação à doença suspeitada foram, negativos. Em 29 de abril foi transferido da 6.ª enfermaria para a 1.ª enfermaria para completar a sua observação.

* * *

O paciente é um mediolineo em estado de sub-nutrição; pele pálida e mucosas visíveis descoradas (conjuntivas, principalmente, e que também está amarelada); seu quadro de temperatura mostra um estado sub-febril vesperal com remissões matinais.

* * *

Tórax em forma de sino, sem nenhuma representação estetá-cústica de ordem respiratória e circulatória.

Abdome abaulado nas suas áreas superiores, máxime ao nível dos hipocôndrios. Ausência de circulação colateral periférica e presença de sinais de pequeno derrame na cavidade peritoneal. No flanco esquerdo percebe-se uma tumoração ovóide que invade o hipocôndrio correspondente e sofre flutuações ritmadas com as incursões respiratórias. A borda inferior do fígado desce de um dedo a reborda costal direita, e a apalpação sua superfície se mostra lisa e dolorosa.

Tem vários dentes cariados; língua discretamente suburrosa; deglutição normal; apetite conservado, embora com fenômenos dispepticos; suas fezes são pastosas e defeca duas a três vezes durante a noite, não defecando em geral, durante o dia.

Conta que há muito tempo tem desordens de defecação, porém não sabe informar com precisão desde quando e diz que nunca teve fezes sanguinolentas.

Suas urinas estão avermelhadas (sic) — coluria, provavelmente. Consciência-lúcida e insônia.

- Radiofotografia dos campos pulmonares :
- Rádio-diagnóstico: — “Acentuação moderada dos hilos; campos com transparência normal”.
- Sangue — pesquisa de hematozoário de Laveran — “Fray” — não foram encontrados.
- Fezes — pesquisa de ovos de parasitos — Resultados: ovos de áscaris.
- Sangue — reações de Wassermann e Kahn — Resultado: — negativos.
- Sangue :

Eritrócitos — n.º por milímetro cúbico 4.280.000.

Hemoglobina (Neoplan) 12,8 g. (83 %).

Valor globular 1,27 g.

Resistência globular (Fontaine) ligeiramente aumentada.

- Hemograma de Schilling :

Neutrófilos 39%.

N.º de leucócitos por milímetro cúbico 2.500.

Basófilos 2%.

Eosinófilos 20%.

Mielócitos 0%.

Formas jovens 0%.

Bastonetes 12%.

Segmentados 27%.

Linfócitos 36%.

Monocitos 3%.

- Sangue — pesquisa de hematozoário de Laveran — (2.º exame) — não foram encontrados.
- Fezes — pesquisa de ovos de helmintos — (2.º exame) — presença de ovos de esquitosoma Mansoni.
- Sangue — pesquisa de hematozoário de Laveran — (3.º exame) — não foram encontrados.
- Suco gástrico : — exame químico.
- Acidez total — 33 graus.
- Ácido clorídrico livre — 7 graus ou 0,255 g. HC 1%.
- Fezes — pesquisa de ovos de helmintos — (3.º exame) — presença de ovos de necátor.
- Fezes — pesquisa de ovos de helmintos — (4.º exame) — presença de ovos de esquitosoma Mansoni.
- Urina : — vol. recebido 300,0.

côr	ámbar
aspecto	turvo
odor	próprio
dens. + 15.º	1.016
reação	ácida
depósito	algum
consistência	fluida
— uréia	16,0
ávido úrico	0,36
cloreto Na Cl	10,0
fosfatos Pr O5	1,50
— albumina	vestígios
hemoglobina	0
peptonas	0
mucina	traços
glicose	0
acetona	0
ácido diacético	0
ácido béta oxibutírico	0
urobilina	traços
ácidos biliares	traços
pigmentos biliares	traços
sais biliares	traços
indol	traços
escatol	traços

Exame macroscópico do sedimento:

- Urato de sódio.
- Células epiteliais polimorfas.
- Alguns leucócitos.

DIAGNÓSTICO :

Da observação clínica do nosso paciente o que chamava de pronto a atenção do propedeuta era o "tumor" abdominal do flanco esquerdo, ao lado de sintomas funcionais e gerais.

Impunha-se desde logo a identificação desse "tumor".

O fato do fígado estar totalmente aumentado de volume fazia afastar a hipótese da hipertrofia isolada do seu lóbulo esquerdo, e quando é esse o caso, o "tumor" é mais central, a obscuridade percussória tem continuidade com a do fígado e o "tumor" apresenta disposição transversa, com chanfradura no seu bordo inferior.

Os "tumores" da cauda do pâncreas via de regra são redondos e centrais.

O câncer do ângulo-cólico esquerdo é habitualmente acompanhado de distúrbios da esfera digestiva.

Os plastrons peritoneais são mais irregulares e de limites menos precisos.

O osteosarcoma da coluna vertebral tem sede mais profunda, atrás do intestino.

"Tumor" da supra renal é excepcional e difícil de ser reconhecido.

"Tumor" do rim esquerdo é menos esférico, é lombo-abdominal, sua obscuridade percussória sofre a interposição das alças intestinais, pode sofrer migrações e estar acompanhado de varicocele ou de hematúria etc.

Baço grande — é ovóide, mais regular que as outras "tumorações" descritas, não penetra até a região lombar, e põe-se em contacto com a parede abdominal, sem interposição das alças intestinais.

O "tumor" do flanco esquerdo era o baço aumentado de volume.

* * *

Uma vez reconhecida a esplenomegalia nosso raciocínio clínico tem que continuar até chegarmos à feitura do diagnóstico exato e completo.

Para tanto socorre-se da anamnese, investiga-se sobre a concumitância de lesões viscerais, e lança-se mão da hematologia clínica.

Com êsses dados, e conforme os elementos de que se dispõe, pode-se construir ora um síndrome esplenomegálico, ora um espleno-adênico e ora um espleno-hepático.

É claro que os casos clínicos não se apresentam todos dentro do esquematismo rígido que acabamos de descrever; há formas de transição e também formas mistas. Nossa paciente não era portador de uma forma clínica espleno-hepática "pura", mesmo porque para justificação do quadro mórbido apresentado pelo doente não se poderia apontar apenas um agente patogênico.

* * *

Quando é o caso de uma esplenomegalia isolada, a hematologia permite uma orientação lógica. As alterações sanguíneas ora são da série branca, ora da rubra. As da série branca entram nos quadros das leucoses. As que dizem respeito aos eritrocitos ora entram no domínio das poliglobolias, ora vão em sentido inverso, enquadrando-se nas anemias. Tomando por base a intensidade das anemias e as reações sanguíneas que a acompanham, pode-se chegar a uma conclusão diagnóstica. Há caso de esplenomegalia com sangue normal, eventualidade que leva a se pensar em blastomas, e, então, recorrem-se às provas propedêuticas indicadas (reações de Botelho, Roffo, Aron, Davis etc.).

* * *

Quando é o síndrome espleno-adênico que está em causa, as indagações são sobre doenças do sistema linfopoiético ou sobre doenças infecciosas.

Em relação às primeiras temos as leucoses e linfomatose.

Além das fisionomias clínicas de cada uma, teremos a ajuda da hematologia, histopatologia e Gordon-Test.

Quando se trata de doenças infecciosas com síndrome espleno edênico, a hematologia nem sempre é um grande sócorro, entretanto existem outros recursos propedêuticos.

Espleno-hepático — quando presente, é mediante a conumitância da ascite, da icterícia ou ausência de ambas, que vamos conduzir nosso raciocínio para chegarmos ao diagnóstico.

Nosso paciente ao lado da hepato-esplenomegalia apresentava ascite e icterícia. Logicamente nosso primeiro argumento seria sobre as cirroses.

Vejamos as denominadas venosas.

Tipo LAENNEC — a ausência de circulação colateral periférica, de fígado atrófico levavam desde logo a não se poder incluir o processo mórbido nos quadros da cirrose tipo LAENNEC.

Cirrose hipertrófica alcoólica de Hanot e Gilbert, cirroses hepáticas pigmentadas, cirrose hipertrófica gordurosa de Hutinel e Sabouriu, foram facilmente deixadas à margem em face dos comemorativos, dados propedêuticos negativos e exames complementares feitos.

Ventilemos as denominadas biliares.

Tipo HANOT — A presença da ascite e ausência das alternativas de recrudescência e remissão tão habituais nesse tipo de cirrose, não permitiam a filiação do nosso caso clínico nesse grupo.

A cirrose biliar hiperesplenomegálica é dos adolescentes.

A cirrose biliar microesplênica — em desacordo com o tamanho do baço que nosso paciente apresentava.

Cirrose biliar atrófica-o fígado do nosso paciente não era atrófico.

Cirroses metaesplenomegálica e preesplenomegálica, hipóteses que foram rejeitadas por muitas das razões, porque não pudemos admitir o tipo Hanot.

Cirrose biliar sem icterícia — Nosso doente apresentava icterícia.

Cirrose biliar com ascite — formas excepcionais e são acompanhadas de atrofia do fígado.

Saindo do grupo das cirroses, deveríamos abordar :

Adenoma do fígado — onde se encontra um fígado irregular, abobadado, estado grave, hemorragias repetidas etc. — o que não se passava com o paciente.

"Cirrose" cardíaca — nosso paciente não era um cardiopata.

Síndrome de Banti — nem mesmo contando com a liberal classificação italiana dos síndromes hepato-lienais, pode-

riamos incluir o nosso caso clínico nos síndromos bantianos, pela falta de sintomas que seriam de certa monta, e pelo modo de evolução da doença.

As formas anacíticas e anictéricas estavam de lado porque o paciente apresentava ascite e icterícia.

Quando é esse o caso entram em cogitações a esplenomegalia do fígado cardíaco, as esplenomegalias infecciosas (tuberculose do baço, paludismo crônico, sífilis etc.), esplenomegalias tóxicas ou toxo-infecciosas, a degeneração amilóide.

Os exames subsidiários que mostramos servem para negar as conjecturas que fossem suscitadas.

* * *

Porque o processo mórbido em apreço não entrava exatamente nos quadros das cirroses, porque a etiologia era imputável ao esquistosoma que não é cirrogêneo, porque se notava uma predominância anatomo-clínica do baço, preferimos rotular de hepatolienal a forma clínica da esquistosose que acometia nossa paciente.

As alterações sanguíneas assinaladas e os sintomas funcionais delas dependentes (astenia, icterícia hemolítica etc.) eram dependentes da infestação pelo necátor.

* * *

Os ovos de esquistosoma emitidos com as fezes para o meio exterior podem evolver.

Os ovos maduros contêm um EMBRIÃO VIVO chamado MIRACÍDIO, revestido de cílios. O ovo em contacto com a água eclode, e deixa em liberdade o miracídio, se são favoráveis as condições do meio, sobretudo da temperatura e luz. Livre no meio líquido o miracídio pode viver mais ou menos 24 horas. Nadando com a ajuda dos cílios, procura um HOSPEDEIRO INAERMEDIÁDIO, que no caso do E. Mansoni é um molusco do gênero PLANORBIS. No Brasil, existem 3 espécies, segundo Lutz: *P. guadaloupensis* (Sowerby), também chamado *Australorbis glabratus* (Say), *P. Olivaceus* e *P. centimentralis*.

Três a quatro dias após ter penetrado no corpo de um desses moluscos o miracídio se transforma em ESPOROCIS-

TO e, 1 ou 2 dias mais tarde, dará esporocistos filhos. Estes, mais ou menos 20 dias após, localizam-se no hepato-pâncreas do molusco e no 30.º dia dá origem às CERCARIAS, de cauda bifurcada. Abandonando o corpo do molusco as cercárias ficam livres na água e não vivem senão uns 3 dias, morrendo ordinariamente dentro de 24 horas. Procuram por isso mesmo o hospedeiro natural, definitivo, o homem, no qual PENETRA PELA SUPERFÍCIE CUTANEA, sendo as mucosas apontadas também como via de penetração das cercárias.

É fato estabelecido que é no banho de imersão que o homem se infesta, entretanto G. Jansen, biólogo do Instituto de Manguinhos, fez recentemente pesquisas em Pernambuco, e parece admitir a infestação também pelo banho de chuveiro, com água contendo cercárias de esquistosoma. As cercárias logo que penetram perdem a cauda e com auxílio de espinhas e de um líquido proteolítico, conseguem chegar às VÉNULAS periféricas; daí ganham a circulação, alcançam o coração direito, pulmão, coração esquerdo, chegam às artérias mesentéricas, capilares mesentéricos, de onde passam ao sistema porta.

Nos seus ramos intra-hepáticos a LARVA continua sua evolução, dando-se a diferenciação dos sexos, tornando-se VERME ADULTO. As fêmeas começam a PÔR 5 semanas depois da infestação. O E. Mansoni adulto tem como habitat o sistema-porta. Pode ser encontrado seja nas suas ramificações intra-hepáticas ou nas veias mesáricas, de preferência na pequena mesárica. Com menos frequência o esquistosoma pode ser encontrado na veia esplênica.

Quando a POSTURA se dá nas ramificações intra-hepáticas da veia-porta o ovo é levado para o fígado onde determina lesões.

A fêmea dirige-se preferentemente para o grosso intestino e reto unida ao macho do qual se destaca quando atinge um vaso de calibre reduzido, no momento da postura, podendo entretanto esta se verificar estando ainda ligada ao macho.

Dos 3 afluentes da veia porta (esplênica, mesárica superior e mesárica inferior) a fêmea se encaminha pela última, preferentemente.

PATOGENIA — Para a explicação do mecanismo regulador da ampliação do baço e do fígado podemos descrever várias teorias.

Os adversários da autonomia clínica dos sindromos hepato-lienais, Gilbert, Lereboullet e outros, são de opinião que a esplenomegalia é secundária a processo cirrogênio hepático.

Os partidários da esplenomegalia primitiva, inicialmente, adotaram a teoria da estase por trombose da esplênica.

Essa teoria teve curta duração por não ser coerente com os fatos de observação clínica.

Depois surgiu a teoria da esclerose da veia esplênica ou da porta para justificar a formação da esplenomegalia (Simmounds, Wolgreen). Segundo alguns autores, o fundamento dessa teoria ainda seria a estase, porém outros admitiam que o processo mórbido atingiria ao mesmo tempo o baço e os vasos extra-esplênicos.

Essa teoria também perdeu importância desde quando chamaram a atenção sobre a possibilidade da esplenomegalia, mesmo em ausência de lesão de caráter obstrutivo da veia ou de qualquer alteração de tipo cirrótico par o lado do fígado ou da porta.

A escola italiana balanceando os fatores e dando maior importância à esplenomegalia e à hipertensão portal emitiu, através de Greppi, a teoria do Tonus.

Essa teoria de Greppi foi sucessivamente desenvolvida por Cesaris-Demel, Missamy, Ravenna e Celina.

A hipótese de Celina tem o mérito de permitir explicar não só o estabelecimento da esplenomegalia, mas também a existência do estado de plethora hipertensiva endoportal. Celina pensa que pela intervenção de fatores os mais diversos, anatômicos, funcionais, inflamatório, tóxicos, nervosos, humorais, possa haver uma alteração dos mecanismos que regulam o chamado "Tonus esplênico", sobretudo a diminuição da pressão arterial intraparenquimatoso. Falhando a ação dos "freios" que regulam a introdução do sangue pela "via aberta" nos chamados FLUTKAMERN pulpares, determina-se um verdadeiro alargamento da polpa esplênica, com consequente aumento progressivo do volume do baço. Paralelamente, a ingurgitação das veias venosas se repercute sobre a circulação portal; depois o estado de hipertensão portal repercute sobre o baço já distendido, piorando as suas condições e aumentando a sua distensão, até se estabelecer um relativo equilíbrio entre as duas pressões arterial e portal e a resistência oposta, ao menos numa certa fase pela tensão do retículo e pelo tonus dos fibrocélulas musculares; mais tarde essas alterações de funcionais tornam-se anatômicas e chegam a atrofia progres-

siva das fibrocélulas musculares, distensão e a atrofia das fibras elásticas e de esclerose das fibras reticulares.

Por essa teoria, o baço se apresenta mantido em distensão pelas duas pressões, arterial e portal, sobretudo pela pressão arterial.

Existem outras teorias (de Day, Orny e outros), porém explicam apenas a formação da esplenomegalia.

* * *

TRATAMENTO — Com intenção curativa tem sido utilizado o tártaro emético, a emetina, o novoarseno-benzol, o estorvasol e Fuadina. Esta, enquanto existiu no mercado, gozou de excelente conceito. Na falta da Faudina os pernambucanos voltaram suas vistas para a emetina, a princípio com certo entusiasmo e depois com decepção. A Fuadina sempre deu uma certa percentagem de cura clínica, porém é uma faca de dois gumes. Bezerra Coutinho narra casos de morte, não em consequência de intoxicação medicamentosa, e sim por um mecanismo que ele chama de "intoxicação alérgica". O agente terapêutico, matando maciçamente o Verme adulto, vai permitir a entrada na circulação de produtos de desintegação dêle oriundos, e daí a complicação que pode ser mortal.

PROGNÓSTICO — Neste caso o prognóstico "quod vitam" era bom, porém "quod valetudinem" não era favorável ao paciente, tanto assim que foi julgado incapaz para o serviço do Exército.

BIBLIOGRAFIA

BARROS COELHO — Contribuição ao estudo da esquistosomose de Manson — (Anais da Fac. Med. de Recife), 1941.

ARMANDO SAMPAIO TAVARES — Aspectos anato-clínicos da Esquistosomose — Brazil Médico, n.º 37, 1935.

D. C. BIANCHI — Síndromes associados Hépato-lienais e mal de Banti — Resenha Clínico Científica n.º 4 — 1940.

C. LAUBRY — Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos — (Coleção Laffitte) — 1930.

AGEU MAGALHÃES — Esquistosomose em Pernambuco, 1937.

KREIS e HANS — Parasitoses importantes do homem — Actas Ciba, ano V — n.º 9 — 1938.

SÍNDROME ICTÉRICA

DR. ANDRÉ DE ALBU-
QUERQUE FILHO

Cap. médico, chefe da 4.ª Enfer-
maria de Clínica Médica do H.C.E.

Temos observado que a síndrome icterica figura, freqüentemente, entre os doentes que procuram o nosso Nesocômio. É mesmo comum termos sempre nas Enfermarias de Clínica Médica vários casos desses doentes, que se destacam aos olhos de todos pela cor dos seus tegumentos. Durante o período icterico são percebidos, de longe, pela coloração amarelada que os põe em evidência. No primeiro contacto com o médico vão logo dizer: "Vim para o hospital, porque estou com ictericia", como se essa ictericia, em vez de sintoma, fosse toda a sua enfermidade. Muita vez não deixam de ter razão, pois sabemos que, em muitos casos, a ictericia resume toda a moléstia. Diante de um caso dessa natureza, após a anamnese,

impõe-se o exame de urina, que revela a presença de pigmentos e sais biliares, provando assim que essas substâncias estavam retidas no sangue.

FALSAS ICTERÍCIAS — A côn, mais ou menos amarelada, dos paludados crônicos, dos cancerosos, da anemia perniciosa, dos cloróticos; a côn bronzeada na moléstia de Addison, nas cirroses pigmentares, podem prestar-se a uma confusão que o exame minucioso do doente, feito à luz do dia, e as reações de Hay e Gmelin na urina, nos diriam se se trata de uma ictericia verdadeira ou falsa. Não serão consideradas como ictericias as colorações devidas a outras substâncias, tais como o caroteno, urocromo, tripaflavina e fluoresceína. Resta-nos, ainda, verificar se existe uma intoxicação pelo ácido pícrico, o que seria fácil pela própria informação do doente, e, o que teríamos de discernir, caso suspeitássemos de simulação, recorrendo, ainda, ao exame de urina para a pesquisa do ácido pícrico e de seu derivado picrâmico. Chegando à conclusão de que realmente o doente é um ictérico, um outro problema, mais difícil, será procurar a causa dessa ictericia.

FORMAS CLÍNICAS — Será uma ictericia infecciosa? Esta, como o nome indica, está ligada a uma infecção como a pneumonia, o paludismo, o tifo, as estreptocócias etc., e aparece no curso dessas infecções como complicação precoce ou tardia. Quando a ictericia aparece sem nenhuma infecção, diz-se que é primitiva e, quando sobrevém no curso de uma moléstia infecciosa, diz-se que é secundária. Quer num caso, quer noutro, a ictericia é sempre uma hepatite infecciosa produzida pela insuficiência da célula hepática. Outro grupo das ictericias é aquele produzido pelos tóxicos, onde vamos encontrar compostos de arsenicos (salvarsan, néosalvarsan etc.); intoxicações pelo clorofórmio, fosforo etc. As ictericias produzidas pela obstrução das vias biliares têm sintomatologia bem acentuada, a côn amarelada dos tegumentos é mais nítida, acompanha-se, quase sempre, de constipação, e quando o intestino funciona, as fezes são geralmente descoloradas e fétidas. Há, concomitantemente, hipertrofia do fígado e um passado de cólicas hepáticas. A obstrução do canal colédoco por um cálculo produz uma ictericia transitória, com o cortejo clínico alarmante, próprio da cólica hepática; uma vez passado o cálculo desaparece lentamente.

Quando é o câncer da cabeça do pâncreas ou da empôla de Vater a causa da obstrução, notamos uma ictericia, pouco intensa e progressiva. A idade do paciente, o aumento do volume do fígado, o emagrecimento, a dôr na vesícula biliar são

sintomas preciosos para o médico. Para orientar o diagnóstico, em casos da obstrução do colédoco, não devemos prescindir da regra de Courvoisier, quando diz que: sendo a obstrução de origem calculosa, a vesícula fica quase sempre contraída, sendo rara a actasia da mesma; e o contrário se dá quando a obstrução tem outras causas, isto é, a vesícula fica dilatada. Salientando o valor da regra de Courvoisier, o nosso grande e saudoso mestre Miguel Couto assim se expressou: "É um bom sinal, uma excelente indicação, um explêndido aviso para ser devidamente pesado com outros sintomas em cada caso concreto". Temos ainda que verificar se a ictericia do nosso doente não está ligada a uma cirrose do fígado ou a uma doença crônica da glandula hepática. Nas cirroses biliares, na cirrose atrófica de Laennec ou na hipertrófica de Hanot-Gilbert, o médico tem os diversos sintomas próprios de cada uma a orientar-lhe a possibilidade destas afecções. Da mesma maneira, na sífilis, na tuberculose, ou no câncer do fígado, teríamos os sinais próprios de cada uma destas moléstias, além da aparição da ictericia num indivíduo já combatido pela enfermidade que há muito lhe minava o organismo. Nas ictericias hemolíticas, a bile corre normalmente para os intestinos, não há nenhum obstáculo mecânico que perturbe o funcionamento do colédoco, como também não há nenhuma perturbação da célula hepática. Não existe prurido cutâneo. O que existe é uma hiperhemólise, e as hemárias destruidas abandonam hemoglobina. Os doentes são sempre anêmicos com esplenomegalia e fezes bem coradas. Se houver dúvida, o exame hematológico nos indicará uma anemia com exagerada fragilidade globular, reticulocitose, anisocitose e microcitose. Nos ictéricos hemolíticos a prova das hemoconrias é positiva, confirmando a existência de sais biliares no intestino.

O NOSSO DOENTE — Entre os enfermos que povõam a nossa Enfermaria com a síndrome ictérica, escolhemos um para o nosso trabalho. Moço ainda-aos soldados quase sempre são jovens-alto, do tipo longilíneo, bem constituído, inteligente e vivo, contou-nos que havia baixado porque estava todo amarelo... e, dizendo isso, desabotoava o pijama para mostrar-nos o peito amarelado. Respondendo à nossa pergunta, de como iniciou a sua doença, explicou-nos que começou com vômitos e diarréia e, por isso, julgou tratar-se de uma perturbação digestiva, pois, na véspera, havia se excedido no jantar. Conseguiu uma licença do serviço e foi para casa, crente que seu mal era uma intoxicação alimentar. No caminho, sentiu dôr de barriga (sic), mais acentuada do lado direito, abaixo

das costelas. No 5.º dia, ao levantar-se, sua irmã, entre assustada e admirada, interrogou-o: "Que é isto gente, acordou com os olhos amarelos? Foi vêr-se no espelho e certificou-se do fato. Procurou o médico da Unidade e baixou ao H.C.E. Vimo-lo na manhã seguinte, 6.º dia de sua enfermidade.

EXAME GERAL — Tegumentos e mucosas corados em amarelo, mais sensível na esclerótica e na face inferior da língua. Fígado, doloroso à palpação e ligeiramente aumentado de volume. Espplenomegalia discreta, bradicardia e hipotensão arterial. Prurido cutâneo generalizado a todo o corpo. Temperatura efêmera, não passando de 38º. O exame de urina revelou pigmentos e sais biliares, provando assim que se tratava de uma icterícia total, onde os pigmentos e sais biliares estavam retidos no sangue e que os rins se encarregavam de eliminá-los. A reação de Hyjmanns Van den Bergh no sôro sanguíneo foi direta e a taxa de bilirrubina 15 mg. %.

O nosso doente não via os objetos corados de amarelo (ausência de xantopsia) e também não tinha cegueira noturna (hemeralopia).

DIAGNÓSTICO — O doente estava realmente com icterícia. Prevou-nos a cor amarelada da pele, generalizada a todo o corpo, e a hiperbilirubinemia que ultrapassou a cifra normal (colemia fisiológica) de 5 a 7 mg. %.

O teor bilirubínico no sangue, ultrapassando 3-4 unidades de bilirrubina (reação direta de Van den Bergh) fala-nos a favor das icterícias de estase biliar, de uma icterícia hérpato-tóxica. Na icterícia hemolítica, só se encontra a reação indireta, isto é, a mudança de cor só aparece depois da precipitação alcoólica do serum icteríco. O mesmo se dá com a bilirrubina formada fora do fígado em exsudatos hemorrágicos e nos hematomas subcutâneos. O exame de urina acusou pigmentos e sais biliares. Por tudo isso, e ainda pela ausência de sintomas que traduzem as outras icterícias, concluimos pela icterícia simples, também chamada catarral ou genuina, do nosso doente. Um elemento de valor diagnóstico é a descoloração das fezes, tanto mais expressiva quanto mais intensa a icterícia. As vêzes, as defecções perdem parte ou completamente a coloração normal, até tomar coloração branco-acinzentada, muito semelhante ao barro, termo que serve de frequente comparação na descrição do enfermo.

ICTERÍCIA CATARRAL — Icterícia simples, genuina, primitiva, impropriamente conhecida pelo nome de icterícia catarral. Antes de qualquer consideração, permita-nos Eppin-

ger a reprodução de sua frase: "É o capítulo mais difícil da hépato-patologia." Vieira Romeiro diz: "A icterícia catarral é uma das formas ordinariamente mais benignas das icterícias infecciosas primitivas". (Patoologia Médica, 2.º volume). Ramon assim se refere nas suas magistras Lições de Clínica Médica, 6.ª série: "A icterícia infecciosa benigna não é uma doença das vias biliares e sim uma doença geral com manifestação icterica". Atribuiu-se a propagação às vias biliares do catarro intestinal ao nível do duodeno, verdadeiro tampão mucoso que impedia o fluxo da bile: — tampão de Wirchow. Os trabalhos de Eppinger, durante a guerra de 1914-1918, destruíram esta concepção de Wirchow, pois nas autópsias de numerosos soldados austríacos ictericos, mortos em combate, o fígado não revelou nenhum catarro obstrutivo das vias biliares e sim lesão da célula hepática, uma verdadeira hepatite aguda. Ficou assim de pé o conceito da hepatopatia parenquimatosa difusa que Eppinger chama hepatite serosa intersticial aguda com icterícia. "Vingou pois, desde então, o conceito da hepatopatia parenquimatosa difusa, chamado hepatite serosa intersticial aguda com icterícia e que, afirmando a lesão celular protoplática e direta, cabe bem, na simplicidade e pureza de expressão, o qualificativo de icterícia genuina, já adotado por alguns autores brasileiros e pelo Prof. Pasteur Vallery-Radot, da Faculdade de Medicina de Paris". (Clementino Fraga).

EVOLUÇÃO — As perturbações digestivas — náuseas, vômitos, diarréia — são os pródromos comuns. No nosso doente o embaraço gástrico dominou o quadro clínico, de início. A febre só existe quando as lesões hepáticas difusas se acompanham de processos colangíticos, isto é, são manifestações de doenças infecciosas gerais. Quase sempre, a coloração amarelada da pele e mucosas aparece entre o 4.º e o 5.º dia. Alguns autores distinguem, na icterícia simples, um período pré-icterico, onde predominam as perturbações digestivas, e outro período chamado icterico, marcado pela aparição da icterícia. A duração da doença é de 3 semanas em média e o seu prognóstico benigno; salvo, quando por transgressão de tratamento ou diéta, ela evolue para a atrofia amarela aguda do fígado, de prognóstico sombrio. A terminação da icterícia genuina, frequentemente, é anunciada por uma crise urinária com recoloração das fezes, podendo persistir ainda, no sangue, bilirrubina em excesso, porém, com diminuição de sais biliares: é a icterícia dissociada final. Aos poucos, a cor amarela da pele e mucosas volta ao normal e o doente entra em convales-

cença. No nosso caso, a convalescença teve início ao vigésimo dia do aparecimento da doença.

TRATAMENTO — Apesar de sabermos ser frequentemente benigno o prognóstico do icterux simplex, nunca devemos considerá-lo completamente desprovido de importância. Iniciar o tratamento com um purgativo, mesmo quando houver perturbações digestivas. A diarréia não exclui a prescrição do purgativo; antes, mais a justifica, ajudando o trabalho de defesa do organismo, que está empenhado na eliminação das substâncias tóxicas, ainda nos intestinos. Prescrever o calomelanos (0,20 g.) associado à lactose (2,0 g.), dividido em 4 cápsulas, para tomar uma de hora em hora, até exoneração intestinal. Usa-se também o óleo de ricino, na dose de 40 a 60 gramas. O calomelanos é recomendado mesmo na fase ictérica, na dose de 2 a 3 centigramas, 3 vezes ao dia, durante 3 dias. Prescrever repouso no leito e administração reduzida de albumina, especialmente de carne. Favorecer a ressorção das gorduras, pela administração de preparados com base de ácidos biliares, Becholin, Bilival etc. "A injeção endovenosa de ácidos biliares feita com o objetivo de excitar a secreção biliar é contra-indicada pelo princípio da preservação, isto é, do descanso do órgão doente". (Rosenthal). Aconselhar o regime rico em hidratos de carbono, especialmente açúcar, afim de fornecer glucídios ao fígado. As refeições, X a XX gotas de ácido clorídrico medicinal ou preparado à base desse ácido, como o Energodigestol Moerbeck. Recomendam-se antissépticos biliares e urinários, urotropina, salol etc. No nosso serviço, no H.C.E., temos usado, como ótimo resultado, as injeções endovenosas de cilotropina. Nos casos graves, sôrō-glicosado hipertônico e insulina. Na convalescença, extrato hepático, vitaminas.

BIBLIOGRAFIA

- Andrés García — El sindrome coledociano.
 Clementino Fraga — Doenças do Fígado.
 F. Rosenthal — Doenças do Fígado e Vias Biliares.
 Licínio Santos — Afecções do Fígado e Vias Biliares.
 Marcelo Royer — Fígado e Pâncreas.
 Ramon — Clínica Médica.
 Vieira Romeiro — Patologia Médica.
 W. Berardinelli — Clínica Médica.
 Eppinger — Enfermidades del Hígado.

DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO POR VÍRUS (*)

DR. FRANCISCO LEITÃO

Cap. médico, chefe do Gabinete de Metabologia e Electrocardiologia do H.C.E., membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar, instrutor de Clínica Médica da E.S.E., ex-assistente no Serviço do Professor Rocha Vaz.

É este um assunto difícil de expôr: ao redor de alguns fatos, alguns conhecimentos sedimentados e muitas pesquisas em plena ebulição. Ao meu juízo, entretanto, há três maneiras de encarar ou estudar o assunto:

(*) Resumo de aulas dadas no Serviço do Professor Rocha Vaz, no mês de outubro de 1943. Parte geral.

- ETIOLOGICAMENTE: Investigações sobre o vírus;
 - ANATOMICAMENTE: Localização do vírus nos vários escalões do sistema nervoso, com as síndromes clínicas decorrentes;
 - CONSTITUCIONALMENTE: As condições e as particularidades que favorecem a localização do vírus no sistema nervoso.
- * * *

Pode considerar-se o vírus uma bactéria incompleta. A sua propriedade mais característica é que necessita a presença da célula viva para se desenvolver. É um parasito da membrana celular. Se bem que alguns autores acreditem que as inclusões conhecidas como corpúsculos de Guarnieri, na varíola, e corpúsculos de Negri, na raiva, sejam aglomerados de vírus, não é dentro da célula viva que êles se desenvolvem, mas apenas na sua presença.

Tentou-se cultivá-los nos meios de laboratório, os meios sem vida em que as bactérias conseguem multiplicar-se, mas sem resultado. Só é possível a sua cultura em tecidos: embrião de galinha, na membrana cório-alantóide etc.

Dada essa sua propriedade de só se desenvolverem junto às celulas vivas, alguns investigadores concluíram que os vírus não são organismos vivos, mas substâncias inanimadas capazes de produzirem doenças, não por processos autônomos de multiplicação, mas por produção sucessiva das celulas injuriadas ou estimuladas. As próprias celulas, nessa maneira de pensar, é que seriam as fontes dos vírus. Assim aconteceria com os bacteriófagos e com o vírus do mosaico do tabaco, segundo as experiências de STANLEY, que o conseguiu sob a forma de uma proteína cristalizada, de alto peso molecular.

Como quer que seja, são sujeitos a doenças por vírus: os animais superiores e inferiores, as plantas e até as bactérias.

Separam-se os vírus das bactérias porque os vírus atravessam os filtros conhecidos, que as bactérias não podem atravessar. Mas a membrana de colódio, de ELFORD, consegue deter os vírus e, por este processo, foi possível a sua medida.

Há vírus grandes, como o da vacina, que mede de 125 a 175 milímicros e vírus pequenos, como o da febre amarela, de 17 a 28 milímicros, ou ainda menores, como o da poliomielite, apenas de 5 a 8 milímicros, tamanho de algumas moléculas proteicas. E, sob esse critério, há a considerar três ordens de vírus:

- Vírus extremamente pequenos, provavelmente excitantes inanimados de doenças;
 - Vírus de tamanho médio, organismos sobre os quais ainda não se tem uma idéia exata;
 - Vírus grandes, que seriam micróbios incompletos, pequenos micróbios, ou micro-micróbios, como também se diz.
- * * *

Grande número de experiências mostram a transmissão dos germes por via nervosa, em sentido centrípeto, da periferia para o centro, alcançando o sistema nervoso central, pelo caminho dos nervos. É o que se chama a neurotropia espontânea ou neuropatia. Na raiva, na poliomielite e no Herpes Zoster, verificou-se que, com a injecção dos vírus em um tronco nervoso de certo calibre, alcançam êles o sistema nervoso central, se a via está íntegra, ao passo que a secção ou mesmo a ligadura do nervo impede essa marcha. Não se sabe como se deve interpretar essa neuropatia: se os vírus caminham propriamente pelo cilindro-eixo ou pelo espaços linfáticos situados entre as fibras nervosas, se apenas são transportados ou se se multiplicam ao longo dessa via.

O fato é que os vírus progridem no sistema nervoso de uma maneira difusa, por contiguidade, por via hemática e por via linfática, podendo, novamente, ganharem a periferia por via centrífuga, expandindo-se em todos os sentidos, como uma septicemia no tecido nervoso. É isso a septicemia de POINCLOUX e NICOLAU.

Essas idéias mostram, pois, como é problemático o reconhecimento da doença do sistema nervoso por vírus, pela sua só síndrome clínica, decorrente da localização, ou da localização preferencial do vírus para este ou aquele segmento do sistema nervoso.

Eis porque o diagnóstico das doenças e afecções do sistema nervoso ficam cada vez mais na dependência do laboratório. E, com o microscópio eletrônico, capaz de visualizar tudo cujo tamanho esteja entre 5 a 250 milímicros, pode esperar-se um grande progresso no conhecimento dos vírus, o estudo da sua forma, das suas dimensões e da sua estrutura, como já o fizeram para o vírus do mosaico STANLEY, ANDERSON e RUSKA.

* * *

Constitucionalmente muito há ainda que respigar no estudo dessas doenças do sistema nervoso por vírus, se bem que

a Escola Rocha Vaz tenha sempre chamado a atenção para os fatores constitucionais nas doenças infecciosas: biotipos astênicos e hipomesenquimatosos, como os mais predispostos.

DRAPER no seu interessante livro "A doença e o homem", (HUMAN CONSTITUTION, 1924), conta que, na epidemia de paralisia infantil em 1916 nos Estados Unidos, muitas crianças foram levadas pelos pais dos grandes centros urbanos onde a doença grassava, para os pequenos centros rurais. Os homens do campo reagiram à mão armada, no receio dêsse contato perigoso. Não souberam observar, diz DRAPER, que em muitas famílias numerosas, de quatro, cinco e mais crianças, uma só adoecia. Médicos e leigos só se impressionavam com o contágio, mas se abstinhaam de investigar porque em crianças igualmente expostas uma só adoecia e outras não. Mais tarde DRAPER e DUPERTIUS publicaram no "J. Clin. Investigations", de janeiro de 1939, as suas conclusões sobre os fatores constitucionais na poliomielite. Conseguimos apenas lêr a referência dêsse trabalho no "Archives of Internal Medicine" de agosto de 1939: morfologia particular dos doentes, com olhos mongoloides e aspecto infantil da zona facial média.

A doença de SCHILDER, encefalite peri-axial difusa, admitida por alguns como também doença de vírus, é uma doença familiar. MEYER e TENNENT publicaram caso de dois irmãos, com um terceiro irmão tendo sinais atenuados e a mãe uma mielopatia progressiva.

A esclerose em placas, doença de etiologia duvidosa, foi tida por STRUPELL como doença congênita, ocasionada por uma tendência da glia para proliferar. Há publicações mostrando que é uma toxemia, e em que há distúrbios lipolíticos do sóro. PIERRE MARIE observou um caso em que ela se seguiu à febre tifóide e sugeriu que seria um terciarismo tífico. Hoje, pensa-se que seja doença por vírus e a observação de MARIE é interessante, porque mostra a possibilidade de infecções serem seguidas por doenças do sistema nervoso por vírus.

Eis aí exemplos que parecem mostrar, ainda mais do que nos outros estados infecciosos, que os fatores constitucionais são os predominantes na eclosão do sistema nervoso por vírus. Merecem êles, portanto, uma investigação bem mais apurada do que temos feito.

* * *

Um problema interessante nas encefalites é o que diz respeito ao sarampo, à vacina, à varíola, à varicela e à parotidite

epidêmica. Alguns autores pensam que o vírus dessas doenças é o mesmo das encefalites que lhes têm sido relacionadas. GINS, de Berlim, que as reune-todas com o nome de encefalites post-infecciosas, pois que quase sempre são observadas depois da doença, às vezes até quando a doença já parece curada, acredita que o vírus é o mesmo da encefalite letárgica é que aquelas doenças apenas facilitam o desenvolvimento e a eclosão do vírus da encefalite letárgica. Entretanto, o vírus da doença de von ECONOMO, encefalite polioclástica, localiza-se na substância cinzenta, ao passo que, em alguns casos de encefalite post-vacínica, as lesões verificadas foram da substância branca. Mas GINS acha que a encefalite letárgica também se pode localizar na substância branca.

As outras encefalites polioclásticas são: a raiva, a poliomielite, a encefalite japonêsa e as encefalites americanas. Há quem queira reunir todas ou pelo menos algumas dessas doenças, como sendo uma só como parece a tendência de GINS. Contudo as provas de laboratório antes as separam e as individualizam. Assim, a encefalite letárgica, encefalite occidental e a encefalite japonêsa ou oriental, seriam a mesma doença, mas a encefalite japonêsa B é transmitida por mosquitos, tem animais reservatórios de vírus, ao passo que a occidental só se transmite por contato direto com dente, portador de germe ou objeto contaminado.

Muita semelhança tem a encefalite japonêsa com a encefalite americana de S. Luiz, mas o vírus da S. Luiz é altamente virulento para o rato e pouco para o macaco e só se encontra no cérebro, ao passo que o vírus da japonêsa é igualmente virulento para o rato, o macaco e o carneiro e destrói as células de PURKINJE do cerebelo. Além disso, as reações sorológicas são diferentes.

A encefalomielite equina americana, doença dos cavalos transmissível ao homem, propaga-se por mosquito e os pássaros são reservatórios de vírus.

É entretanto surpreendente o fato que na epidemia de encefalite verificada em North Dakota, foram isolados o vírus de S. Luiz e o vírus da encefalomielite equina tipo Este.

Em conclusão, somente estudos posteriores nos poderão dizer, com segurança, da unidade ou da individualidade dessas encefalites. Como acontece geralmente com as doenças por vírus, a imunidade conferida é forte e duradoura.

Passando agora ao estudo particularizado de cada uma dessas doenças, a começar pela raiva, hoje de interesse mais veterinário do que médico, embora o tipo da doença padrão do

sistema enervoso, por vírus, desejamos terminar estas generalidades com a sua discriminação.

PODEM SER GRUPADAS EM :

- afecções do Sistema Nervoso por vírus de doenças conhecidas.
- doenças conhecidas e definidas do S. N. por vírus.
- doenças mal determinadas do S. N. por vírus.
- doenças do S. N. também atribuídas a vírus.

1.º Grupo.

- 1 — Sarampo.
- 2 — Parotidite epidêmica.
- 3 — Vacina.
- 4 — Varíola e variolóides.
- 5 — Varicela.

2.º Grupo.

- 1 — Herpes Zoster e Hespes Simplex (V. dermatropo).
- 2 — Raiva.
- 3 — Poliomielite anterior aguda, doença de HEINE MEDIN.
- 4 — Encefalite letárgica, doença de von ECONOMO.
- 5 — Neuromielite aguda e subaguda, doença de AUSTREGÉSILLO.

3.º Grupo.

- 1 — Encefalite australiana, doença X.
- 2 — Encefalite de S. Luiz.
- 3 — Encefalite japonêsa tipo A e tipo B.
- 4 — Encefalomielite eqüina tipo ESTE e tipo OESTE.
- 5 — Cório-meningite linfocítica.
- 6 — "Louping ill", semelhante a encefalite australiana.
- 7 — B vírus (vírus de laboratório causador accidental de encefalite).

4.º Grupo.

- 1 — Beriberi.
- 2 — Doença de SCHILDER.
- 3 — Esclerose em placas.

Clínica Cirúrgica

CONTUSÕES DO ABDOME

DR. HERMÍLIO FERREIRA

Cap. médico, chefe da 12.ª Enfermaria do H.C.E. (Cirurgia), chefe de Clínica Urológica do H.C.E., instrutor da Escola de Saúde do Exército, membro efetivo da Associação Brasileira de Urologia, ex-cirurgião do Hospital de Pronto Socorro, ex-Professor Catedrático da Universidade do Brasil, ex-membro do Conselho Universitário da Universidade do Brasil, assistente de Técnica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Recife.

Etiologia — As contusões abdominais se originam de várias fontes, mas podem ser sintetizadas de dois modos: por

percussão ou de ação rápida (coice de um animal, choque de um timão de carro, choque de um varal das viaturas de guerra, pontapé durante uma luta etc.) ou por pressão ou de ação demorada (roda de uma viatura passando sobre o ventre, desmoronamento de uma parede com esmagamento prolongado, compressão entre vagões ou nos elevadores elétricos, etc.).

As contusões se realizam assim por percussão ou por pressão e atingem de uma maneira geral duas zonas distintas no abdome: a primeira, (epigástrico, peri-umbilical e hipogástrico) protegida apenas por um plano músculo — aponevrótico e a segunda, além deste plano, um arcabouço ósseo como as costelas nos hipocôndrios e os ilíacos nas fossas, devendo ainda salientar-se, nesta segunda zona, a espessa musculatura lombar, que de algum modo proteger os flancos. Esta sistematização tem a vantagem dupla de ante-vermos, de acordo com a localização nas referidas zonas, o diagnóstico das lesões: assim, na primeira ocorrem as rupturas de visceras ôcas (intestino, estômago, bexiga) sempre com consequências sépticas e na segunda, rupturas de visceras maciças (fígado, baço, rim) redundando sempre na hemorragia interna e na anemia consequente.

Anátomo-patologia — Quando o agente vulnerante não vem dotado de força suficiente para ultrapassar a parede abdominal e principalmente quando a atinge oblíqua e tangencialmente ou nas zonas flutuantes sem apoio ósseo, tudo se resume a lesões equimóticas de secundária importância e que são logo avaliadas pelos sintomas que serão descritos adiante. Infelizmente, um grande número de vezes, o agente é dotado de grande força e atinge perpendicularmente à parede, encontrando o plano ósseo subjacente (coluna vertebral ou osso ilíaco) e a ruptura das vísceras é a regra, com os consequentes malefícios sépticos e hemorrágicos.

Todavia, as lesões anátomo-patológicas são multiformes, mas obedecem, em linhas gerais, aos dois grandes grupos enumerados acima:

a) — Lesões das vísceras ôcas: intestino, estômago e bexiga.

Destas, a víscera mais comumente lesada é o intestino delgado, secundariamente os colons e a bexiga e mais raramente o estômago.

Do delgado ainda o jejuno e o ileo aparecem em primeiro plano na freqüência, não sendo raras as lesões do duodeno por

ser uma parte fixa do intestino. Chavasse verificou em suas estatísticas que são mais freqüentes as lesões da porção média do intestino delgado, seguindo-se em ordem de freqüência: a) porção proximal do jejuno, distal do ileo, cólon, duodeno, ceco e ilíaco.

Está claro que o delgado está mecanicamente mais desprotegido, pois os colons se abrigam nos flancos.

Interpretemos as consequências anatômicas e traumáticas de um coice: — o que se realiza é um verdadeiro pinçamento de uma alça que, protegida apenas anteriormente pela parede músculo-aponevrótica, encontra o plano ósseo subjacente, a coluna, e daí resulta perfuração da alça segundo os detalhados estudos de Jobert e de Chavasse (perfuração por esmagamento). Os bordos da perfuração são geralmente muito irregulares e as lesões são acentuadamente mais vulnerantes na parede posterior que na anterior, em vista deste mecanismo exposto, observação esta que não deve ser esquecida nas laparotomias, durante o tratamento cirúrgico das lesões.

A ruptura por estilhaçamento, admitida por Lonquet, Beck-Moty e outros, após experiências concludentes, nos parece muito rara na vida prática dos hospitais.

Por estes autores foi experimentalmente demonstrado o aumento súbito da pressão intra-alça nas extremidades, resultando esta rara espécie de ruptura, que mencionamos como curiosidade.

A ruptura incompleta deve merecer especial atenção dos cirurgiões, para não considerar branca uma laparotomia e dias após assistir o desenrolar fatal de uma peritonite, por conclusão desta perfuração despercebida. Nesta espécie de ruptura, tão bem evidenciado com os trabalhos de Strohe Février e Adam, apenas a serosa resistiu ao choque do agente vulnerante e a musculara e mucosa se romperam. A mancha equimótica da serosa e a palpação nos conduzem à intervenção.

Ruptura total com afastamento das extremidades encontram-se em 10 % dos casos.

Ruptura do meso, desinserção de um seguimento mesentérico. Estas lesões nos parecem as mais traíçoeiras ao cirurgião, pois podem se ocultar em sintomas muito discretos, e, a posteriori, surgem as necroses isquêmicas, que em geral são atendidas com grande tempo de retardamento e eviden-

ciadas na autopsia. Estes são os chamados acidentes retardados das contusões abdominais.

Todavia estes casos de lesões graves do mesentério nos fazem despertar pelos sintomas claros de hemorragia interna que nos conduz à laparotomia bemfazeja, quando suficientemente observado o doente.

São conhecidas dos cirurgiões experimentados as formas chamadas de intestino de frango, oriundas da contractura de um segmento de alça, ocultando um pequeno orifício.

Tôda vez que estivermos no decurso da laparotomia exploradora, devemos nos preocupar com esta forma discreta de lesões.

b) — Lesões nas vísceras maciças: fígado, baço, rins, pâncreas.

As vísceras cheias e imobilizadas por seus ligamentos, quando atingidas pelos agentes vulnerantes, apresentam duas únicas espécies de lesões:

1.º) — Rompe-se o tecido nobre e mantém-se íntegra a cápsula, donde as equimoses, os derrames.

2.º) — Rompe-se também a cápsula e tem-se hemoperitônio proporcional às lesões e à natureza dos vasos feridos.

Quando é o rim o órgão atingido, vamos encontrar o sangue na bexiga, nas micções.

São multiformes as lesões nestes órgãos e estas se relacionam com o estado anatômico normal ou patológico da víscera. As hepatites palustres e as esplenomegalias devem ser aqui consideradas.

OS SINTOMAS

No congresso de cirurgia de 1897, Le Dentu dizia com firmeza "Eu considero o diagnóstico das lesões intra-peritoneais por contusão como um dos problemas mais espinhosos da clínica". Bastam estas palavras do consagrado cirurgião, para dizermos da dificuldade d'este problema cirúrgico, que tem levado alguns pessimistas a considerá-lo insolúvel, pregando neste setor a falência da clínica. Não pertencemos a este grupo, e podemos asseverar ainda com Le Dentu que os casos sem sintomas vão desaparecendo, à medida que se aguçam as observações dos cirurgiões e que as suas percepções se

tornam mais acuradas, permeando esta caixa de segredos que se chama abdome.

Examinemos o problema.

Sé as contusões abdominais podem matar nos primeiros instantes pelo choque ou pela hemorragia fulminante, os nossos primeiros cuidados ao receber o contundido, devem ser voltados para estas duas hipóteses, que em alguns minutos retiram a vida do paciente sob nossa vigília. Assim, tratar com urgência o choque é o nosso primeiro dever, para podemos isolar a possibilidade de uma fulminante hemorragia interna, por ruptura de víscera maciça (fígado, baço, rim etc.). Por fim, afastada esta, nos preocuparemos com as lesões que darão lugar à peritonite super-aguda: as rupturas de vísceras ócas (intestino, estômago, bexiga). Como as hemorragias matam mais rapidamente que as peritonites super-agudas, elas merecem as nossas atenções iniciais, pois a vida do paciente está num jogo cuja duração é de alguns minutos e o cirurgião precisa vencê-lo...

Cada momento gasto representa uma chance perdida, mesmo em se tratando das lesões do tubo digestivo, causadoras da infecção peritonial. Convém aqui, para nos científicos, examinar a estatística de Hartmann, das contusões com ruptura do tubo digestivo:

Operações	Horário	Cura
72	Antes das 24 h.	48%
27	Após as 24 h.	3%

Assim como as de Siegel:

Horário da intervenção	Mortalidade
1 a 4 h. após o acidente	15, 2%
9 a 8 após o acidente	44%
9 a 12 após o acidente	63, 6%
após a 12. ^a hora	70%

Como acabámos de ver, através d'estes números, a urgência da intervenção é fator favorável à cura do doente, e como ilustração desta regra de conduta examinemos três observações de H. Mondor. — Em dois doentes por ele operado num intervalo de de 24 horas, sendo um com 40 horas e outro com 4 horas após o acidente:

No primeiro foi encontrada apenas uma pequena perfuração, mas o ventre já se achava cheio de pus e o óbito se realizou dois dias após.

No segundo, apesar de lesões muito mais graves: uma alça rebentada com afastamento das duas extremidades e dilaceração extensa do mesentério, que obrigaram a uma ressecção e anastomose lateral, se seguiu uma cura, apesar de acidentes de anestesia.

É que no primeiro, os sinais, tendo sido frustos, compeliram a uma observação demorada, o que não aconteceu com o segundo, em que o cortejo sintomático abundante conduziu a uma intervenção precoce, coroada de êxito. Num terceiro doente, visto na manhã imediata, de um acidente ocorrido na véspera, à tarde, e observado imediatamente pelo interno, se achava em estado agônico e sucumbiu alguns minutos após a abertura da parede, tendo sido verificada ruptura do mesocôlon, esfacelo do colo ascendente e peritonite pútrida. Este doente morreu portanto em menos de 24 horas, não tendo apresentado de início sinais alarmantes apesar das grandes lesões.

Estes três frisantes exemplos dão inteira razão a E. Quénu, quando dizia que a tal "espectativa armada" era sinal de pouco senso, ou antes, de ignorância.

— A conduta, pois, deve seguir a tríade possível: choque-hemorragia fulminante, hemorragia interna lenta e ruptura de víscera óca.

Trilhemos esta conduta !

O CHOQUE

O indivíduo se apresenta de côr pálida, pulso acelerado, soares frios, grande excitação, temperatura baixa 35°,6, dôres difusas no ventre, respiração curta, freqüente e superficial, vômitos e tendência à sincope.

Todo este dramático cortejo pode significar apenas um estado de choque, sem lesão visceral, e nada mais que uma simples contusão parietal. O sôro, os analépticos, o aquecimento, o repouso e o isolamento das lágrimas e aflições dos circunstantes podem fazer passar tudo isto, trazendo um período de calma, que merece as nossas desconfianças, pois uma lesão de víscera óca pode se abrigar neste silêncio de sintomas.

Neste período de tratamento do choque, devemos fazer as nossas indagações etiológicas, as circunstâncias do acidente, sempre tão úteis para a decisão operatória. (Taddei).

Souligoux acentuava a importância dos comemorativos sobre o estado aparente do doente. Salientando considerar-se a força do traumatismo e a situação do doente no momento do acidente.

A este período de indagações, simultâneo à terapêutica do choque, sucede muitas vezes uma grande acalmia no estado geral do paciente: é a face que cora, é a respiração que se torna mais profunda, o pulso enche e torna-se mais tenso e menos freqüente; a agitação passou, não existe mais choque...

Aqui, com esta acalmia, começa um período de grandes dificuldades para o clínico — Está curado o nosso doente? ou evolue surdamente uma ruptura de delgado para a peritonite mortal?

Cogniaux acentua que, devido à alcalinidade do conteúdo do delgado, os sintomas são pouco perceptíveis, enquanto a acidez do estômago nos leva a sinais gritantes e mais claros. Por esta razão, é mais difícil o diagnóstico no primeiro caso.

Mas antes de decidirmos sobre as lesões do intestino, sempre surdas e de reconhecimento retardado, impõe-se no primeiro plano, conforme acentuámos de início, cuidarmos da possibilidade da hemorragia interna, de caráter não fulminante. Eis aqui um grande problema diagnóstico !

Se houve desaparecimento do choque, o diagnóstico se torna mais simples, mas, quando existe alternância com sintomas de hemorragia, é necessário um juízo muito acurado do clínico para decidir, figurando a terapêutica médica como um coadjuvante poderoso. Aqui o pulso é um grande orientador — se apesar da terapêutica seguida, ele se levanta para cair logo após na tensão e se eleva na freqüência, devemos pensar na hemorragia. Além disso, a face, descorando-se novamente, a temperatura permanecendo baixa, as mucosas continuando descoradas; nariz, orelha, língua e extremidades frias; suores frios, sede intensa e, sobretudo, a agitação permanece com delírio, — estamos diante da hemorragia.

Sobretudo se o ventre é doloroso, e defendido pela contratura; maciez nos flancos e dôr no fundo de saco de Douglas, pelo toque retal ou vaginal.

Aqui é chegada a hora da decisão e sem devaneios literários, tão comuns nas horas dramáticas das conferências; não é preciso muita cultura para decidir: estamos diante de sinais elementares — "a vida está fugindo por uma artéria que sangra", não percamos tempo com transfusões, elas estarão bem

depois da intervenção. Uma ligadura, uma sutura hepática ou uma esplenectomia, fará ressurgir a vida.

AS PERFURAÇÕES

Estudemos agora a terceira hipótese, aquela que mata pela peritonite: — as perfurações intestinais. Elas representam um dos mais sérios problemas da clínica. O suco entérico, alcalino em suas reações, se encarrega de mascarar as lesões.

Consideremos agora disperso o choque e todos os sinais de hemorragia. O doente está em geral calmo e otimista, principalmente os seus círcunstantes leigos. Mas, aqui, começa a inquietação do cirurgião, em busca do diagnóstico das lesões, surdas, que trarão a peritonite. É preciso evitá-la, a sua responsabilidade está em jôgo; quantas vezes esta acalmia é enganadora... a euforia é efemera, a peritonite começa a desenhar-se como um cataclisma ameaçador.

Faz-nos lembrar um empregado de notável família no Rio, atendido por nós no H. P. S. Recebemo-lo em choque. Este cedeu encantadoramente pela terapêutica usual. Cinco horas após ao acidente, apelávamos para a família afim de convencer esse jovem da necessidade da operação. Uma dor discreta existia ao nível do umbigo e pequena defesa. Acidente de bicicleta era o comemorativo.

Insistimos e conseguimos operar. Uma perfuração arredondada ao nível do cólon transverso foi a lesão encontrada. Cura per prima.

Mas como nos orientarmos na variabilidade das lesões e das constituições individuais?

Para melhor interpretação dos sintomas, e para que estes sejam ponderados em seus valores relativos, descrevê-lo-emos em três grupos, conforme o fazem vários autores:

- a) — Sinais incertos.
- b) — Sinais inconstantes.
- c) — Sinal revelador.

Sinais incertos	{	Temperatura
		Vômitos
		Fáicies.

Embora sempre medida não nos dá grande orientação a temperatura: quantas vezes um contundido de abdome, com

39,5° de temperatura, nada mais apresenta que uma lesão de parede, enquanto outro está morrendo com 36,5° dentro de uma peritonite.

Os vômitos — O vômito precoce no geral passa com a terapêutica do choque e com o desaparecer da agitação. Todavia, o vômito tardio é sempre sinal grave de peritonite.

Quanto à facies, ou nos dá sinais apenas de hemorragia, conforme vimos acima, ou revelando perfuração já evolvida para a peritonite, não colabora para o diagnóstico precoce das perfurações.

Sinais inconstantes	{	Dor
		Enterorrágias
		Meteorismo
		Macicez pré-hepática
		Pulso

A dor é um sinal inconstante e de uma grande variabilidade — Mesmo espontânea, ela pode ser local ou generalizada. Outras vezes é fixa e à distância, podendo ainda ser inicial ou tardia, ou ainda com periodicidade nitidamente entre-cortada por períodos de grande socego do doente, parecendo que tudo se esvaiu e... eis que volta novamente, com grande intensidade, acompanhada de profunda irritação do paciente.

Todavia, a intensidade da dor não está em relação com a lesão. Temos assistido doentes tranqüilos, que apresentam na intervenção graves lesões viscerais e que não possuam este sinal: dor, enquanto outros agitados e irritados por dor constante não apresentam senão ligeira lesão parietal.

As dores tardias são sempre maus prenúncios — sinais quase evidentes de lesões viscerais, oriundas de fenômenos inflamatórios.

Não resta a menor dúvida, compulsando-se as estatísticas de vários autores, que a dor profunda, e principalmente quando aumentada pela respiração, tem grande valor semiológico, mas a dificuldade reside no distinguir-se dentro do cortejo subjetivo do doente.

Em 132 casos de contusão abdominal, de Berry e Giuseppe de Londres, todos com rutura intestinal, a dor intensa e contínua foi observada, a exceção de 3 casos apenas.

E. Quenu, em 59 casos, verificou 51 casos de dor precoce e tem sido um forte propugnador destes sinais.

A. Schwartz e J. Quenu, continuando a apreciar êste sinal e o seu valor em semiótica, sintetizam de forma cabal e justa o valor da dor, afirmando : — “que quando um doente não se queixa ou não acusa nenhuma dor, não estamos autorizados a negar a existência de uma lesão visceral, mas vice versa, se o ferido sofre desde o início e acusa dor, sempre na mesma região, se torna rara a inexistência da lesão visceral”.

As dôres a distância não são raras e Du Bouchet, em vários casos de lesões duodenais, verificou dores dorsais, ciática esquerda, hipogástricas.

Segundo H. Mondor, a “dor toma uma significação importante em vários casos : “Espontânea, persistente, e profunda; dor provocada a distância da região da parede atingida pelo golpe; finalmente, se a dor espontânea ou provocada, se ajunta a dor no fundo de saco de Douglas pelo toque retal.

As enterrragias não podem merecer muito valor, não só pela inconstância, como a sua apreciação demanda tempo e a expectação é sempre perigosa. Pelas mesmas razões não merece valor a parada de gases e fezes, pois quando constatadas, em realidade já estaremos diante das complicações sépticas.

O meteorismo, de muita importância para os cirurgiões antigos, hoje é um sinal relegado a plano inferior. O próprio Lejars, que tanto lhe imprestou importância no início da sua vida cirúrgica, se refere nos seus últimos anos de vida : “O meteorismo progressivo, antigamente considerado como um sinal de valor, é, em realidade, uma manifestação já tardia de uma peritonite em evolução.” E ainda Lejars acrescenta “quanto ao meteorismo súbito e generalizado é em geral de significação completamente diversa”.

E cita um caso atendido imediatamente em seu serviço, com um grande meteorismo, mas sem outros sinais de lesão visceral, que manteve êste meteorismo ainda 48 horas, para desaparecer finalmente sem outro distúrbio.

Em exemplos diários, verificam-se muitos feridos com lesões viscerais, apresentando de início abdome chato e retraiido e algumas vezes em bateau. Infelizmente o meteorismo é um sinal já dramático para a vida do doente, é uma adver-tência da morte, é a peritonite em seu último e fatal escalão.

Todavia, ainda nos reportando aos meteorismos precoces, devemos acentuar que muitas vezes são correlatos a hematomas retro-peritoniais, mesmo sem lesão visceral.

Timpanismo e sonoridade pré-hepática — Este é um sinal que só tem valor quando revelado precocemente e sobre o qual muito se falou entre os cirurgiões antigos.

Jobert acentuava “a timpanite instantânea é um sinal certo de ferida do intestino, sem lesão exterior do abdome”.

Guinard dava tal importância a êste sinal, que chegou a considerá-lo patognomônico de lesão intestinal.

E' oriundo de um pneumoperitônio resultante das feridas de vísceras ôca, constatável constavel à percussão e aos raios X. Pela percussão metódica do hipocôndrio direito, vê-se a maciez diminuída em virtude da interposição da massa gasosa entre o diafragma, as costelas e o figado.

Estes gases podem ser revelados precocemente pelo raios X, e todos os autores são acordes que se tornam mais sensíveis e visíveis nas feridas do estômago.

Aliás, é preciso acentuar que nem todo timpanismo é pneumoperitônio, pois a aerogastria e aereo-colia podem perfeitamente e muito comumente mascarar êste sinal. Guinard acentuava que êste era seguro, mas inconstante.

Pensamos com a maioria dos autores contemporâneos : êste sinal não pode ser considerado seguro nem constante. Parece mesmo intempestivo, pela sua presença, afirmarmos a existência da ruptura; pesquisámos em um grande número de doentes no H.P.S., do Rio; ele esteve ausente em alguns casos, apesar de lesões intestinais tratadas cirurgicamente.

Para Pfeiffer, Mondor, Viana e outros autores contemporâneos, o pneumoperitônio é um sinal mais esclarecedor da úlcera gástrica perfurada, e de importância secundária nas lesões intestinais traumáticas. Posso mesmo acentuar que na prática diária, no H.P.S. do Rio, poucas vezes vi os cirurgiões se utilizarem dos Raios X para pesquisa dêste sinal, nos traumas abdominais; entretanto, em todos os casos de suposta úlcera gástrica perfurada, raro é o cirurgião que num hospital organizado, não o pesquisa em face do ventre em tábua das úlceras perfuradas.

Finalmente, falando de percussão, não se pode deixar de fazer menção à chamada percussão dolorosa dos autores alemães.

Nas hemorragias intreperitoniais de origem visceral êle é considerado constante, principalmente por Lange. Nas de origem vascular êle é menos nítido e infiel. E' conhecido por sinal de Kilenkampf.

O pulso — é efetivamente um grande indicador para o cirurgião culto, erudito, capaz de interpretá-lo.

Os grandes cirurgiões que lhe dão muito valor e Lejars, nos seus trabalhos, sempre o colocaram em primeiro plano.

Todavia, é preciso salientarmos em esclarecimento semiótico, o que se deve considerar por divergência — "pulso — temperatura". Inicialmente grifemos a frase — sentença de Lejars : — Quando há divergência entre a temperatura e o pulso, eu obedeço ao pulso, "se êle é intacto, eu me abstendo".

Estamos de acôrdo com esta abstenção, mas o que é difícil é saber-se quando êle está intacto. Aqui, abrimos um capítulo para dar a palavra à biotipologia, segundo a escola italiana, sobre o equilíbrio neurovegetativo. O indivíduo poderá apresentar ou não um pulso normal, mas de acôrdo com a sua constituição, pois está evidenciado atualmente, que há uma estreita conexão entre a forma e a função. Não se deve portanto esperar uma grande taquiescência nos braquitípos, apesar de existente a lesão visceral, máxime nos braquitípos estênicos, sempre de predominância vagal. Por isto, um pulso de 80 a 90, já deve ser considerado sinal de alarme neste tipo, enquanto só o será alarmante acima de 100 ou 110, na longetípia.

Tenho em mão a observação de um doente, com duas lesões de alça, no qual o pulso batia a 80 antes da intervenção — era um perfeito braquitípico.

Os trabalhos de Finsterer de 1913 e 1917 acentuam que certas hemorragias internas graves deixaram o pulso lento ou normal. Não devemos levar em conta esta advertência, pois Finsterer não fez reparo nas constituições dos seus doentes, daí as suas observações perderem, na hora atual, todo valor.

H. Mondor, ainda em 1937, considera o pulso um sinal inconstante. — Estamos em completo desacôrdo. — O pulso é um sinal constante, é preciso saber interpretá-lo à luz da constitucionalística.

O sinal revelador — contratura da parede abdominal.

Finalmente somos chegado ao estudo do sinal que bem se podia chamar "salvador da clínica", pois cirurgiões notáveis, como Chaput e Jalaquier, chegaram com as suas asserções a decretar a sua falênciâ nas lesões fechadas do abdome.

De justiça, êste grandioso elemento, que tantos serviços tem prestado à humanidade, deve tomar o nome de sinal de Demons, que deve ser considerado o seu verdadeiro autor, pois foi quem pela 1.^a vez o descreveu com certa nitidez, no Congresso de cirurgia de 1897.

Assim, nesta data, após seus acurados estudos em torno da rigidez do ventre, segundo as suas expressões, pronunciou

no congresso de 1897 : — "Eu quero falar da rigidez do ventre, lembrando a rigidez cadavérica, desta tensão marcada da parede, acompanhando-se por vezes de um pequeno entumecimento, e, por outras, ao contrário, de um achatamento ou mesmo de uma escavação do ventre, que resiste à mão do cirurgião. Sob a palpação esta tensão se exagera imediatamente e torna-se mais dolorosa ainda. O ventre está "como em tábua". Este sintoma dotado de caracteres tão nítidos, denota, se eu estou bem informado, uma lesão visceral certa. Eu ousarei mesmo avançar, se eu não temesse ser muito afirmativo que pertence propriamente à ruptura dos órgãos ôcos. Em um grau menor, vê se, em outros casos, esta rigidez, esta contratura da parede não se manifestar que sob a influência da pressão. O ventre "se defende", como se diz. Assim atenuado, êste fenômeno não tem menos um valor real".

Esta descrição revela a acuidade do espírito de observação de Demons, que em 1897 firmou um verdadeiro marco salvador da clínica e, infelizmente, os cirurgiões modernos se esquecem de fazer menção ao seu nome ligado ao sinal revelador, o que nos parece uma grave injustiça, pois, graças a êste, são incontáveis os salvamentos humanos realizados sob sua luz.

Ele esclarece as situações obscuras e as mais graves na frase de Mondor.

Bouilly, em 1883, Michaux, em 1895, Chaput, Quenu, Guinard, em 1896, fizeram comunicações nos grandes centros cirúrgicos europeus revelando que já se achavam na pista dêste maravilhoso sinal e dêstes Guinard foi bem incisivo, sem entretanto descrevê-lo e valorizá-lo como Demons.

Hartmann, em 1898, foi muito preciso, embora um ano após de Demons, proclamando para o mundo científico : — "É um sinal que existe nos casos graves e que é uma indicação à intervenção : é a contratura da parede : com meu aluno Gosset, eu o tenho encontrado em todos os casos; naqueles onde êle faltou, não houve acidente grave".

Michaux insiste na mesma época. "Se Hartmann quiser se reportar ao que eu tenho escrito sobre as contusões do abdome, verá que insisti sobre esta contratura, que considero como um dos sinais de maior importância numa lesão profunda. Entretanto, não é um sinal absoluto".

Todavia, Hartmann foi incansável nesta época, como difusor dêste sinal, e assim, na sessão seguinte volta a recomendá-lo e a advertir os cirurgiões da sua importância, como diagnóstico de certeza.

Pelas razões expostas o sinal venceu, e hoje é chamado sinal de Guinard-Demons e Hartmann.

Guinard por tê-lo apontado, Demons por tê-lo descrito e Hartmann por valorizá-lo como o melhor. Em 1898, Hartmann ainda assim se refere "em presença de uma contusão do abdome, considero em falta de outro qualquer sinal, num doente mesmo em ótimo estado vindo a pé ao Hospital, a existência de uma contratura da parede, não limitada ao ponto contuso, como indicação nítida de uma laparotomia".

Os trabalhos de Hartmann de 1901 firmaram definitivamente o valor deste sinal, e daí por diante ele seguiu a sua bemfazeja trajetória, até os nossos dias. Assimalemos a colaboração de Dambrin de 1903, onde relata o caso de uma criança que, tendo sofrido um golpe de máquina de imprimir, não apresentava outro sinal que não fosse a contratura. Dambrin firmou o diagnóstico de lesão visceral, tendo encontrado resistência por parte da família do doente, por achar injustificada a operação, mas acaba vencendo esta e na laparotomia encontrou ruptura do jejun perto do ângulo duodenal.

— Pelas mesmas razões etiológicas, a contratura da parede soma-se à supressão dos movimentos respiratórios, que encontraram sua justificativa na contratura do diafragma.

Esta contratura é fácil de se evidenciar por uma boa inspeção e para Adams e Cassidy a diminuição localizada da ampliação respiratória, tem duplo sentido: existência e localização da lesão.

Do exposto se conclue pela excelência deste sinal que sofreu, desde a sua descrição inicial, as mais variadas interpretações. Entretanto, ele chega aos nossos dias, como o maior elemento diagnóstico sabendo-se considerá-lo a tempo e interpretá-lo. Estamos em desacordo com Jalaguier, quando assevera: "Em muitos casos se é forçado a permanecer na incerteza a esperar a eclosão dos fenômenos gerais". Ora, se os sinais de peritonite aparecem, a vida do doente se torna instável, as probabilidades de cura se reduzem à expressão mais simóles. Assim, na dor difusa com vômitos negros, soluço, taquiesfigmia, meteorismo generalizado, temperatura alta e facies peritonial, cianose, anúria, não se precisa mais de um cirurgião e sim de um padre e sacramentos.

Finalmente, precisamos apreciar este sinal de certeza, a contratura, em seus diversos graus descritos por vários cirurgiões, sobretudo por Roux, que pretendeu uma subdivisão: defesa muscular e ventre em tábua.

O mecanismo deste sinal reside na formação do arco reflexo sensitivo-motor, segundo as leis de Head e Mackenzie e é passado em 3 fases: serosa e subserosa, hematoma retroperitoneal; medula; zonas metaméricas dos músculos largos e retos do abdome, sendo de notar que estes últimos apresentam rapidamente a contratura, chegando-se, conforme o grau reflexo, ao chamado ventre em tábua. Igualmente, e pelas mesmas razões fisiológicas, se formam as dores inicialmente localizadas, e posteriormente difusas nos últimos períodos.

Aqui devemos novamente abrir um outro capítulo à luz da biotipologia, segundo os princípios estabelecidos pela escola italiana, para uma apreciação inédita na clínica cirúrgica: isto é, considerar-se a variabilidade da intensidade da contratura e da dor, uma vez que ambas se formam dentro deste arco reflexo e no domínio do simpático.

Sabemos que na longitípia estênica é concomitante a predominância simpática, enquanto que na braquitípia predomina o vago. Assim se justificam os casos negativos de contratura, apesar de lesão visceral e lamentavelmente estes casos relatados por notáveis figuras da cirurgia mundial não foram apreciados em face da constituição individual.

E' esta a soberba razão que nos leva a alertar os cirurgiões dos nossos dias para esta variabilidade do sinal, segundo a constituição individual.

Para finalizar este capítulo destacaremos algumas conclusões:

1.º — a gravidade das lesões não é diretamente proporcional à intensidade do traumatismo.

2.º — lesões viscerais gravíssimas podem manter-se silenciosos durante horas.

3.º — o sinal de certeza, a contratura, dificilmente deixa de se manifestar, mas é inversamente proporcional ao grau do braquitípia do doente.

4.º — segundo Lucena, entre a 5.^a e 6.^a hora, em suas conclusões, os casos considerados silenciosos esboçam grandes esclarecimentos.

5.º — esperar os sinais de peritonite é deixar morrer o ferido.

6.º — a expectação armada é sinônimo de imprudência.

7.º — o pulso deve ser apreciado segundo o grau de braquitípia e longitípia.

8.º — a contratura é sinal de ruptura de vísceras óca e varia com a constituição.

9.º — Finalizemos com uma conclusão de Le Dentu — "os casos ditos sem sintomas se tornam mais raros à medida que os cirurgiões e médicos terão aguçado seu sentido de observação".

FORMAS CLÍNICAS

As mais variadas classificações de formas clínicas são encontradas na literatura médica, mas todas sem utilidade ao nosso objetivo principal : — o diagnóstico. Enfadonho seria repeti-las.

Atendendo ao nosso objetivo principal, propomos aqui a nossa classificação simples e objetiva :

- a) — Casos hemorrágicos claros e de contratura variável, mas presente. Estes são iguais à operação imediata e urgente ;
- b) — Casos sem contratura ou anormais ou latentes que se podem apresentar em 3 grupos :
 - 1 — de hemorragia retardada ;
 - 2 — perfuração coberta ou incompleta de início ;
 - 3 — feridas mesentéricas.

Como exemplo dos casos latentes do número 1, apresento aqui o caso de um doente do Hospital Militar de Recife. Tratava-se de um soldado que, tendo sofrido uma contusão abdominal e tendo tido sintomas benignos, foi colocado em gêlo, e repousou na enfermaria. Trinta dias após, considerando-se curado, desceu as escadas do Hospital para comprar frutas e, voltando à enfermaria, apresentou sintomas de um abdome agudo, deixando dúvidas em torno de uma suposta apendicite em esbôço. Nesta mesma tarde, 6 horas após, acentuaram-se os sintomas e foi operado, tendo o cirurgião se conduzido inicialmente em busca do apêndice por uma abertura em Jalaguier, e em presença da grande hemorragia troca de incisão e verifica uma grande ruptura no baço e procede a esplenectomia, que, infelizmente, foi tardia. Nada mais se passou que a espécie de lesão já relatada no capítulo da anatomia patológica : a cápsula ficou íntegra apesar de roto o tecido nobre do baço. Secundariamente houve a necrose da cápsula e se procedeu a hemorragia fulminante quando cessou o repouso do doente.

No capítulo da anatomia patológica, já falámos das perfurações incompletas do intestino. Este, após o trauma, apre-

senta rotas 2 túnica, mantendo íntegra a serosa, que, a posteriori, por necrose, se rompe e o cortejo dos sintomas se desenvolve.

Temos visto um caso desta natureza em 1934, em um indivíduo atendido em nosso serviço. Considerado bom, já tendo retomado suas ocupações, nos procurou no final de uma peritonite, e a autopsia revelou o ocorrido.

Finalmente, as lesões mesentéricas são as que mais fornecem estas formas latentes e Sencert e Ferry conseguiram publicar 32 observações.

Nelas se verificam aquelas lesões que já estudámos no capítulo da anatomia patológica, em que a escara se forma, motivada pela isquemia oriunda das lesões vasculares mesentéricas. Aqui, ainda, uma boa atenção para a contratura pode evitar o desenlace fatal.

Para estes casos é que recomendamos a pesquisa do sinal de Delbet : — enchimento progressivo do fundo de saco de Douglas e o sinal de Tixier tremblotement peritonial. Este último, muito bem descrito por Clavél que assim se expressa : "Se não há contratura, a parede abdominal é então flácida, como estupificada pelo traumatismo; ela é comparável à parede de uma mulher após o parto. Se nestas condições existe líquido no abdome (sangue, urina etc.), eis um meio que nos parece prático para verificar : — o doente estando em decúbito dorsal e coxas relaxadas, meter na fossa ilíaca a face palmar dos 4 últimos dedos, deprimir várias vezes, com pequenos golpes rápidos, a parede abdominal. Imprime-se assim a parede, uma espécie de movimento ondulatório, que termina em caso de presença de líquido, em uma dupla sensação tátil e visual.

Tratamos até aqui dos casos comuns e gerais das contusões abdominais, entretanto merece especial destaque algumas formas clínicas pouco comuns, mas relatadas aqui e ali nos serviços cirúrgicos de urgência.

1.º) — Ruptura sub-cutânea. Esta espécie se apresenta com a forma de hérnia dos elementos abdominais. Sentem-se sob os dedos as alças etc., a mais das vezes, forma-se um tumor sub-cutâneo contendo vísceras, que se reduz pela pressão delicada.

A ruptura da parede (sub-cutânea) pode se acompanhar de lesões viscerais ou dos vasos, ou ainda dos vasos superficiais da parede, como a epigástrica, com grande hemorragia intra-peritonial e com os sintomas descritos destas hemorra-

gias. Deve-se sem hesitação abrir e, verificadas e tratadas as lesões, reconstituir os planos, evitando as eventrações futuras.

2.º) — Ruptura do diafragma sucede às compressões da base do tórax e é seguida de lesões tóraco-abdominais graves.

Na maior parte dos casos, a gravidade é tal que somente a autópsia mostra o sucedido.

Não raro, somente o diafragma sofre a ruptura, máxime na sua metade esquerda, resultando da travessia das visceras ras ôcas e o epíplon por este orifício anormal, com sintomas os mais variados. Nestes casos, além dos sinais descritos acima, aparece a dispneia; consequente a esta intromissão de víscera abdominal na caixa torácica, resultam os estrangulamentos que podem ser percebidos pela oclusão intestinal e seus sintomas.

Tem sido descritos em várias comunicações casos desta natureza, apresentando sinais físicos: desvio da ponta cardíaca para a direita batendo no bordo esquerdo do externo, além de visível alargamento dos espaços intercostais deste lado, com sinais negativos auscultatórios do murmúrio vesicular.

Nestes casos a tóraco-laparotomia se impõe com as suas graves consequências.

3.º) — Contusões torácicas podem se acompanhar de lesões abdominais; é o caso das fraturas das últimas costelas, resultando ruptura do baço e do fígado. Além disto, as fraturas da bacia que, na maioria dos casos, se acompanham de ruptura da bexiga. Assim como nas contusões lombares, a ruptura do fígado e do baço.

4.º) — Contusões herniárias — Não são raras estas contusões que podem ser tratadas intempestivamente pelo taxe e permanecer na cavidade abdominal uma alça rôta.

Assistimos um jogador de foot-ball que, tendo levado um golpe, contundiu sua hérnia inguinal direita, que era mais ou menos contida por uma funda. Caido no campo, era o próprio jogador habituado a fazer o taxe com as suas próprias mãos; fê-lo após o choque e, tendo repousado no vestiário, apresentou horas depois, sinais de ruptura de víscera óca: contratura da parede e pneumo-peritônio. A laparotomia foi feita por nós na quinta hora, e pudemos ver uma ruptura em linha de um alça. Tratado cirurgicamente, teve alta curado. Não vimos o caso de um jagodar do team Uruguai, em 1922, mas soubemos pela imprensa que foi semelhante, havendo infelizmente terminado pelo óbito. Assim, as contusões dos herniados não são raras e devemos estar avisados, afim de evitar os desastres posteriores ao taxe do intestino lesado.

DIAGNÓSTICO

No estado atual dos nossos conhecimentos, o diagnóstico dos lesões nas contusões abdominais já se faz pautada em si-nais plenamente satisfatórios.

Não estamos mais vivendo os dias de tão grandes apreensões e incertezas apontados por Jalaguier e Le Dentu: possuímos, conforme verificámos no estudo dos sintomas, ótimas elementos, necessitando, apenas, que sejamos metódicos nas pesquisas para um bom diagnóstico.

— O interrogatório, conforme assevera Taddei, é preciosíssimo, pois nele, buscamos as luzes etiológicas, de grande valia nas contusões. Logo em seguida, devemo-nos preocupar com a facies, com a respiração abdominal: com a sonoridade pre-hepática, maciez dos flancos, dôr e apagamento do fundo de seco de Douglas.

Nestas primeiras verificações, o pulso assume capital importância, principalmente em face da terapêutica anti-cheque. Exame inicial de urina em busca da hematúria.

Finalmente, a palpação se apresenta em plano todo especial, para nos orientar, em face do sinal Guinard-Demons-Hartmann, o "sinal de certeza".

Nesta pesquisa, precisamos utilizar docemente a palpação, para não concluirmos erradamente, e não será demais reptir a observação de Hartmann, quando nos relata que muitas vezes chamado por seus internos para operar uma contusão com contratura presente, ao exame pré-operatório, verificava a inexistência da contratura. A mais das vezes, tratava-se de contratura provocada pela exploração.

Portanto, é necessário aquecermos as mãos e docemente aplicarmos a região palmar — inicialmente sobre os retos e secundariamente sobre os músculos largos, como mui comumente assiste certos clínicos o fazerem, com a extremidade dos dedos e perpendicularmente à parede.

Verificada uma contratura, esta merecerá importância como diagnóstico, se fôr de caráter generalizado e não unicamente no ponto contuso.

Feitas estas considerações, devemos, por questão didática, durante o trabalho diagnóstico, nos orientar inicialmente sobre o 1.º problema: choque ou hemorragia?

Tratado o choque e afastada a hipótese "hemorragia", caímos na grande e difícil questão das perfurações. Daí por diante, os exames sucessivos de meia em meia hora se impõem, até o esclarecimento final, positivo ou negativo, de lesões.

Para Lucena, este esclarecimento dura no máximo 6 horas e nós tivemos várias oportunidades no H.P.S. de observar esta proposição da Lucena nos casos de evolução lenta, e mais, entre a 5.^a e 6.^a hora, tudo se torna tão claro que é fácil decidir. Mas, sem dar total razão a Lucena, em que ele na 6.^a hora não se refere exclusivamente à contratura e sim a um conjunto de sinais, precisamos nos definir entre as suas grandes proposições descutidas pelos autores dos nossos dias, se : a) — presente a contratura = a operação imediata ; b) — ausente a contratura = a abstenção.

Axiomática é a primeira proposição, conhecidas que são as razões da contratura e o seu valor diagnóstico; entretanto a 2.^a proposição, discutida por todos os autores da atualidade, nós nos colocamos no ponto exato do valor expressivo das palavras de A. Schwartz e J. Quenu "Se a existência de uma contratura generalizada é um sinal quase certo de lesão visceral profunda e comanda a intervenção imediata, a ausência da contratura não exclui absolutamente a possibilidade destas lesões e nem por isto toda idéia de intervenção". (A. Schwartz e J. Quenu).

Assim também, cabe aqui salientarmos que não se deve fazer da contratura sinal obrigatório de toda e qualquer lesão visceral, pois na maioria das lesões hemorrágicas ela é inconstante. Para a maioria dos autores, a contratura responde com absoluta fidelidade, se a arguição à apenas em torno da lesão do tubo digestivo, onde este precioso sinal raramente falha.

Didaticamente insistimos, a posteriori do que foi dito acima sobre o diagnóstico das contusões de abdome, que o raciocínio do cirurgião precisa percorrer três fases sucessivas :

- a) — Choque ?
- b) — Hemorragia interna ?
- c) — Perfuração ? ou antes, contratura ?

Quando o nosso raciocínio já se acha na fase C, e estamos certos de existência de lesão visceral, aparece uma 2.^a questão : qual a viscera lesada ?

Iniciando esta questão pelo tubo digestivo e em particular pelo estômago, devemos salientar que ante os comemorativos do acidente e considerando a atuação epigástrica do golpe sofrido pelo paciente, é sempre de esperar um acentuado "Ventre em tábua" se o estômago foi lesado, pois o conteúdo ácido estomacal nos dá contratura mais exagerada. Além disso, a hematemese e a sonoridade pré-hepática são precoces.

Todavia a hematemese deve merecer reservas, pois uma simples ruptura da mucosa gástrica pode dar grandes e repetidas hematemeses.

A literatura médica é pródiga em casos de ruptura gástrica no período digestivo por pequenos e insignificantes acidentes.

As rupturas do duodeno não apresentam sinais que autorizem diagnóstico pré-operatório nas contusões abdominais. Esta foi a opinião de Du Bouchet depois de uma série de casos estudados. Mesmo depois da laparatomia, não são raros os casos passados despercebidos e, em 62 operações relatadas por Guibé, 24 doentes tiveram esquecidas as suas rupturas duodenais.

É oportuno reptir aqui a lei de Winiwarter : "Quando, em um indivíduo atingido de contusão grave do abdome, se constata a falta de líquidos e de gases intestinais na cavidade serosa e existência de um derrame sanguíneo, biliar ou gássico retro-peritoneal, deve-se estar seguro que a lesão é do duodeno". Vários sinais têm sido propostos para evidenciação das lesões duodenais e entre eles o hematoma-retro-peritoneal, (Krogius, Giordano), a mancha verde subperitoneal (Schmorr, Laffite), enfisema sub-peritoneal (Peisec).

As perfurações do intestino delgado representam a grande maioria das lesões viscerais e em 100 perfurações intestinais encontram-se 90 de delgado para 10 de grosso. Devemos salientar, que em fase da alcalinidade do suco entérico a contratura oriunda das lesões intestinais é mais lenta e menos marcada que as do estômago. Nas rupturas de fígado, os sinais de anemia, choque, dispneia, glicosúria, e dôr na região escapular direita são a considerar.

Destacamos como sinais mais úteis o enchimento, apagamento, e dôr no fundo de saco de Douglas.

Quanto às lesões do aparêlho biliar, apesar de raras, as observações apresentadas na literatura médica merecem ser consideradas aqui. Mais comuns nos canais que na vesícula, podem ter uma evolução surda como em um caso de Vandenhösshe, que só se evidenciou por um estado subictérico, defesa no hipocôndrio direito e vômitos no décimo dia. No décimo terceiro dia, existia uma espécie de bloco de gelatina na região umbelical. Este doente mereceu do seu cirurgião o diagnóstico de peritonite incistada e, tratado pela abertura, curou. Ainda como grande ilustração merece relatado o caso de Le-poutre.

Uma criança de 7 anos, após contusão abdominal, apresentava no 4.º dia vômitos, dôres muito intensas no abdome inferior e no hemi-tórax esquerdo; no décimo dia, sensação de flutuação e fezes descoradas. Retiram-se por paracentese, no 15.º dia, em litro e meio de bile pura. Operado, revelou ferimento dos canais biliares e drenado, curou.

A seguir, apreciemos as rupturas do baço, muito frequentes mesmo em traumas leves, principalmente no curso do paludismo e até na malariaterapia. (Kusiak). Assinalemos a tendência à ruptura, nas crianças. Tanto no adulto como na criança, devemos estar prevenidos para a ruptura por traumas insignificantes.

A ruptura é muitas vezes silenciosa e sem choque. A medida que o tempo decorre aparece agitação, dispnéia, mucosas descoloradas, queda da pressão, maciez, declive e, à esquerda, dor intensa. Sinal de Kehr (dor na espádua esquerda), e sinal de balança (maciez do flanco esquerdo) por sangue precocemente coagulado. J. Quenú dá grande valor à sincope retardada.

São muito comuns as "formas prolongadas", nas quais a hemorragia só se faz tardivamente. Pode se constatar uma variabilidade que vai do hematoma subcapsular, hematoma periesplênico, inundação lenta, prolongada, rápida, cataclisma, à hemorragia em 2 tempos. São conhecidos os casos de Cadernat com intervalo de 35 dias, de Patey em 30 dias, do H.M.R., 30 dias, Rotier, 8 dias.

Torna-se portanto necessária uma observação minuciosa nos casos supostos de baço, para não incorrermos no erro das operações demasiado tardias.

Para Grigsby, vigiando o doente se deverá observar — dor na espádua esquerda e do lado esquerdo do peito, embarrado respiratório, sinais de hemorragia interna, contratura abdominal, maciez progressiva no quadrante superior esquerdo e no flanco.

Mac Gracken e outros acentuam a importância da perda dos sentidos durante alguns minutos, várias horas após o trauma. Fletcher simplifica: dor na espádua esquerda mais sinais de hemorragia interna = ruptura do baço.

Aqui cabe salientar que não se deve esperar contratura da parede em todos estes casos de evolução lenta, pois, de acordo com a constituição, ela estará presente ou ausente. Como esclarecimento para os casos de falta de contratura transcrevemos aqui a observação de P. Huet:

Menina de 11 anos — Politraumatizada, e, em estado comotoso. Chegada ao Hospital às 22 h e 30. Ela apresenta, fratura de crâneo com paralisia óculo-motora e uma luxação ou fratura da ráqui-cervical, não complicada de paraplegia, choque e coma com agitação.

Foram prescritos aquecimento, tonicardíacos e transfusão. Vista novamente a 1 hora da manhã, o estado é agravado sendo acentuada a anemia, apesar da transfusão.

O pulso acelerado afasta a hipótese de hemorragia intracraniana e obriga pensar-se em hemorragia intra-pleural ou abdominal. O exame do tórax é negativo. Ao palpar o abdome, mostra-se flácido e mole em todos os seus pontos, mesmo na região esplênica. Fomos despertados, entretanto, que a criança estando deitada em cão de fuzil sobre o lado direito, pela presença na fossa ilíaca dêste lado de uma sub-maciez discreta que contrasta com a sonoridade do flanco esquerdo. Este sinal nos parecia discutível, e insuficiente a acarretar de forma absoluta a nossa convicção, contemporizamos por não achar suficiente o revelado para uma laparotomia, naquele mal estado. Duas horas mais tarde — a mesma falta de contraturas e o mesmo estado geral. O pulso não variou, mas a criança agora, no curso da sua agitação, está deitada sobre o lado esquerdo e o timpanismo e a maciez se inverteram nos flancos — tornou-se evidente a existência de um derrame líquido na cavidade peritoneal e este não pode deixar de ser sangue. Laparotomia mediana — baço rompido, esplenectomia, as outras viscerais integras — cura.

Este caso nos faz pensar o que de há muito estamos verificando — os doentes muito chocados, talvez por um desequilíbrio neuro-vegetativo, perdem a atuação simpática, e a contratura não se instala, de onde se torna a percussão um sinal de escóli nos grandes traumatizados.

Muito útil a radiografia no estudo minucioso da cúpula diafragmática e de sua elevação à esquerda, nestes casos dúbios. A contagem globular repetida e apreciação da formação da curva de anemia são valiosíssimos para conclusão deste diagnóstico.

As rupturas do pâncreas não podem ser diagnosticadas na cirurgia de urgência e por tanto são quase sempre reveladas na laparotomia. Se fosse possível verificar-se após ruptura a síndrome de pancreatite hemorragica, tudo seria fácil. Mas isto só se verifica raramente (17 vezes sobre 138 casos de Truhart).

Todavia, a sede do traumatismo (epigástrico) e a bradicardia podem dar apenas suspeitas antes da intervenção.

Uma observação de J. Charles Bloch e R. Leroy nos trazem um bom diagnóstico operatório — Um rapaz de 17 anos recebe um golpe violento na escavação epigástrica. Viva dôr e crescente. Soluço, vômitos, ausência de evacuações e gases. No dia seguinte, facies peritonial, pulso 90: contratura abdominal generalizada — Intervenção sem diagnóstico preciso. Na abertura se vê uma grande dilatação do intestino, mas nem pus nem falsas membranas. Explorando metodicamente o intestino, nota-se sobre uma franja epiplólica três manchas, pingos de vale muito pequenas; o mesocôlon transverso, levantando se percebe na face inferior inúmeras manchas características. Rompe-se o ligamento gastro-cólico: toda a região pancreática é escurecida e violacea? existe um pouco de sangue na cavidade posterior dos epiplons. Colocou-se um dreno nesta cavidade. Cura.

Salientemos de passagem, que as esteatonecroses podem ocorrer também nas rupturas do duodeno e do jejunio.

No diagnóstico das lesões renais: a hematúria, o hematoma, a contratura lombar, representam a tríade que sobre os comemorativos do acidente conduzem o cirurgião.

A equimose a distância, (nas bolsas e inguinal), constituindo o sinal de Dumesni-Gargan, é sempre tardia, e nem sempre presente. A palpação nos dá sensação de plenitude na fossa lombar.

As rupturas de baço e rim esquerdo são bem comuns, no H. C. E., tivemos oportunidade de assistir um caso operado por Ernestino de Oliveira.

Nas rupturas de bexiga, além da hematuria, se pode verificar em alguns casos o sinal de Morel: após o cateterismo vesical na posição deitado, quando o doente se levanta novamente, escoa-se urina sanguinolenta pela sonda que corresponde o derrame do ventre.

— As rupturas do mesentéreo — são algumas vezes traidoras à argúcia do cirurgião. Sencert e Ferry, classificaram estas em três grandes grupos que merecem o nosso exame:

A) — Tipo hemorragia interna: unhas e mucosas descoloradas, com pulso filiforme e hipotônico, contratura localizada, maciez nos flancos, desaparecimento do reflexo cutâneo abdominal.

B) — Tipo de perfuração: nariz afilado, olhos escravados, cianose rápida das unhas, resolução muscular, vômitos, parada de fezes e gases, oligúria, ventre retráido e imóvel, contratura e dôr, sonoridade pré-hepática, às vezes.

C) — Tito latente: o ferido retoma suas ocupações, anda, marcha etc. O primeiro exame não revela nem sinais de hemorragia nem de perfuração e, ao fim de 36 ou 48 horas, os sinais de peritonite generalizada se instalam. São feridos que só seguidos de hora em hora poderão apresentar ligeira contratura em determinado ponto do abdome e dôr consecutiva ao palpar.

A este quadro se deve juntar a advertência de Carajannó-poulos nas desinserções mesentéricas: o enchimento progressivo do fundo de saco de Douglas.

Finalmente, resta-nos diagnosticar a priori o grau das lesões e as suas associações. Diremos com a maioria dos autores, que a clínica ainda não possue elementos para estas apreciações.

— Deixamos por último comentar os casos isentos de sinais claros, verdadeiras barreiras, até para os cirurgiões bem experimentados, que nos levam ao dilema: esperar ou explorar.

Nós não discutimos, opinamos pela exploração, pois esperar a mão armada, a nosso vêr, é sinônimo de timidez nascida na ignorância.

Mas, explorar largamente: — condenámos de há muitos anos a prática proposta por Guinard: botoeira supra-pubiana. Ela é enganadora e da mesma forma as falsas punções e peritonioscopia dos americanos.

O exame de sangue nos casos de evolução lenta são bem preciosos, pois permitem a formação da curva de anemia.

O Raio X para o pneumo-peritônio, para verificação da tonalidade sub-frênica e da região esplênica, nos dá também ótimas indicações.

Finalmente, enfileiramo-nos entre aqueles que aconselham: em face de um único sinal mas que dê suspeitas de lesões viscerais = Operar sempre: quem assim proceder não terá remorsos.

Mas, não é só, devemos nos guiar com critério e argúcia na inspeção exploradora. A ação temerária do cirurgião ines-



Fig. 1

periente deixará muitas vezes graves lesões despercebidas e não tratadas.

Vimos linhas acima, como são de percepção difíceis as rupturas do pâncreas, do rim, do duodeno, as associações baço-rim e baço-pancreas.

Uma inspeção acurada se impõe durante o tratamento cirúrgico, e, aberto e ventre, tanto melhor será tratado o doente, quanto mais instruído das lesões anátomo-patológica das rupturas de pâncreas, duodeno, rim etc. e quanto mais trei-

nado e habilidoso fôr o cirurgião. Esta é uma terapêutica cirúrgica em que a habilidade manual vale ouro e os conhecimentos anátomo — patológicos valem brilhantes.

Finalizando êste estudo sobre as contusões do abdome, passo a relatar o caso mais interessante do Hospital Central do Exército, no ano de 1943, que tivemos oportunidade de atender e operar no nosso plantão de 3-V-1943.

JORGE ALVES PAIM — cabo do Regimento Andrade Neves, com 24 anos de idade, natural do Rio Grande do Sul, brahco, solteiro. Entrado no H.C.E. no dia 3 de maio de 1943.

Antecedentes familiares — Pais vivos e sádios. Tem 11 irmãos gosando boa saúde. Colaterais sem importância.

Antecedentes pessoais — Nascido a termo, de parto normal, sofria dos intestinos quando criança (sic). Teve sarampo, catapora. Blenorragia aos 22 anos, sem tratamento com médico.

História da doença atual — No dia 3-V-1943, às 10,30 h, durante uma aula de equitação, quando tentava conter o cavalo de um companheiro, levou um coice no hipocôndrio esquerdo, sentiu uma dôr muito forte, vertigens, ficou muito pálido (sic). Recolhido à enfermaria do Regimento esteve em ligeiro repouso, almoçou e só foi transferido para o Hospital a tarde, às 19,30 h.

Exame do doente — Pulso 102. Pressão máxima 10 e mínima 3. Temperatura 35°,5 — Dôr difusa e espontânea no abdome, sendo mais acentuada no hipocôndrio esquerdo. Não se apresenta irritado pela dôr. Vômitos. Facies dando suspeita de hemorragia interna. Sempre se queixando da dôr referida. Mucosas descoradas. Macicez à esquerda do abdome. Sinal de Kehr presente (dôr na espádua esquerda). Contratura não exagerada e bem de acordo com as suas características morfológicas de braquitiopia. Dôr no fundo de saco de Douglas, com apagamento.

Intervenção — Em face dêstes sinais decidimos intervir, pois o quadro deixava supôr uma ruptura de baço.

Precedemos à laparotomia, a terapêutica do choque, tendo solicitado o serviço de transfusão do H.C.E. chefiado pelo Dr. Godofredo de Freitas.

Aberta a cavidade peritoneal encontrámos uma grande hemorragia e explorado o baço êste apresentava uma estensa ruptura transversal, quase o dividindo em duas partes.

Splenectomia — e em face de um pequeno baço suplementar, este foi respeitado na ligadura do pedículo.

No post-operatório foram feitas repetidas e pequenas transfusões, tendo sido bem compensada a anemia consequente.

A evolução poderá ser apreciada pelo quadro térmico-estigmográfico. Pequeno abcesso de parede. Cicatrização secundária. Alta curado em ótimo estado geral.

MENINGIOMAS DA DURA

DR. GODOFREDO DE FREITAS

Cap. médico, chefe da 19.^a Enfermaria, membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar.

O termo **meningioma** foi introduzido por Cushing, em 1922, e é o endotelioma da dura-mater, em geral benigno. Seu crescimento, apesar de assumir por vezes grandes proporções, se faz sempre dentro de uma cápsula que se prende a uma parte da dura ou à foice ou ao tentorium, apresentando a forma de uma elipse regular, ou nodular, ou, ainda, outras vezes, de forma indefinida, apenas uma pequena lâmina ou placa de alguns milímetros de espessura e poucos centímetros de comprimento.

Estes tumores têm predileção para se localizar em determinados setores da superfície da dura, de onde êle se originou, se bem que muitas vezes tenham um aspecto histológico bem

variável. São tumores fáceis de identificar por sua aparência e pelo fato de estarem completamente ligados à dura-mater e dêste modo parecerem derivar dela diretamente.

Representam 12 a 30% dos tumores intracranianos. Podem ser, às vezes, facilmente extirpados e quando não conseguimos retirá-los totalmente, apresentam a grande vantagem de não se reproduzirem, ou, quando isto acontece, sua evolução é lenta. No entanto, ocasiões existem, e são frequentes, em que sua extirpação é trabalhosa e daí recomendar Horsley que em tais casos se retire intracapsularmente o tumor, o que, porém, raramente fazemos. Tal dificuldade aparece de hábito quando sua rede vascular é muito intensa e calibrosa, principalmente na periferia do tumor, onde os vasos ficam emaranhados, por vezes, ligados aos grandes seios venosos. Não obstante estas condições de aparente dificuldade, êstes tumores são os que mais se beneficiam com a intervenção sangrenta.

DIAGNÓSTICO DOS TUMORES

Caso interessante é que, como refere Dandy, êstes tumores aparecem na idade adulta. Jamais Dandy viu um caso em indivíduos com menos de 22 anos. São, no entanto, frequentes, como num caso que vimos êste ano no H.C.E., entre 28 e 30 anos e mais raros aos 50, sendo comuns aos dois sexos.

Êstes tumores, apesar de opiniões divergentes, podem ficar silenciosos por muitos anos, apresentando como único sintoma um síndrome epiletiforme. Sinais de pressão intracraniana podem ou não existir.

Contudo, os sinais de hipertensão podem aparecer lenta e progressivamente. Alterações mentais discretas podem ser observadas em um exame cuidadoso, tais como apatia, perda da memória, indiferença, descuido com a higiene pessoal, o que pode, de certo modo, orientar a localização do tumor, como bem acentuam certos autores.

A ventriculografia é um auxiliar da mais alta valia no diagnóstico da localização dos tumores.

O simples Roentgenograma, em casos de grandes tumores, pode auxiliar a elucidar muitos casos porque, bem diferente do que acontece com os outros tumores intracranianos, os endoteliomas da dura (meningiomas) são os que mais produzem alterações nos ossos. Isto é um sinal importante para

o diagnóstico diferencial quando se pretende, a grosso modo, querer separar os meningiomas dos outros tumores em apreciação em um dado caso.

Conforme Sosman e Putnam, as alterações mais frequentes observadas nos meningiomas são: 1) erosão dos ossos da caixa craneana, 2) vascularização intensa, 3) formação de espículas, 4) adelgaçamento da tábua óssea, 5) aumento do calibre dos canais meningianos e calcificação.

No entanto, convém acentuar, quando o tumor produziu estas alterações já perdemos um tempo precioso; daí o valor incontestável da ventriculografia para o diagnóstico precoce da localização.

Podemos adiantar que os sinais neurológicos nos meningiomas são, via de regra, discretos no começo e vão progressiva e lentamente se acentuando. Assim, por exemplo, quando o meningioma comprime a via piramidal, os sinais da compressão desta via aparecem a princípio muito discretos, e, só mais tarde se acentuam, bem ao contrário do que acontece, por exemplo, com o glioma, em que a paralisia é rápida, devendo a invasão do tumor.

Em geral, a sintomatologia do tumor é a mais variável e depende da sua sede e da extensão do tumor. Em regra, os autores classificam os tumores, conforme a sede do seu desenvolvimento, em grupos, de acordo com sua maior freqüência (fig. 1).

Numa estatística americana de 60 casos, Gilbert Horrax assim distribue os meningiomas:

1)	Na convexidade dos hemisférios uretrais	24
2)	Órbito-temporal	9
3)	Raízes olfativas	5
4)	Bilateral, estendendo para o seio sagital	4
5)	Emergindo da foice	5
6)	Do gânglio de Gasser	1
7)	Cerebelar	4
8)	Múltiplo	4
9)	Supra celar	2
10)	Glândula pineal	1
11)	Intraventricular	1

Estes tumores são, em geral, duros, muito vascularizados; por vezes podem ser moles, parecendo sarcomas. Estes tumores crescem da dura, penetram no cérebro, comprimindo, afastando, porém, não invadem (fig. 2). Eles crescem lentamente, em períodos de anos, 20 a 30 anos. Quando estávamos

em Belém do Pará, fomos chamado, em conferência com os Drs. Acelino de Leão e Abenatar, para ver uma paciente do Dr. Waldemar Gonçalves, que apresentava um caso provavelmente de meningioma, que havia destruído toda a tábua óssea da região da abóbada craneana e fazia saliência na altura do seio longitudinal superior, mostrando-se livre sob o couro cabeludo. A senhora tinha 34 anos e o tumor datava de alguns anos.

A despeito da hemorragia, esse tumor foi parcialmente extirpado, deixando uma enorme solução de continuidade na tábua óssea, ao que aconselhamos ser completada a operação e feita uma plastia, para reparar a perda de substância. A paciente ficou de nos procurar, porém o caso ficou sem solução final, continuando a paciente com os curativos e aplicações de Raios X sob os cuidados do nosso amigo Dr. Gelmirez Gomes, radiologista da Beneficência Portuguesa do Pará.

Quando acontece que êstes grandes tumores se reproduzem, embora tenham a aparência de endoteliomas, o exame microscópico revela a natureza sarcomatosa dos mesmos, visto que o verdadeiro endotelioma é, em geral, benigno, e não se reproduz, desde que seja extirpado com todo o seu pedículo.

A variedade sarcomatosa dos endoteliomas é mais frequente na juventude e é classificada como tumor maligno da dura, o que não constitue o objeto do presente trabalho.

CLASSIFICAÇÃO DOS MENINGIOMAS

Conforme sua sede preferencial a classificação é esta :

1) — **Na direção do seio longitudinal superior** : — Sintomatologia — síndrome epileptiforme Jacksoniana : Começa a crise convulsiva pelo membro inferior ou pelo braço e depois se generaliza até a face, porque a zona motora desta pode ser interessada pelo tumor, que se estende à mesma. Pode acontecer que seja a contração convulsiva iniciada pela face, devido à extensão do tumor mais para o lado, em direção à região fronto-parietal. Então teremos uma hemiplegia espástica, que se instala lenta porém progressivamente, com hemianestesia e astereognosia. Por vezes, há reflexos do lado oposto, contro-lateral, quando a compressão se faz sobre as vias motoras, assim como afasia motora, quando se estende o tumor para o lado esquerdo.

2) — **Emergindo da foice do cérebro** : — Nestes tumores nós temos perturbações motoras, acompanhadas ou não de crises convulsivas epileptiformes, começando as contrações no

membro inferior oposto à lesão ou em ambos os membros. Gradualmente há perda da força muscular no membro inferior oposto à sede do tumor, com clonus do pé e Babinski bem acentuado. Com o tempo êstes sinais se estendem para o braço. Estes tumores são, via de regra, pequenos, do tamanho de um ovo de pombo, produzindo raramente cefaléia ou qualquer outro sinal de hipertensão intracraniana.

Existe um tipo interessante de tumor da foice do cérebro que é bilateral, crescendo mais para um lado do hemisfério do que para o outro, ao qual os autores americanos chamam de "Dumb-bell", devido à sua pobre sintomatologia. Estes tumores perfuram a foice. Há, em geral, nestes casos, uma paralisia espástica bilateral, que sempre começa nas pernas e vagarosamente caminha para o braço e mais tarde para a face.

Em um caso de Dandy havia paralisia subtotal de ambos os lados dos membros superiores e inferiores. Neste caso de paralisia tão estensa, facilmente se pode confundir com um tumor da medula. Em geral, êstes tumores bilaterais são somente diagnosticados pela intervenção.

Quando os meningiomas da convexidade cerebral estão em relação com a tábua óssea, o diagnóstico pode ser feito pelos Raios X, pelas alterações ósseas, pelas impressões dos vasos sobre a tábua interna do ossos do crâneo. Nota-se um adelgaçamento do osso na parte correspondente ao tumor, assim como uma calcificação e formação de espículas na periferia do mesmo.

Os vasos dos ossos e os vasos das meninges estão alargados e se desenham sobre a tábua interna. Nos casos em que êstes sinais não apareçam, o diagnóstico da localização pode ser feito pela ventriculografia. Esta mostra o deslocamento característico dos ventrículos pela compressão do tumor.

3) — **Meningioma do teto da órbita e da pequena asa do esfenóide** : — Os sinais de localização aparecem quando o tumor comprime o nervo ótico, produzindo cegueira do lado correspondente ao tumor. O quadro oftalmoscópico é, por assim dizer, patognomônico, porque quase sempre aparece atrofia do nervo no lado do tumor e uma "papila de estase" no lado oposto. Quando o tumor se estende para a parte posterior aparece em geral uma hemianopsia temporal no campo visual, ao lado oposto à sede do tumor (Vide figura 3).

4) — **Meningiomas, originando-se do sulco olfativo** : — Anosmia é o sintoma habitualmente presente, em um ou ambos os lados; atrofia do nervo ótico do lado do tumor, por com-

pressão; papila de estase do lado oposto, pelo aumento da pressão intracraniana; perturbações mentais, tais como perda da memória, obnubilação intelectual, mudança da personalidade, desalinho e falta de cuidado com a higiene pessoal.

5) — **Meningiomas supra celar** : — São relativamente pequenos. No entanto, já vimos um caso do Prof. Alfredo Monteiro, no Serviço da Clínica Neurológica, de um grande tumor em um paciente, cuja observação guardamos em nosso arquivo, em cuja sintomatologia tínhamos sinais tanto da fossa craneana anterior como posterior, tal o tamanho do tumor. O diagnóstico da natureza desse tumor foi feito na autopsia, pelo Dr. Borges Fortes. Estes tumores se originam do tuberculum da sela turca, entre as apófises clinóides anteriores e as posteriores.

Algumas vezes aparecem na mesma zona da glândula pituitária e comprimem o nervo ótico, e as alterações do campo visual serão então semelhantes àquelas que apresentam os adenomas da hipófise. Cushing chamou a atenção para este quadro típico. Aparecem no indivíduo adulto acima de 22 a 30 anos, com atrofia primária do nervo ótico, hemianopia bitemporal, sem perturbações endócrinas por disfunção da hipófise. A radiografia, no entanto, pode mostrar as alterações no que diz respeito à forma e espessura da sela turca.

6) — **No asscalho do andar médio do crâneo** : — Pode também nestes casos haver convulsões epileptiformes do tipo Jacksoniano. Paralisia espástica do lado oposto à sede do tumor. Nos tumores situados depois da cisura de Roland pode aparecer epilepsia com aura sensorial.

7) — **No lobo occipital** : — Aparecem convulsões com aura visual ou homianopia, arteriognosia e hemianestesia.

8) — **Na fossa craneana posterior** : — Os autores têm observado, como Dandy o fez em 5 observações, que estes tumores se originam no tentorium. Os sinais semiológicos são os mesmos dos tumores cerebelares e do ângulo ponto-cerebelar e estão de acordo com o lado de sua localização.

9) — **Tumores com localização múltipla** : — Os autores, tais como Silbert Horrax, Cushing, Dandy etc., têm encontrado tumores com localizações múltiplas, dando a sintomatologia mais díspar e confusa, assim como também têm encontrado tumores com localizações as mais variadas, como na glân-

dula pineal, nos ventrículos laterais, nas dobras da dura da loja gasseriana e de cuja localização êles o retiraram, apresentando sucesso o mais brilhante.

Quando em um caso existem múltiplos tumores, com várias localizações, devemos suspeitar da malignidade do mesmo, pois muitas vezes são sarcomas da dura e não meningiomas; no entanto, há meningiomas múltiplos e benignos.

O diagnóstico da natureza do tumor só se pode afirmar pelo exame anáATOMO-PATOLÓGICO após a intervenção. No entanto, existem sinais clínicos que podem fazer supor a natureza dêle. Estes sinais são :

I) — evolução, em geral, lenta e progressiva; os gliomas, porém, têm uma evolução rápida ;

II) — a idade do paciente; estes tumores são mais frequentes nos indivíduos depois dos 22 a 50 anos, ao passo que os gliomas aparecem em indivíduos com menos idade ;

III) — os sinais neurológicos, discretos no começo, sómente com o tempo vão se acentuando. Estes tumores definem-se sempre por fenômenos de compressão. Nos gliomas, os sinais são mais precoces e há fenômenos de compreção, com a destruição do elemento nobre do parênquima nervoso.

* * *

TRATAMENTO DOS MENINGIOMAS

A retirada total do tumor é o tratamento ideal, porém, nem sempre as causas são tão fáceis de fazer como de dizer. Uma localização precisa do tumor é imprescindível e o cirurgião deve contar com o auxílio do oftalmologista e do radiologista, dizendo-se mesmo que a oftalmologia e a encefalografia criaram a neuro-cirurgia.

A ventriculografia, criada por Dandy em 1918, usada conforme as regras e por profissional competente, é um auxiliar precioso de diagnóstico. O perigo real do processo é o aumento da pressão intra-craneana, que pode ser agravada ainda mais pela irritação que o ar produz sobre a substância nervosa. Este perigo é evitado por dois meios : 1) evacuando o ar por punção ventricular sucessiva, 2) removendo o tumor, quando isto for possível, imediatamente depois da sua localização pela ventriculografia.

Pode acontecer que um simples acréscimo de pequena quantidade de ar nos ventrículos, onde a pressão já é gran-

de e poderá ser aumentada bruscamente pela entrada rápida do ar, produza, então, coma e morte.

Felizmente, êste fenômeno nunca ocorre na primeira hora da insuflação do ar e sim mais tarde, dando tempo para uma localização do tumor e sua retirada, caso os fenômenos de compressão apareçam.

Quando o ventrículo está muito grande e dilatado, deve-se injetar muito menos ar do que a quantidade de líquido retirado do mesmo.

Depois de algumas horas da injeção do ar no ventrículo, há menos perigo que antes da injeção do ar, porque há uma diminuição de pressão. De um modo geral, os grandes ventrículos estão sujeitos a maiores riscos, principalmente se o ar não foi inteiramente removido, porque, se houver uma obstrução, o líquido e o ar não poderão ser absorvidos. Por isto é que o perigo da injeção do ar nos ventrículos aumenta quando a saída do ventrículo está obstruída por um tumor. O ar é absorvido onde os fluidos são absorvidos, isto é, nos espaços subaracnóideos e jamais nos ventrículos.

REGRAS PARA O EMPRÉGO DA VENTRICULOGRAFIA :

I) A ventriculografia só deve ser empregada quando se torna imprescindível a localização do tumor diagnósticado pelos sinais clínicos.

II) A injeção de ar só deverá ser usada nos casos de dúvida do diagnóstico e localização. Não é suficiente saber que a lesão ocupa um hemisfério do cérebro; a localização deve ser tanto quanto possível exata, classificando-o: tumor do frontal dir., do temporal dir., do parietal esq., lobo occipital ou anterior do ventrículo.

Dandy, muitas vezes emprega a ventriculografia para determinar certas características do tumor, obtendo assim uma noção precisa do tamanho do ventrículo do lado oposto, ainda mesmo quando já temos conhecimento da localização do tumor, e a natureza e conduta da técnica serão orientadas pelo conhecimento destes dados.

Pode-se afirmar que a ventriculografia não traz nenhum perigo quando é usada de um modo sistematizado e é logo seguida do ataque direto para a retirada do tumor.

A ventriculografia sempre deve ser praticada quando se suspeita de um tumor. No entanto, a ventriculografia por insuflação do ar por via raquidiana deve ser contraindicada quando um tumor intracraniano é suspeito ou sabemos estar presente.

Qualquer um dos dois métodos de ventriculografia, porém, pode ser empregado para outros diagnósticos, tais como elucidação de diagnóstico obscuro de tumor, de epilepsias, ou ainda para localização não precisa de manifestações tardias de traumatismo encefálico. (Vide figura 4, que mostra as diferentes posições de pneumoencefalografia, numa série completa).

COMO INTERPRETAR A VENTRICULOGRAFIA

Um tumor pode ser diagnosticado quando :

- 1) — É observado o descolamento do sistema ventricular para o outro lado da linha mediana ;
- 2) — Parte do ventrículo está deformada por efeito da pressão focal ;
- 3) — O terceiro ventrículo é oblíquo ;
- 4) — Ausência de ar num ventrículo ou o enchimento do ventrículo é defeituoso ;
- 5) — Há hidrocéfalo em um ventrículo ou em parte de um ventrículo, ou em vários ventrículos, ou ainda é o hidrocéfalo generalizado a todos os ventrículos.

Estas características, no entanto, não são patognomônicas dos tumores. Lesões atróficas do cérebro causam sempre dilatação de parte ou de todo um determinado ventrículo ou de ambos os ventrículos laterais.

As dilatações das lesões atróficas, contudo, são sempre simétricas e nunca são acompanhadas por uma obstrução no sistema ventricular (Figuras 5 e 6).

Também pode haver obliquidade do 3.º ventrículo e um discreto deslocamento do sistema ventricular devido à atrofia cerebral; porém, isto se produz no lado do ventrículo dilatado e o outro lado do ventrículo é normal.

Quando estas alterações ocorrem com os tumores cerebrais, nós temos de um lado um ventrículo dilatado e do outro um ventrículo deformado, contraído ou ausente.

Em presença de certas chapas de pneumo-ventriculografia temos dados característicos que traduzem sinais evidentes de tumores em determinados setores do cérebro.

Convém lembrar que os tumores nunca se limitam, de um modo geral, a um lobo, porém, é mais frequente encontrarmos

tumores abrangendo um ou mais lobos, quando não abrangem quase todo o hemisfério ou ambos os hemisférios.

TUMORES DO LOBO FRONTAL

Sinais radiográficos colhidos pela pneumoventriculografia: Em um período precoce: — Há deformação do corno anterior do ventrículo lateral do lado do tumor. Esta parte do tumor está sempre reduzida em tamanho e deslocada para o lado oposto. Pode apresentar alterações quanto à ausência de ar; quando há entrada de um pouco de ar no ventrículo indica que o tumor está na parte anterior do corno.

O terceiro ventrículo é quase sempre oblíquo e muitas vezes apresenta a forma de um disco cuja concavidade está em relação com o tumor. O corno anterior do ventrículo do lado oposto é, em geral, um pouco deslocado para o lado oposto, mas, está completamente deformado.

Quando os tumores originam-se na foice do cérebro, cortam a parte superior do corno anterior. Aqueles que se implantam mais lateralmente se amoldam e escavam à margem lateral do corno anterior. Os que se fixam na superfície inferior do lobo frontal seccionam a parte inferior do corno anterior.

As radiografias ântero-posteriores traduzem bem estas descrições acima, nos ventrículos cheios de ar.

O ponto exato da origem do tumor é de capital importância, para indicar o ponto em que deve ser feita a craneotomia.

Nos processos antigos, o corno anterior do lado do ventrículo pode estar inteiramente ausente, como num caso de um doente, baixado ao H.C.E., onde a ventriculografia foi feita e mostrou que, do lado do tumor, o ventrículo direito não aparecia e o outro estava cheio de ar.

Estados adiantados: — O corno anterior do ventrículo, do lado do tumor, pode não aparecer ou somente apresentar alguns vestígios. O ventrículo oposto, isto é, de outro lado, torna-se alargado ou arredondado, sobrepondo-se ao 3.º ventrículo, que mostra deslocado é, às vezes, invisível, principalmente se o orifício de Monro do lado do tumor estiver obstruído.

O hidrocéfalo do ventrículo oposto ao tumor aparece mais, tarde, nos tumores do lobo frontal do que nos tumores do lobo temporal.

TUMORES FRONTAIS BILATERAIS

Tanto os gliomas como os meningiomas que nascem das goteiras olfativas podem apresentar-se com fenômenos de compressão bilateral, bem como os abcessos das goteiras olfativas.

Se o tumor predomina mais em um lado do que no outro, a ventriculografia mostra a mesma característica dos tumores unilaterais, inclusive a oblíquidade do terceiro ventrículo. Nas radiografias laterais não se pode ver quando o tumor comprime os cornos anteriores e as extremidades anteriores destes.

O hidrocéfalo, nestes casos, aparece em um período mais tardio da evolução do tumor.

TUMOR DOS LOBOS PARIETAIS E TEMPORAIS

Há deslocação, para o lado oposto ao tumor, dos ventrículos laterais e oblíquidade do 3.º ventrículo.

Na ventriculografia, os cornos anteriores estão presentes, se bem que deformados.

Nos tumores parietais há deformação da parte lateral do ventrículo do lado do tumor; nos temporais é a parte inferior do ventrículo (prolongamento esfenoidal), que está deformada.

Estados avançados do tumor: — Há, em geral, hidrocéfalo do ventrículo lateral do lado oposto, e muito mais precoce que nos tumores do lobo frontal, devido à oclusão do aqueduto de Silvius ou do terceiro ventrículo.

TUMORES DO LOBO OCCIPITAL

Torna-se difícil atingir, nos casos de tumor do lobo occipital, aos ventrículos laterais por via occipital, donde, nos casos suspeitos de tumor do lobo occipital, fazermos a ventriculografia por via frontal, porque o volume do tumor, não só comprime a parte posterior do corno do lado da lesão, como também o lado oposto e, neste caso, o corpo posterior pode estar total ou parcialmente ausente.

TUMORES DA FOSSA CRANEANA POSTERIOR

Todos os tumores da fossa craneana posterior produzem hidrocéfalo nos ventrículos laterais e no terceiro ventrículo.

Não há exceção nestes casos. Os ventrículos estão dilatados simetricamente, porém, o 3.º ventrículo está, guardadas as proporções relativas, mais dilatado e estreitamente na linha mediana. Se o tumor na fossa craneana posterior bloquear o buraco de Luschka e Magendie, e não a parte anterior do quarto ventrículo e do aqueduto de Silvius, haverá dilatação destes dois últimos.

TUMORES DO TERCEIRO VENTRÍCULO

São os tumores mais fáceis de localizar, porque apresentam dados patognomônicos. Em geral, bloqueiam os orifícios de Monro e, nestas condições, temos uma dilatação uniforme de ambos os ventrículos laterais, embora estes não se comuniquem entre si, devido ao bloqueio.

Se injetarmos ar em um deles, este ar não passa para o ventrículo do lado oposto, e se injetarmos ar no ventrículo lateral, diz-se que este ventrículo reproduz exatamente a imagem do outro ventrículo, isto é, ele é o espelho do outro ventrículo.

Quando os orifícios de Monro estão parcialmente bloqueados, acontece então que uma pequena parte de ar passa para o ventrículo oposto e podemos, por esse modo, avaliar a obstrução, pela maior ou menor dificuldade com que se enche o ventrículo oposto, assim como observamos o enchimento defeituoso do 3.º ventrículo.

O enchimento do 3.º ventrículo será ainda irregular quando o tumor bloqueiar o aqueduto de Silvius.

Os meningiomas raramente atingem os ventrículos, visto que eles se originam da duramater, salvo por compressão e, neste caso, eles apagam a luz de um ou outro ventrículo, como acima dissemos. Por este motivo vamos deixar de nos referir aos tumores próprios do 3.º ventrículo e ventrículos laterais, visto que fogem à alçada deste nosso trabalho.

Nosso fim nesta exposição é mostrar a importância da ventriculografia para a localização dos endoteliomas, afim de ser traçada a conduta cirúrgica.

* * *

CONDUTA CIRÚRGICA

O sucesso do tratamento cirúrgico dos tumores do encéfalo, principalmente daqueles que causam intensa hiperten-

são endocraneana, depende em grande parte da redução desta pressão antes da abertura da duramater. Isto se consegue pela punção dos ventrículos laterais.

Felizmente, uma alta percentagem dos tumores cerebrais causa hidrocéfalos no ventrículo lateral do lado oposto ao tumor.

Deve-se, por isto, puncionar o ventrículo lateral oposto e depois abrir a duramater, procurando o tumor. Em geral, a abertura do orifício ósseo já foi feita em ambos os lados, para a via de acesso aos ventrículos, seja pelo polo frontal, seja pelo occipital.

Quando possível, deve ser retirado o tumor com o seu envolvimento meningiano; porém, nem sempre as condições permitem que isto seja feito.

Como os tumores meningianos variam de tamanho, de localização, e sua vascularização por vezes se apresenta muito intensa, podemos afirmar que cada endotelioma tem o seu próprio problema, e daí ser impossível estabelecer regras e princípios de ordem geral.

Logo de início, dois grandes problemas se apresentam ao cirurgião: primeiro, a conservação da vida do paciente e segundo, a conservação da função.

Em geral, os tumores do andar médio, debaixo do lobo temporal, do lobo frontal e orbitário, são os que em mais risco põem a vida do paciente, enquanto que os que se originam da foice, bilateral ou unilateral, os da fossa anterior ou posterior do crânio põem em perigo a função motora ou sensorial.

O tamanho do retalho ósseo-cutâneo deve variar com a localização e com o tamanho do tumor e o grau do edema cerebral.

Ao procedermos uma intervenção no lobo frontal ou parietal, ficando expostas as zonas motoras ou sensitivas, deve-se poupar, dentro das possibilidades, os retalhos ósseo-cutâneos para que, desse modo, seja evitada a hérnia post-operatória, pois sabemos que nestas zonas os músculos são muito fracos, bem diferentes dos da região temporal ou occipital, onde a potência deles impede as desagradáveis complicações das hérnias post-operatórias.

Algumas vezes, devido à intensa vascularização, principalmente nos tumores próximos aos grandes seios venosos, sua extirpação só pode ser conseguida por via intra-capsular, com a diatermo-coagulação. Nós só lançamos mão desse pro-

cesso excepcionalmente, visto que a presença da cápsula motiva a reprodução dos tumores que, como já dissemos, se faz lentamente.

A hemostasia é de capital importância e, graças aos clips de prata de Cushing, cuja figura adeante reproduzimos, com a respectiva pinça, veio favorecer este tempo da técnica, pois a hemostasia dos vasos intracerebrais era um problema quase insolúvel.

* * *

BIBLIOGRAFIA

- GILBERT HORRAX — "Meningiomas", Arch. Neurolog. and Psychiat. — 41/140 — 1939.
- ALFREDO MONTEIRO — "Técnica Cirúrgica", vol. II, 1937.
- CUSHIN — "The Meningiomas", Theirs source and Tawared Seats of origin" — 1922.
- DANDY — W. E. LEWIS — "Pratice os Surgery" — W. E. Pior Co., Hagerstown Md., 1932 — Vol. 12, 1942.
- JOSE RIBEIRO PORTUGAL — "Neuro-cirurgia" — Revista de Medicina, Cirurgia e Farmácia — 1942.
- PAIVA GONÇALVES — "Estudo clínico das Hemianopsias Homônimas" — Revista de Medicina Brasileira — 1942.
- C. H. MAY — "Maladies de l'Oeil" — Edição de 1923.
- PAIVA GONÇALVES — "Manifestações oculares dos Tumores Hipofisários" — Anais do H.C.E., 1939.
- AUSTREGÉSILLO — "Localizações mórbidas do ângulo ponto-cerebelar" — Clínica Neurológica, 1932.
- PENFIELD and ERICKSON — "Epilepsy and cerebral Localization" — Ed. Charles Thomas — 1941.
- G. R. ROWBOTHAM — "Acute injures of the Head" — Balt. 942.
- CUSHING and BAILEY — "Blood Vessel and tumors of the Brain" — 1928.



FIGURA A — ESQUEMA DOS LOGARES PREFERIDOS
PELOS MENINGIOMAS NAS CONVEXIDADES DO CÉREBRO.

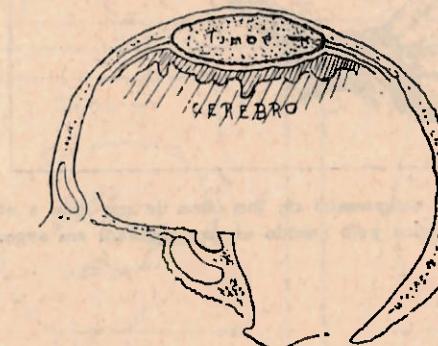


FIGURA 2 — ESQUEMA DE UM MENINGIOMA
DA DURA

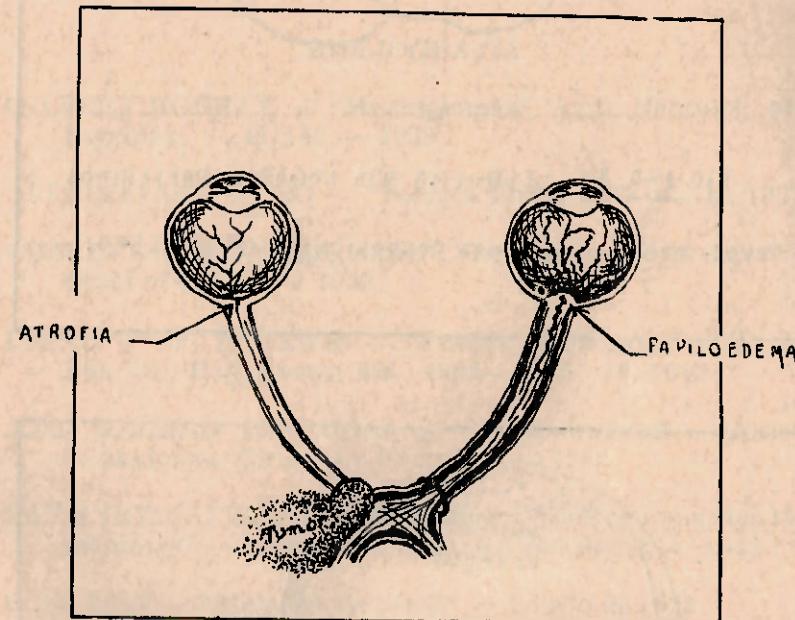


Figura 3 — Atrofia ótica por compressão da fíta ótica de um lado e edema da papila por distensão na fíta ótica pelo líquido cérebro-espinhal em super-pressão

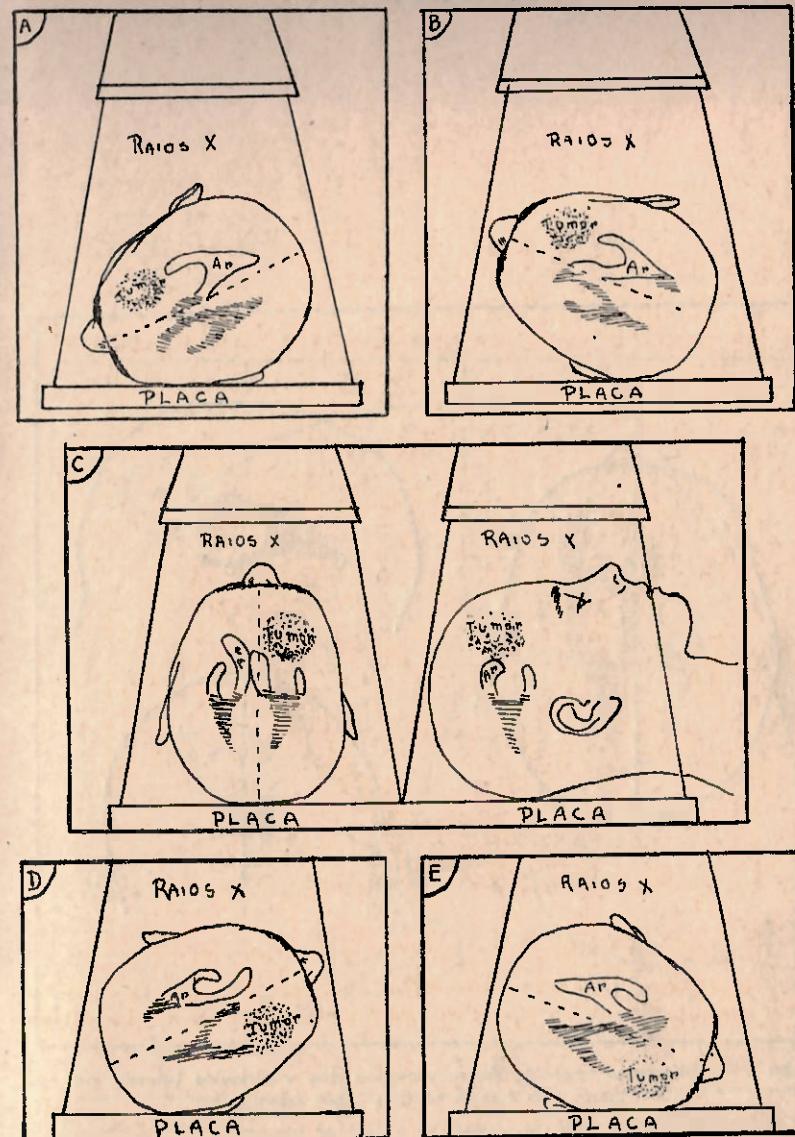


Figura 4 — Modo correto de obter esterçoscopia dos ventrículos

N O T A :

- Fig. (A) — Occiput para cima, levantado a 35°. Nesta posição o ar ficará na parte posterior do ventrículo lateral direito.
- Fig. (B) — Testa para cima. Nesta posição o ar ficará na parte anterior do ventrículo lat. direito.
- Fig. (C) — Posição ântero posterior. Occiput na placa, testa para cima; vemos assim o 3.º e os ventrículos laterais cruzando-se.
- Fig. (D) — Lado direito sobre a placa, fronte para cima; o ar ficará na parte anterior do ventrículo lateral esquerdo.
- Fig. (E) — Lado esquerdo sobre a placa, occiput para cima; o ar ficará na parte posterior do ventrículo direito.

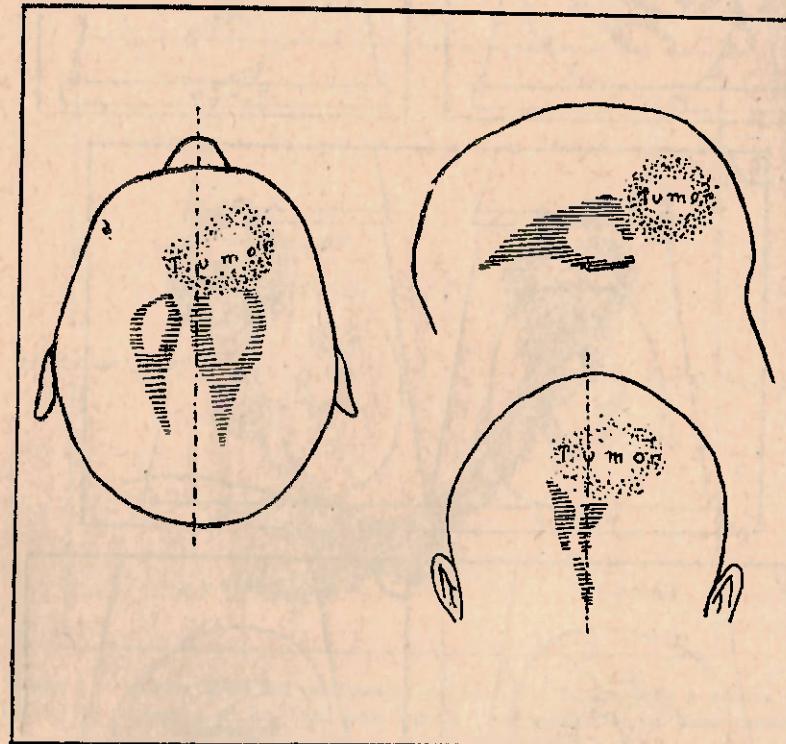


Figura 5 — Diferentes aspectos da compressão dos ventrículos laterais por um tumor que atinge os dois lobos frontais

ESTAMOS NA HORA DE FAZER O DIALETO DO ALVARÁ. VOU DIZER O QUE FOI DITO. POR FON D'ALMÉS, VOU DIZER O QUE FOI DITO. VOU DIZER O QUE FOI DITO. VOU DIZER O QUE FOI DITO. VOU DIZER O QUE FOI DITO.

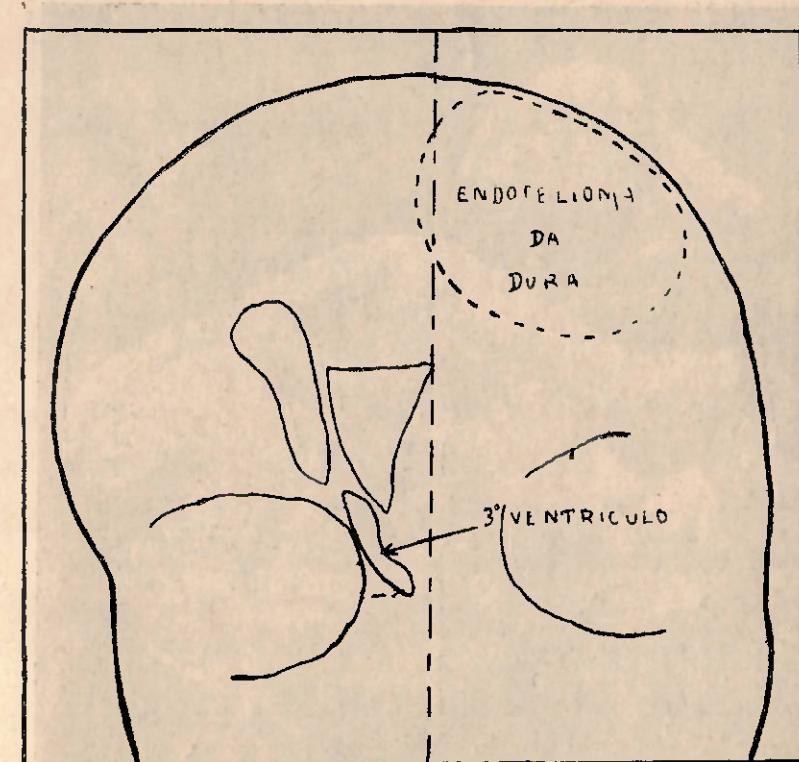
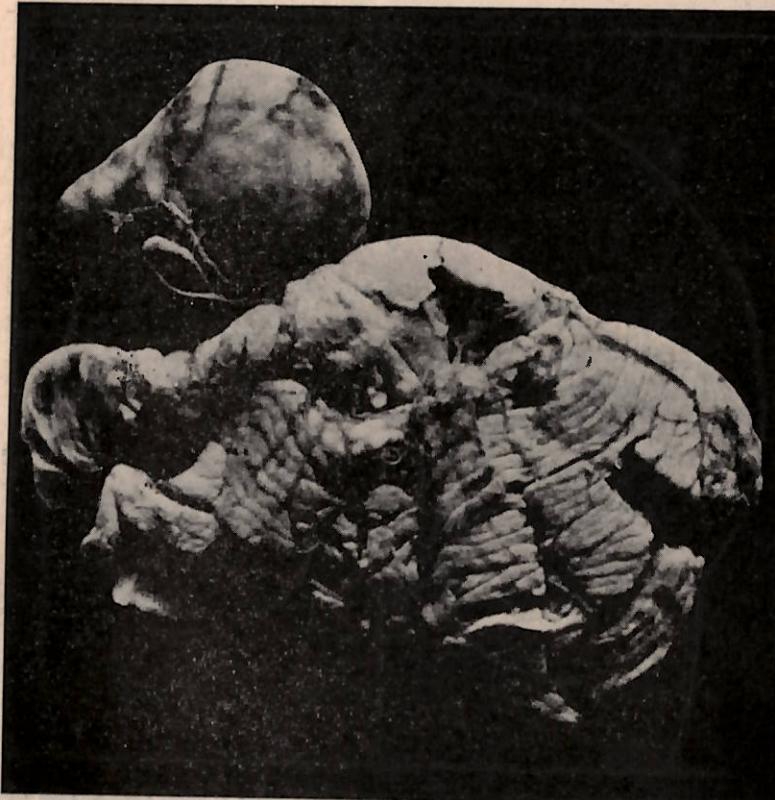
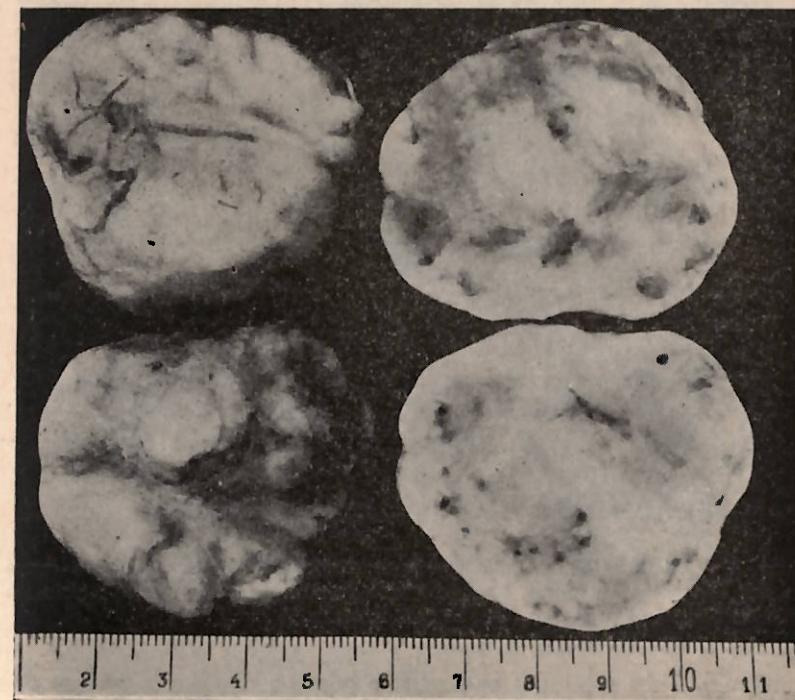


Figura 6 — Recalcamento de ambos os ventrículos para o lado oposto, com obliquidade do 3.º ventrículo, que apresenta a concavidade rígida para o tumor

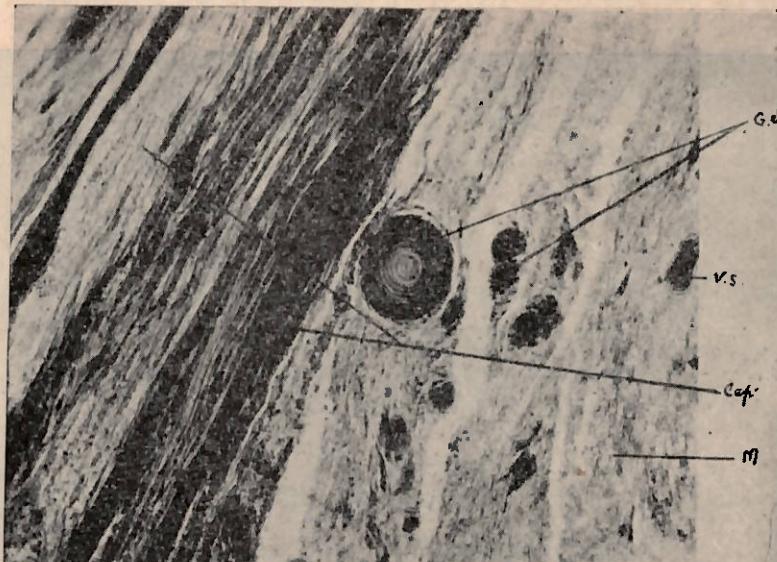
**DOCUMENTAÇÃO DE ALGUNS CASOS DE MENINGIOMAS
POR NÓS ESTUDADO QUANDO FAZÍAMOS PARTE DO
SERVIÇO DE NEURO-CIRURGIA NA CLÍNICA NEUROLÓ-
GICA DA FACULDADE NACIONAL DE MEDICINA**



Caso A — Fig. 1) Meningioma do ângulo ponto-cerebelar esquerdo. Trepanação descompressiva feita pelo Prof. Alfredo Monteiro. Pode-se observar a posição e as proporções da neoplasia.



Caso A — Fig. 2) Meningioma do ângulo ponto-cerebelar. Corte mostrando os aspectos internos da neoplasia



Caso A — Fig. 3) Corte histológico do meningocele pneumomatoso que aparece nas fotografias anteriores. Microfotografia de um preparado colorido pelo método de Hematoxilina férrica, Van-Gieson, mostrando:

Cap — Cápsula fibrosa do tumor

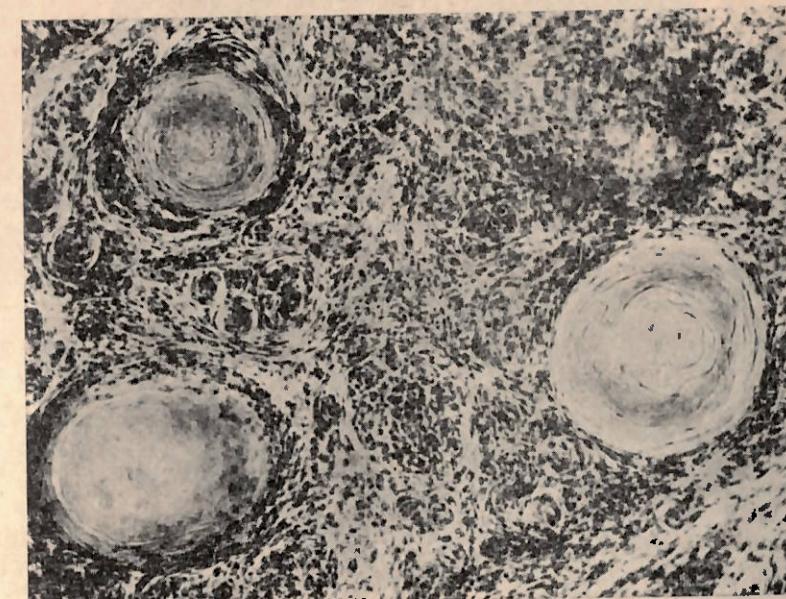
Gep — Glóbulo epidérmico ou concreção calcárea, estratificada em camadas concêntricas, com núcleo central de substância calcárea e camadas periféricas de tecido conjuntivo fibroso

M — Massa tumoral do meningocele

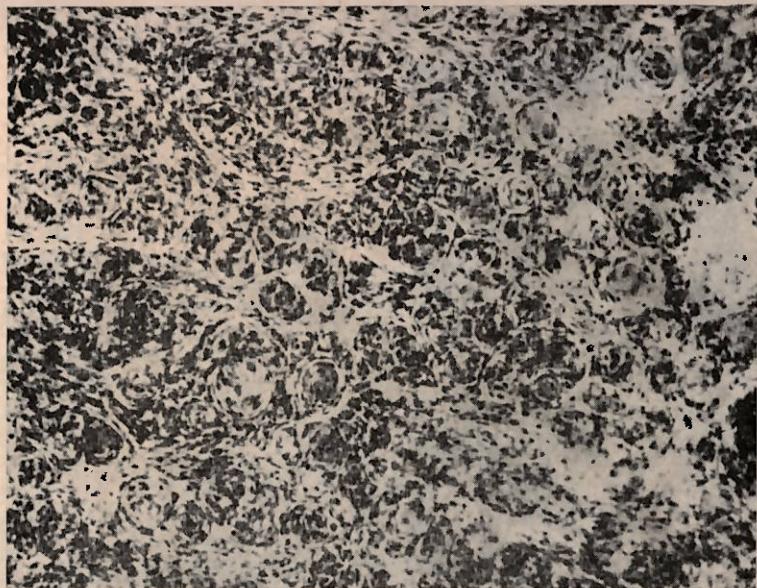
Vs — Vaso sanguíneo.



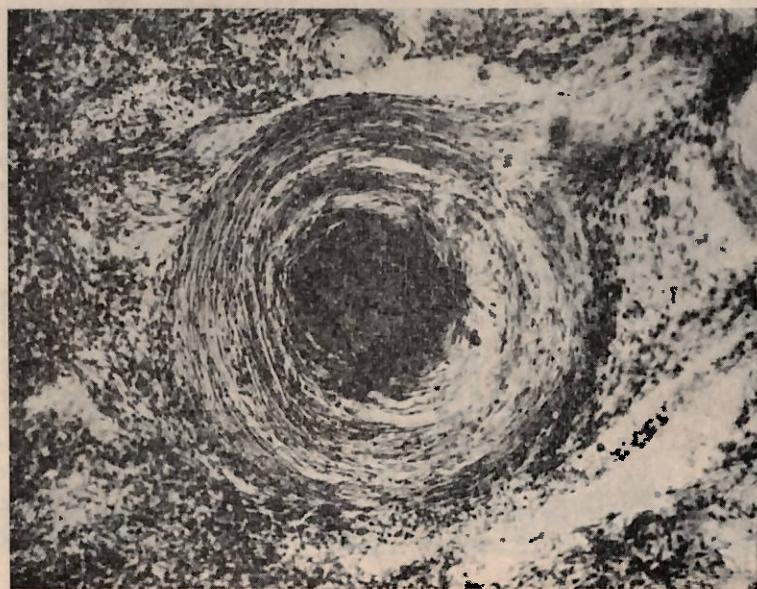
Caso B — Fig. 1) — Foto de Josefina P. — Operada na Clínica Neurológica, serviço Prof. Monteiro, auxiliado por nós, em 1933. Tumor fronto parietal esquerdo. Prot. ocular e estrabismo. Fotografia antes da operação.



Caso B — Fig. 2) Micro-fotografia, grande aumento. Glóbulo epidérmico ou concreção calcárea estratificadas em camadas concêntricas.



Base B — Fig. 3). Corte de Meningioma Pseudopapillar, em grande aumento. Núcleos disseminados, calcáreos.



Caso B — Fig. 4). Grande aumento do meningioma pseudopapillar, mostrando o globo epidérmico ou concreção calcária, em camadas concêntricas. Vê-se a parede fibrosa circunscrevendo o núcleo.

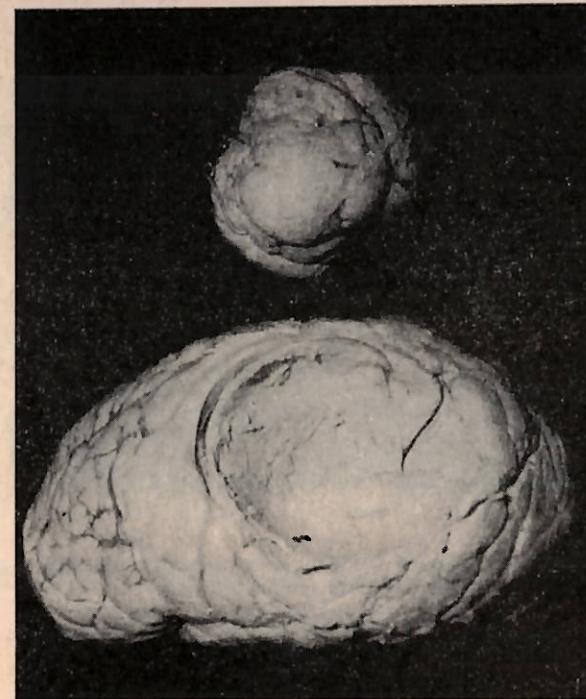


Figura 6 — Meningioma volumoso ponto parietal esquerdo, tendo produzido enorme depressão no hemisfério cerebral, vendo-se o lobo do tumor. Este paciente era um epilético, morreu em um acidente na rua e a autópsia revelou o tumor



Figura 7 — Meningioma do 4.º ventrículo. Caso operado pelo Prof. Alfredo Monteiro

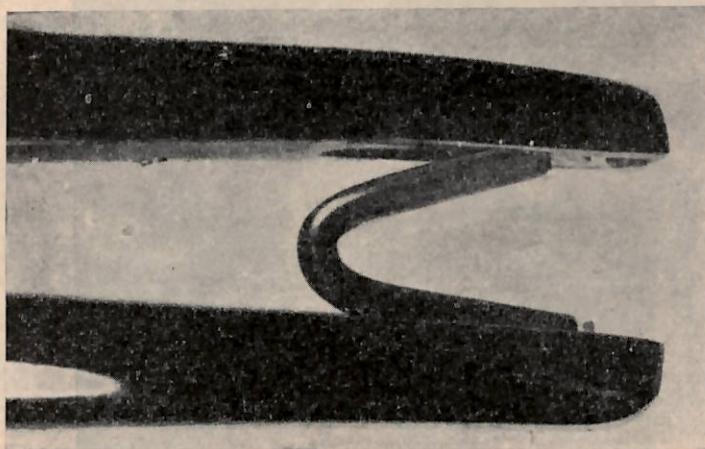


Figura 8 — Pinça porta clip de Cushing, mostrando como aperta o clip para fazer hemostasia (grande aumento)

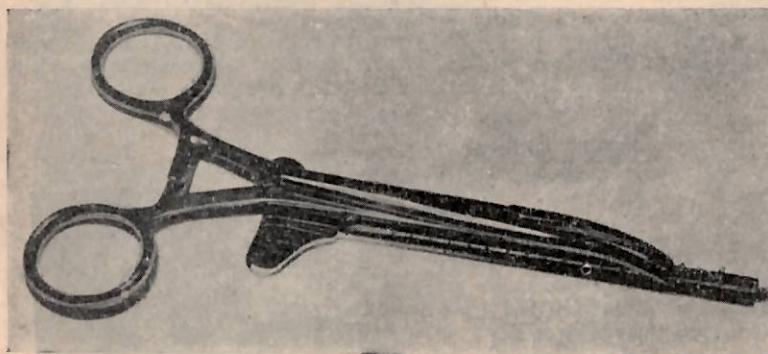


Figura 9 — A pinça de Cushing retirando um clip do suporte

BASES PARA O EMPRÉGO DA CINESITERAPIA NAS FRATURAS

DR. WALTER SANTOS

1.º Tenente médico, chefe do Gabinete de Cinesiterapia, auxiliar do Serviço de Traumatologia do H.C.E.

As fraturas, como as demais lesões do aparaélho motor, se traduzem funcionalmente por uma maior ou menor perturbação da motilidade, indiscutivelmente bastante prejudicial ao organismo, por ser o movimento uma das funções de maior importância para as manifestações vitais. Daí ter sido sempre uma das preocupações constantes da Medicina, no que se refere ao tratamento destes acidentes, obter, de par com a integridade anatômica dos tecidos lesados, a restauração funcional mais rápida e eficiente possível.

Entretanto, a realização conjunta dêsses dois objetivos não é coisa fácil de ser atingida, porquanto os meios empregados para a consecução das duas finalidades se prejudicam reciprocamente. Assim, a reparação das lesões tissulares, inclusive a consolidação dos ossos fraturados, exige, além de uma redução exata dos fragmentos, uma imobilização mais ou menos prolongada, a qual determina a atrofia muscular e óssea, e, com isto, a diminuição da motilidade articular.

Por sua vez, o pronto restabelecimento da função se faz à custa de movimentos precoces das articulações, através das contrações musculares, isto é, pela mobilização, situação evidentemente imprópria à restauração anatômica.

Desta oposição entre os princípios norteadores do tratamento das fraturas, gerou-se uma enorme discussão sobre a melhor maneira de encarar o problema, uns adotando a prática da imobilização rigorosa e prolongada, outros preferindo a mobilização precoce.

Uma infinidade de métodos e aparêlhos surgiram em ambos os grupos, e, de tal variedade, nasceram resultados os mais contraditórios, vêzes de pleno êxito, outras de inteiro fracasso.

Assim, os partidários da imobilização prolongada não raras vêzes se defrontavam com irredutíveis anquiloses, quer de articulações atingidas pelo traumatismo, quer de outras situadas à distância do foco, além de sérias atrofias musculares e outros fenômenos de maior gravidade.

Enquanto isto, aqueles que, procurando evitar estas consequências, movimentavam precocemente as regiões lesadas, viam com frequência surgir casos de pseudo-artroses, edemas persistentes e mesmo anquiloses irredutíveis a toda mobilização. Porem, como ao lado dêsses insucessos, muitos dos pacientes se curavam de um modo satisfatório com um ou outro método, os seus adeptos baseavam-se nestes resultados para salientar os seus méritos, imputando a fatores os mais diversos as causas dos fracassos verificados.

A Cinesiterapia, quer sob a forma de massagem, mobilização ativa ou passiva, manual ou por meio de aparelhos (mechanoterapia), cabia sempre uma importante tarefa no tratamento dêsses traumatizados, no grupo dos adeptos da imobilização prolongada, após a soldadura dos ossos, afim de vencer as anquiloses e demais vícios de consolidação, e, entre os adeptos da mobilização precoce, com o objetivo de impedir a rigidez articular e acelerar a formação do calo (Lucas Championnière) para o que se realizavam vigorosas manobras de mas-

sabem e freqüentes secções de mobilização passiva. Cumpre ainda ressaltar que, nesta época, essa modalidade da Fisioterapia se assentava em bases empíricas, respigadas de uma ou outra noção científica, donde a multiplicidade dos métodos empregados, a incorreção e impropriedade de sua prática, as mais das vezes confiada a especuladores inescrupulosos da profissão médica, os quais, à custa de aparatosas instalações e complicadas técnicas, exerciam com a convivência da medicina oficial os mais nefastos tratamentos em desgraçados e crédulos pacientes.

Coube principalmente à Escola Vienense de Lorenz Bohler pôr termo à tão desagradável situação, nêstes domínios da traumatologia, pois este autor, valendo-se da experiência adquirida com o tratamento de grande número de traumatizados que passaram por suas mãos, em vários anos de clínica, ao lado de um conhecimento mais amplo da fisiopatologia dos traumatismos do aparêlho motor, proporcionado pelos estudos de Zuppinger, restabeleceu com mais segurança os velhos princípios da terapêutica das fraturas, já expostos desde Gosselin, isto é, redução correta e imobilização suficientemente prolongada, acrescentando a isso uma ativa mobilização de tôdas as partes restantes do organismo.

Agora porém, êstes princípios apoiam-se em bases perfeitamente esclarecidas, de maneira a permitir a utilização consciente e precisa de cada um dêles.

Böhler, adotando a concepção da unidade do aparêlho motor, não só sob o ponto de vista da fisiologia normal, como da patológica, considera a fratura, não como uma lesão exclusiva do osso, mas apresentando ao lado disto, lesões musculares, nervosas e vasculares mais ou menos intensas, as quais determinam o desequilíbrio fisiológico da região com perturbações circulatórias, sanguíneas e linfáticas, além das nervosas, capazes de produzirem graves alterações nos tecidos adjacentes.

O papel do sistema nervoso simpático, posto em destaque por Leriche, é representado principalmente mercê das excitações de suas terminações nervosas, por uma vaso-constricção arterial e consecutiva estase venosa. Esse afluxo de sangue provoca a transudação do plasma que vai se constituir em edemas, e ao mesmo tempo facilita a osteólise e as demais perturbações tróficas, constantemente verificadas.

Qualquer movimento que se imprima ao foco traumático, tem como consequência a exacerbção da dor e com isso a intensificação das perturbações circulatórias e tróficas, além

de provocar a desordem no trabalho de reparação dos tecidos ou mesmo o agravamento das lesões existentes. É por esta razão que, após a redução correta dos fragmentos, se impõe a imobilização rigorosa até a consolidação do calo da fratura, pois é esta a situação mais propícia para que a dor seja supressa e os tecidos reparados.

Entretanto, a imobilização acarreta prejuizos. A falta da contração muscular se acompanha de uma diminuição da corrente sanguínea nos tecidos, ao que se ajunta o decréscimo do tonus da fibra muscular por carência do estímulo nervoso fisiológico. Estes fatos provocam a atrofia dos músculos, o edema das partes moles e também a rigidez das articulações.

Então é preciso que se imobilize apenas durante o tempo estritamente necessário e que se corrijam na medida do possível êstes incovenientes, movimentando ativamente e em tôda a extensão, sem produzir dor, tôdas as articulações do corpo não imobilizadas pelo tratamento.

Para isso se emprega a Cinesiterapia, com o que se obtém uma hiperemia ativa em todo o organismo, pois os músculos, ao se contraírem, funcionam como se fossem bombas mistas, aspirante-prementes, verdadeiros corações periféricos, aspirando o sangue arterial e expulsando o venoso, contribuindo desse modo para aumentar a velocidade da corrente sanguínea, intensificar as trocas celulares e levar ao foco traumático maior quantidade de material necessário à sua reparação desfazendo a estase venosa em suas proximidades, removendo os edemas e reabrindo assim o caminho para a restauração anatômica e funcional do membro lesado.

Após a retirada do aparelho e a consolidação do calo, ainda se faz necessária a Cinesiterapia para o restabelecimento da força muscular e recuperação da motilidade das articulações, nada valendo, como é evidente, para corrigir pseudo-artroses, ou angulações, torsões, encurtamentos e demais perturbações devidas à consolidação viciosa dos fragmentos.

A mobilização ativa é a forma mais utilizada e que melhores resultados produz, entretanto, em alguns casos especiais pode-se empregar também a massagem e a mobilização passiva, uma vez que se atenda ao postulado básico desta terapêutica, que é não provocar dor.

Durante todo o tratamento é indispensável uma íntima cooperação entre o traumatologista e o cinesiterapeuta. Aquele deve conhecer os recursos que a Cinesiterapia é capaz de lhe proporcionar e este terá que acompanhar de perto todo o trabalho ortopédico, inteirando-se de seus objetivos quanto

ao processo terapêutico empregado, seguindo a evolução do caso, reparando nas variações do seu curso, afim de que, agindo assim conjuntamente, haja sempre uniformidade de ação e de propósitos.

Quanto à prática propriamente dita da Cinesiterapia, isto é, a maneira de ministrar os exercícios, é um ponto ainda não bem elucidado, variando de conformidade com os autores. O próprio Böhler, limita-se a sugerir alguns exercícios e pouco esclarece quanto a forma de utilizá-los.

Os americanos, que de uma maneira geral são entusiastas da Cinesiterapia, dispõem, via de regra, em seus Hospitais de amplos recursos para a terapêutica pelo movimento. Quase sempre a utilizam sob a forma da chamada "Terapêutica Ocupacional" ou "Recreativa", por meio das quais os exercícios são executados, não como ginástica ou lição, mas ao curso de trabalhos e ocupações cuidadosamente selecionadas e utilizadas, segundo os casos particulares. Esse processo tem vantagens psicoterápicas indiscutíveis. Além disso, empregam largamente a massagem em tôdas as suas modalidades.

No Hospital Central do Exército, além de se seguirem os princípios já citados, quanto ao ponto de vista terapêutico, aplica-se a Cinesiterapia, não só sob a forma de massagem e movimentação passiva nos casos indicados, como também a mobilização ativa, sendo esta maneira a mais preferida. Para isto preparam-se "Sessões de Ginástica", organizadas de acordo com as mesmas diretrizes que regem a utilização do chamado "Método Francês de Educação Física".

Já adotado em nosso Exército para a ginástica dos indivíduos saudáveis. Estas diretrizes se resumem em quatro regras gerais, que, adaptadas aos casos patológicos, podem assim ser expostas :

1.º) — Adaptação do exercício, não só quanto ao caso clínico, como às possibilidades físicas do indivíduo (valor somático).

2.º) — Grupamento homogêneo, ainda atendendo aos dois aspectos citados acima. Assim, por exemplo, organiza-se uma sessão para fraturados de membros superiores, outra para os lesados dos membros inferiores.

3.º) — Atração do exercicio, isto é, necessidade de que as sessões sejam agradáveis, pelo que se introduz na lição movimentos variados, jogos etc.

4.º) — Verificação periódica dos resultados, efetuada por ocasião da visita médica à enfermaria.

A aplicação dessas regras é muito mais difícil do que no caso da ginástica para os sadios. Aqui o primeiro objetivo a ser atingido é conseguir a confiança do paciente na proteção que seu aparêlho lhe oferece e na inoquïdade dos movimentos quanto à dor, pois, assim, ele se sente menos enfermo, tornando-se mais apto para aproveitar os recursos da cura que seu próprio organismo lhe proporciona. Então, na seqüência do tratamento intensificam-se os trabalhos das Sessões, à medida que os casos particulares permitem.

Embora o tempo e o número de observações ainda não sejam suficientes para o estabelecimento de princípios definitivos, os resultados até agora obtidos com êsse método eclético permitem esperar conclusões satisfatórias no que diz respeito a uma recuperação mais rápida e mais eficiente dos traumatizados.

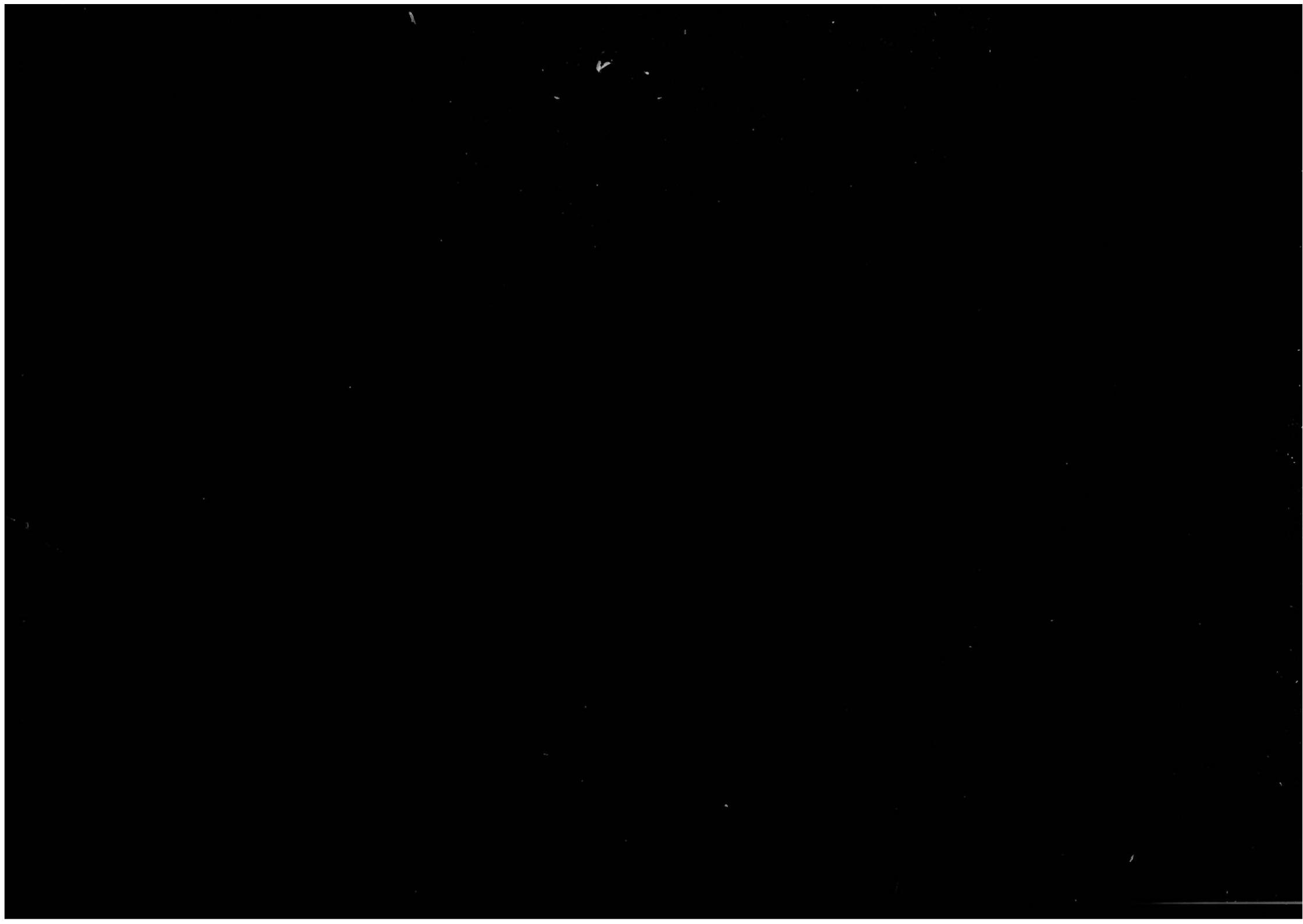
Clínica Dermato-Sífilo-Venereológica

DA IMPORTANCIA DO TRATAMENTO DA SÍFILIS

DR. ALVARO DE SOUZA JOBIM
Major médico, chefe da Clínica
Dermato-Sífilo-Venereológica.

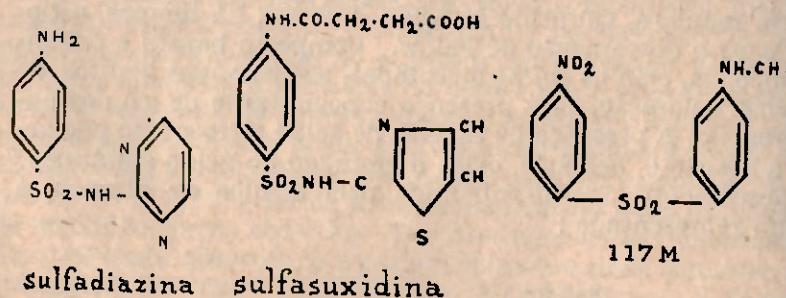
A sífilis, doença extremamente grave pelo polimorfismo de suas manifestações produs, em sua evolução lenta e gradual, de preferência, lesões degenerativas viscerais cárdo-vasculares e do sistema nervoso.

Constitue na realidade, na maioria das lesões viscerais de consequências letais, constantes nas estatísticas sanitárias, o principal fator etiológico responsável pela causa mortis. É responsável ainda pela maioria das lesões degenerativas que tornam inválidos e aleijados muitos daqueles que são vitimados por doenças intercorrentes. Acha-se no mesmo nível de letalidade que a tuberculose pulmonar e estaria em nível mais alto, não fossem as doenças intercorrentes. Nas afecções imputadas à sífilis, constituem as lesões cárdo-vasculares e a



3 — A diferença entre a cifra de 2 e a encontrada em 1 dá a percentagem da sulfa esterificada.

4 — Regra geral: Para o doseamento de um medicamento quimioterápico anti-bacteriano qualquer, contendo um grupo amínico acilado — NH.CO.R (em que R = alquila ou arila, simples ou substituídas) é necessário, primeiro fazer uma hidrólise ácida, para libertar o grupo amínico — NH² e, em seguida, aplicar os processos conhecidos na literatura, quer da diazotação e copulação, quer de condensação com o reagente de Ehrlich. Tomando como exemplo:



vemos que:

1) — A sulfadiazina contém o grupo amínico livre e portanto, para sua dosagem, não há necessidade da hidrólise prévia em meio ácido;

2) — A sulfasuxidina e o 117 M precisam a hidrólise ácida, antes de receber os métodos de dosagens comuns, porque, nas suas moléculas o grupo amínico está bloqueado, respectivamente, pelos radicais sucinílico e formílico.

SOLUTOS TIPOS DE SULFAS E SULFONAS

Do exposto resulta que os solutos tipos de sulfanilamidas livres e aciladas têm modo operatório diverso. Conforme já assinalamos, os métodos de dosagem das sulfas baseiam-se na presença de um grupo amínico livre suscetível de ser diazotado e copulado (Marshall) ou de ser condensado com p-dimetilamino benzaldeído (Werner). Os métodos acima e a técnica de Mingoja podem ser, evidentemente, aplicados às sulfonas utilizadas na quimioterapia antibacteriana, com grupos amínicos acilados, desde que sejam utilizadas as técnicas aplicadas ao doseamento das sulfas totais, ou melhor, aquecer em meio ácido para hidrolisar o grupo — NH.CO.R. e, em seguida, diazotar etc. Este critério aplica-se ao preparo dos

solutos tipos. Eis, pois, o processo a seguir para obtenção destes solutos:

I — Soluto tipo de composto 117 M — Tratar 0,01 g. de 4-nitro-4'-formilamino difenilsulfona quimicamente pura com 10cm.³ de ácido clorídrico 4/N e aquecer a refluxo durante 30 minutos; depois de fria, diluir a mistura com água até o volume de 100cm.³. Cada cm.³ corresponde a 0,0001 g. de sulfona 117 M.

II — Soluto tipo de Rodilone — Operar como no caso precedente, usando 0,01 g de di (p-acetilamino fenil) sulfona quimicamente pura. Cada cm.³ corresponde a 0,0001 g de rodilone.

III — Sulfanilamida — Dissolver, a frio, 0,01 g. de sulfanilamida pura em 10cm.³ de ácido clorídrico 4N e completar com água distilada o volume de 100cm.³. Cada cm.³ corresponde a 0,0001 g de sulfanilamida. Segundo Sanchez, a sulfapiridina, o sulfatiazol e a N⁴ acetilfenilamida, oferecem, em igualdade de condições, a mesma intensidade de cor. Verificamos a veracidade desta experiência observando, ainda, que a sulfadiazina, a sulfaguanidina e a sulfasuxidina, assim também se comportam. No caso da sulfasuxidina, tratando-se de um derivado N⁴ substituído, precisa — como para as sulfonas — a hidrólise prévia, em meio ácido, para libertar o grupo amínico primário. Após o relato dos fundamentos teóricos sobre os métodos de dosagem dos medicamentos quimioterápicos antibacterianos nos líquidos biológicos, julgamos oportuno enumerar detalhadamente os trabalhos publicados a respeito pelos diferentes autores, as técnicas que utilizamos, os resultados analíticos obtidos e as conclusões atingidas.

MÉTODO DE WERNER E SUAS MODIFICAÇÕES

O método de Werner (22), colorimétrico, baseia-se na reação colorida da sulfanilamida com o p-dimetilamino-benzaldeído. O reagente de Ehrlich empregado pelo autor tem a seguinte fórmula:

p-dimetilamino-benzaldeído	3,0 g
ácido sulfúrico concentrado	7cm. ³
água distilada q.s. para	100cm. ³

Hartmann (23) modificou-a, dando-lhe a seguinte composição:

p-dimetilamino-benzaldeido	1,57 g
ácido clorídrico concentrado	20cm. ³
água distilada q.s. para	100cm. ³

Estas fórmulas serviram de base para diversas pesquisas em laboratórios de análises químicas aplicadas à clínica.

As técnicas utilizadas, muitas, em verdade, possuem de um modo geral, as características fundamentais do método original.

Modo operatório : — Avaliação quantitativa na urina : — Diluí-la e anotar a diluição para efeito de cálculo. Sobre 2cm.³ da amostra fazer atuar 1cm.³ do reativo Werner-Hartmann; completar com água distilada o volume de 10cm.³. Efectuar a comparação no colorímetro, com um soluto tipo de sulfanilamida, tratado nas mesmas condições. Calcular. A cifra obtida refere-se ao teor da sulfanilamida livre, isto é, quando a função amina primária está livre. Na amostra, proceder a hidrólise pela adição de 2cm.³ de soluto normal de ácido clorídrico e manutenção da mistura em banho-maria, por trinta minutos. Esfriar, neutralizar o meio, juntar 1cm.³ do reativo Werner-Hartmann, completar o volume de 10cm.³ com água distilada e comparar ao colorímetro com o padrão; calcular. A cifra obtida refere-se ao teor de sulfanilamida, total. A sulfanilamida esterificada é a diferença entre os dois valores encontrados.

Avaliação quantitativa no sangue : — Em um volume de sangue total, proceder a desproteinização com 4cm.³ da solução de ácido tricloroacético a 5%; recolher o filtrado e dêle tomar a metade da amostra (= 0,5 cm.³); adicionar, ao mesmo, 1,5cm.³ do soluto N/0,25 de hidróxido de sódio e 0,5cm.³ do reativo. Proceder, daí por diante, como no caso da urina. Para a avaliação da sulfanilamida total, basta manter o filtrado em banho-maria por 10 minutos, esfriar e tratar, em seguida, como anteriormente. O reativo de Hartmann, segundo o autor, não é aconselhável para avaliação da sulfanilamida na urina. Para as dosagens no líquor, proceder semelhantemente. As técnicas acima descritas, como já dissemos, sofreram muitas modificações, dentre elas destacamos a de Fault (24), que torna a operação mais rápida e sujeita a menos erros, segundo suas experiências, mormente no doseamento da sulfanilamida total. O modo de operar é o seguinte: 2cm.³ do líquido biológico (sangue ou líquor) são tratados por 4cm.³ de água e 4cm.³ da solução de ácido tricloroacético a 20%; agi-

tar; esperar 10 minutos; filtrar e recolher a quinta parte do filtrado (= 0,5cm.³ da amostra); juntar, ao mesmo, 0,4cm.³ do soluto de nitrito de sódio ou potassio a 0,5%; aquecer a mistura a 100°C. por 5 minutos; retirar do fogo e juntar 2cm.³ do reativo. Repousar por 15 minutos e comparar com o soluto tipo de sulfanilamida. Outros autores (25-26-27-28) estudaram o comportamento do reativo e do método, destacando-se os recentes trabalhos de Sanchez (29-30-31).

Este último efetuou ponderada crítica sobre os reativos de Erlich e de Werner-Hartmann, mormente sobre a influência dos mesmos nas baixas concentrações de sulfanilamida. Para remediar este e outros inconvenientes do p-dimetilamino-benzaldeido sobre as sulfas, propôs o preparo do seguinte reativo, que denominamos reativo de Werner-Sanchez.

REATIVO DE WERNER SANCHEZ E NOSSA MODIFICAÇÃO

Pesar 0,2 g. do p-dimetilamino-benzaldeido e proceder sua dissolução em 10cm.³ de álcool etílico a 70° em banho-maria; completar no frasco o volume de 40cm.³ com água distilada e acidular o meio com XX gotas de ácido acético glacial; agitar, deixar em repouso por 2 horas; filtrar, cada 10cm.³ do filtrado recebido é adicionado de IV gotas do soluto de ácido sulfúrico a 50% e o volume de 20cm.³ completado com água distilada. É um líquido incolor de pH 6,8, estável, que se conserva em vidro esmerilhado e escuro. Com este reativo, seu autor criou um "novo método de avaliação das sulfas em meios biológicos", indicando a obtenção de um soluto tipo de sulfanilamida e o preparo de uma escala, simplificando, dessarte, técnicas anteriores. Do seu método, por nós seguido, com as alterações que julgamos mais práticas no serviço de rotina, damos detalhes adiante expostos, ressaltando que, nos ensaios realizados, resolvemos adicionar 20cm.³ de ácido acético glacial em lugar de XX gotas e suprimir o ácido sulfúrico. Assim havíamos procedido quando tomamos conhecimento do trabalho de Miguel e Rovina (32), sobre outras modificações introduzidas no reativo Werner-Sanchez, permitindo uma estabilidade de cinco meses. Verificamos este reativo frente ao nosso e não tivemos diferenças nítidas nos resultados.

Avaliação da sulfá livre no sangue e no líquor : — Tomar num tubo R 1cm.³ do sangue ou líquor e adicionar ao mesmo 9cm.³ do soluto de ácido tricloroacético a 10%; agitar; filtrar e recolher a metade do filtrado (= 0,5cm.³ da amostra). Ajun-

tar água distilada até 9cm.³ e 1cm.³ do reativo de Werner-Sánchez; comparar aos tubos padrões entre o sexto e décimo minutos.

Preparo dos padrões: — Numerados os tubos na seguinte ordem: 1-1, 5-2-3-4-5-6-7-8-9 e 10, aos mesmos, adicionar, respectivamente: 0,05-0,075-0,10-0,20-0,25-0,30-0,35-0,40-0,45 e 0,50cm.³ do soluto tipo de sulfanilamida e soluto de ácido tricloroacético a 10%: 8,95-8,925-8,9-8,85-8,8-8,75-8,70-8,65-8,60-8,55-8,50 cm.³ e, em todos, 1cm.³ do reativo de Werner-Sánchez. O número de ordem dos tubos expressa em diluições ou tomadas iguais o teor de sulfanilamida, em mg, por cento.

Avaliação da sulfa total: Tomar 5cm.³ do filtrado anterior e levá-los ao banho-maria por 30 minutos; esfriar; completar 9cm.³ com água distilada e adicionar o reativo. Comparar aos tubos padrões.

Avaliação da sulfa esterificada: — É a diferença entre as duas quantidades encontradas nas determinações anteriores.

Avaliação da sulfa livre na urina: — Tomar 0,1cm.³ do filtrado de Somogyi (= 0,01 cm.³ de urina), no caso de se tratar de urinas coloridas ou 1cm.³ de urina diluída a 1%, em caso contrário; adicionar água até completar 9cm.³ e juntar 1cm.³ do reativo de Werner-Sánchez. Comparar aos tubos padrões.

Avaliação da sulfa total: — A amostra juntar 2cm.³ de ácido clorídrico N/4 e levar a mistura ao banho-maria por trinta minutos; esfriar; completar 9cm.³ com água distilada e juntar 1cm.³ do reativo de Werner-Sánchez. Comparar aos tubos padrões. O número de ordem destes tubos dividido por 2, expressa, em gramas, por mil, o teor de sulfa total ou livre, conforme a operação efetuada.

Avaliação da sulfa esterificada: — É a diferença entre as duas cifras anteriores. A comparação feita em colorímetro, com padrão obtido tratando o soluto tipo de sulfa com os mesmos reativos foi por nós substituído com estes tubos padrões; os resultados são idênticos.

MÉTODO DE MARSHALL E SUAS MODIFICAÇÕES

O método de Marshall (33) consiste na diazotação com nitrito de sódio em meio de ácido p-toluolsulfônico e copulação com solução alcoólica de dimetil-alfa-naftilamina e comparação com um soluto tipo de sulfanilamida. Proom (34) em-

pregou o método na avaliação da sulfanilamida em meios biológicos, utilizando o ácido tricloroacético como desproteinizante e estabelecendo padrões de vermelho de fenol tamponados com fosfatos que Pillar e Bijos (35) usaram, empregando a técnica da Ratish e Bulowa (36), por eles modificada (37). Proom, já citado, aconselha, ainda, na determinação de concentrações mínimas o emprego do padrão de soluto de sulfato de cobalto em ácido sulfúrico diluído, utilizado por Gilberto Vilela (38) na proporção de 14,0g por cento, correspondendo colorimetricamente a um soluto tipo de sulfanilamida a 12mg %. N. L. Alport (39) aconselha operar analogamente, sendo o copulante substituído pelo ácido cromotrópico, segundo J. V. Scudi (40). Marshall e Litchfield (41) introduziram no método, mesmo com a desproteinização tricloroacética, uma solução de fosfato ácido de potássio e sulfato de amônio. O autor do método e seus colaboradores (42), estudando a eliminação da sulfanilamida, verificaram que ela se processa parte livre e parte conjugada e sob forma esterificada, introduzindo o álcool etílico a 95% como desproteinizante e praticando a hidrólise pelo ácido clorídrico. Stevens e Hughes (43) corrigiram o reativo, efetuando entre 270-277° a distilação da dimetil-alfa-naftilamina, diluindo o distilado em álcool a 95% e praticando a leitura comparativa até o décimo minuto; estas modificações, no entanto, já tinham sido descritas por Pollah (44). O uso do ácido fosfotungstico e a adição de nafto-quinona-4-sulfonato em meio levemente clorídrico, foram introduzidas na prática por Schmidt (45), sendo a comparação feita após a permanência da mistura durante 40 minutos ao abrigo da luz (46). Lachlan e colaboradores (47) tornaram o método de Marshall um micrométodo, permitindo assim avaliação de quantidades mínimas, Jean Drucy e Gustavo Desterheld (48) empregam o 1-(sulfo metilamino naftaleno)-8-ácido-sulfônico como copulante; Marcel Paget (49) utiliza o timol em meio de soda e indica o sulfato de zinco ferro cianeto potássio com desproteinizante (50). Marshall e colaboradores (51) substituiram a dimetil-alfa-naftilamina pelo sal diclorídrico do N-(1-naftil) etilenodiamina. Giordano e colaboradores (52) empregaram fotômetro especial, assim como outros pesquisadores utilizaram a espetrofotometria, capítulo que foge à nossa apreciação. Para a nossa atenção especial, tomamos a modificação proposta por Doble e Geiger (53-54-55). Estes autores empregaram a difenilamina como copulante e técnica semelhante a descrita, adaptada ao nosso serviço de rotina.

Avaliação da sulfa livre no sangue e liquor: — Tomar 1cm.³ do líquido biológico (sangue ou liquor) e adicionar-lhe 11cm.³ do soluto de ácido tricloroacético a 10%; agitar e deixar em repouso por cinco minutos; filtrar; receber a metade do filtrado (= 0,5cm.³ da amostra) na cuba do colorímetro ou no tubo R. Juntar ao filtrado 2cm.³ do soluto de ácido clorídrico N/4, 1cm.³ do soluto de nitrito de sódio ou potássio a 1% e 1cm.³ de difenilamina e comparar a mistura entre o sexto e o décimo minutos.

Avaliação da sulfa total: — O restante do filtrado (= 6cm.³ = 0,5cm.³ da amostra) adicionado de 2cm.³ do soluto de ácido clorídrico N/4 é levado ao banho-maria por 30 minutos, evitando a concentração do líquido por meio de um condensador de refluxo; esfriar; ajuntar, em seguida, os mesmos reagentes e comparar como anteriormente. O próprio filtrado sem a adição do ácido clorídrico presta-se à hidrólise. A comparação feita em colorímetro com um padrão obtido tratando o soluto tipo de sulfa com os mesmos reagentes pode ser substituída pela efetuada nos seguintes tubos, cujos números de ordem, na concentração indicada, dão, em mg. por cento, o teor da sulfa estudada; os resultados são idênticos em ambos os casos. Tomar num porta-tubos de ensaios 11 tubos de vidro neutro de 10 x 100 mm., numerados na ordem, adicionar-lhes, respectivamente, os reagentes e compará-los com o tubo de reação R.

Avaliação da sulfa esterificada: — É a diferença entre as duas cifras anteriores.

N.º de Ordem expressando a sulfa em mg. %	Soluto tipo de sulfa	Sol. desproteinizante	Sol. de ácido clorídrico	Soluto de nitrito	Soluto de difenilamina
1	0,05	5,95	2cm ³	1cm ³	1cm ³
1,5	0,075	5,925	2cm ³	1cm ³	1cm ³
2	0,1	5,9	2cm ³	1cm ³	1cm ³
3	0,15	5,85	2cm ³	1cm ³	1cm ³
4	0,2	5,8	2cm ³	1cm ³	1cm ³
5	0,25	5,75	2cm ³	1cm ³	1cm ³
6	0,3	5,7	2cm ³	1cm ³	1cm ³
7	0,35	5,65	2cm ³	1cm ³	1cm ³
8	0,4	5,6	2cm ³	1cm ³	1cm ³
9	0,45	5,55	2cm ³	1cm ³	1cm ³
10	0,50	5,50	2cm ³	1cm ³	1cm ³
R	6cm. ³ do filtrado	0,0	2cm ³	1cm ³	

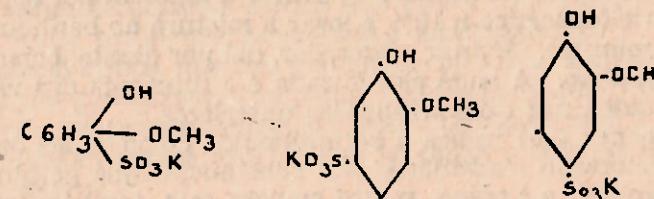
Avaliação da sulfa livre na urina: — Tomar 0,1cm.³ do filtrado de Somogyi (em se tratando de urinas pigmentadas) ou 1cm.³ de urina diluída a 1% (não colorida); completar 6cm.³ com o soluto desproteinizante tricloroacético e, daí por diante, como se fosse para o sangue, filtrando e completando 19cm.³ com água distilada. Os números de ordem dos tubos, divididos por 2, expressam, em gramas, a quantidade de sulfa livre, por mil, na urina.

Avaliação da sulfa total: — Tomar 1cm.³ de urina, 1cm.³ de ácido clorídrico N/4 e aquecer a mistura a banho-maria por 30 minutos. Juntar soluto de soda N/4 face ao indicador, completar 100cm.³ com água distilada; agitar; filtrar e receber 1cm.³ do filtrado. Sobre este operar como anteriormente.

Avaliação da sulfa esterificada: — É a diferença entre as duas quantidades precedentes.

NOVAS TÉCNICAS E SUAS APLICAÇÕES

Quintino Mingoja (56) recomendou o emprêgo de tiocol como copulante em lugar do amônico :



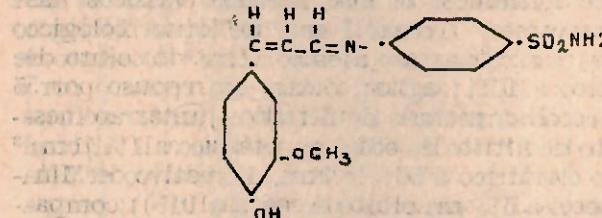
Esta inovação simplifica sobremaneira o doseamento das sulfas. Sua recomendação mereceu os aplausos de Marques Leal (57) e foi por nós verificada de acordo com o modo operatório que descrevemos e que tornamos extensivo às sulfonas, assim como a elas aplicamos os dois métodos clássicos nas técnicas que descrevemos. Tomar 1 cm.³ do líquido biológico (sangue ou liquor) e adicionar ao mesmo 11cm.³ do soluto de ácido tricloroacético a 10%; agitar, deixar em repouso por 5 minutos; filtrar; recolher metade do filtrado e juntar ao mesmo 1cm.³ do soluto de nitrito de sódio ou potássio a 1%, 1cm.³ de soluto de ácido clorídrico a 50% e 3cm.³ do reativo de Mingoja (sólido de tiocol a 5% em soluto de soda a 10%); comparar aos padrões ou ao colorímetro utilizando um padrão de sulfa tratado pelos mesmos reagentes.

Padrões: — Numerar 11 tubos de vidro neutro de 10 x 100 mm na seguinte ordem: 1-1,5-2-3-4-5-6-7-8-9 e 10; adicio-

nar-lhes, respectivamente, 0,05-0,075-0,10-0,15-0,2-0,25-0,30-0,35,-0,45 e 0,50cm.³ de soluto tipo de sulfa ou sulfona e soluto de ácido tricloroacético até completar 6cm.³ e mais 1cm.³ do soluto de nitrito de sódio, 1cm.³ de ácido clorídrico e 3cm.³ do reativo de Mingoja. O número de ordem expressa, em mg por cento, o teor da sulfanilamida livre; na avaliação da urina, o número de ordem dividido por 2 equivale a sulfanilamida por mil, em gramas. A hidrólise das sulfas totais ou sulfonas é processada nos meios ácido tricloroacético ou clorídrico ao banho-maria por 30 minutos; esfriar e receber o tratamento indicado anteriormente. A cifra de sulfa esterificada é obtida por diferença entre os valores alcançados nas determinações precedentes. O tiocol deve conter 9% de sal dipotássico do ácido 1-2-4 sulfônico, segundo a técnica de Dominikiewicz (58). O método aplicado à urina requer o seguinte modo operatório: Sulfa livre — tomar a amostra (1cm.³ do filtrado Somogyi ou 1cm.³ de urina diluída a 1%), completar 6cm.³ com água distilada, juntar 1cm.³ do soluto de nitrito de sódio e 3cm.³ do reativo de Mingoja; comparar aos tubos padrões ou ao colorímetro.

Sulfa total ou sulfona : — Tratar a amostra por 6cm.³ de ácido tricloroacético a 10% e levar a mistura ao banho-maria por 30 minutos. Esfriar e proceder, daí por diante, como precedentemente. A sulfa esterificada é a diferença dos valores encontrados nas duas avaliações anteriores.

Crocher (59) indica a sulfanilamida como capaz de produzir coloração alaranjada com substâncias que geralmente acompanham a lignina, muito embora seja, também, reação comum a outras substâncias químicas como benzidina (60), tolidina (61), anilina (62), é, no entanto, segundo Klason (63), característica do aldeído coniferílico semelhante à vanilina, substância esta que dá um anil de côn amarela com a seguinte estrutura :



tendo sido o núcleo vanílico, observado, também, nas madeiras por Fourment e Roques (65). A reação assinalada por Crocher e outros pesquisadores serviu a Gueffroy (66) me-

diante o tratamento de fibras de madeira de quatro centímetros a 100° por 30 minutos em resíduos de líquor de indivíduos sob o uso de prontosil album para avaliar, pela intensidade de côn em comparação com fibra de madeira sob tratamento de soluto tipo de sulfa, o teor desta substância existente, sabido, ainda, que a síntese da vanilina, segundo Tilman e colaboradores (67), foi feita a partir da coniferina, sendo, como é, a vanilina o aldeído monometil procotatéquico. Em face do exposto preparamos um reativo clorídrico de vanilina (vanilina 0,1g — ácido clorídrico a 50% 100cm.³) e empregamo-lo como reagente da sulfanilamida. Nas urinas com corpos cetônicos o reativo só pode ser usado mediante defecação especial, evitando, dessarte, a reação da vanilina com a acetona proposta por Widy e Worbe (68). A técnica utilizada é, em tudo, semelhante a descrita para o tiocol, substituindo-se o reativo de Mingoja pelo reativo clorídrico de vanilina. Os resultados obtidos não são desanimadores; maior experiência é necessária para final pronunciamento.

DESPROTEINIZANTES

Os desproteinizantes usados são: alcool etílico a 95% sulfato de zinco, ácidos tricloroacético e fosfotungstico.

O alcool etílico, miscível à água, permite o isolamento das substâncias que formam complexos com as proteínas. Tomar um volume do líquido biológico e desproteinizá-lo com 9 volumes de alcool etílico a 95%; filtrar; recolher o filtrado e anotar seu volume.

O ácido tricloroacético é, geralmente, usado nas concentrações de 5, 10 e 20%. Tomar 1 volume do líquido biológico e desproteinizá-lo com 9 volumes; filtrar; anotar seu volume. Utilizando-se a metade do volume do filtrado evita-se, tanto quanto possível, os erros citados por diversos autores, dentre eles Mezinasco (69).

Folin-Wu (70) introduziu o ácido fosfotungstico recente como desproteinizante e alcançou larga e ampla aceitação. Tomar um volume do líquido biológico e a ele adicionar: 1 volume do soluto de ácido sulfúrico 2/3 normal e 1 volume de soluto de tungstate de sódio a 10% (isento de paratungstate); completar 10 volumes com água distilada; filtrar e anotar o volume do filtrado.

Somogyi (71-72) perconizou o sulfato de zinco. Tomar 1cm.³ do líquido biológico e a ele adicionar: 1cm.³ do soluto de sulfato de zinco a 10%, 1cm.³ do soluto de soda a 0,5N e completar o volume de 10cm.³ com água distilada. Agitar:

repousar por 15 minutos; filtrar; recolher o filtrado e anotar seu volume. Segundo Van Slike (73) a defecação das urinas ricas de corpos cetônicos deve ser feita com soluções de sulfato de cobre a 20% e suspensão de hidróxido de cálcio a 10%. A desproteinização pode ser sobre o sangue total, plasma ou glóbulos. O anticoagulante de escolha é o oxalato neutro de potássio a 15% (0,02cm.³ por cm.³ de sangue). Ter em conta, nos cálculos finais, as diluições e as tomadas dos filtrados.

Estudo comparativo dos métodos em relação aos solutos tipos de sulfas e sulfonas (1cm.³ = 0,0001 g) preparados a partir das especialidades farmacêuticas consignadas no texto e no quadro.

Métodos	Prontosil Album	Albucid	Sulfadiazina	Sulfasuxidina	Dageman	Tiazamida	Sulfaguanidina	Sulfalimida	Rodilone	Composto Mingoja 117
Marshall ..	1	1,1	0,9	1,1	0,9	1,1	1	1	0,9	0,9
Werner-Sanchez ..	0,9	0,9	1	0,9	0,85	1	0,9	1	0,9	0,9
Mingoja ..	0,9	0,9	1	0,9	0,80	1,2	0,8	1	1	0,9

CONCLUSÕES

O método de Werner, com o reativo Werner-Sanchez; o método de Marshall, modificação de Doble Geiger; o método de Mingoja; e, nossas adaptações em todos, para a avaliação das sulfas totais, são extensivas às sulfonas utilizadas como medicamentos quimioterápicos antibacterianos e permitem, nas mesmas condições operatórias, resultados relativamente idênticos. Para substâncias puras ou para especialidades farmacêuticas conseguimos resultados semelhantes com a técnica de F. M. Solts (74), onde 1cm.³ de soluto N/1 de brometo de potássio corresponde a 0,004304 g de sulfanilamida.

FICHA DE CONCENTRAÇÃO E MÉTODOS DE DOSAGEM Composto M. 117

SANGUE

Métodos	Ficha	Quant. administradas				Via oral
		6 h	10 h	14 h	18 h	
		0,25g	0,25g	0,25g	0,25g	
Mét. de Werner-Sanches I	N.º 1	5	6	7	10	12
Mét. de Marshall-Doble-Geiger II	N.º 1	4	5	6	11	10
Mét. Mingoja III	N.º 1	4,5	5,5	7	12	12
Método I	N.º 2	2	5	10	12	9
Método II	N.º 2	3	4	10	10	10
Método III	N.º 2	3	3	9	12	10
Método I	N.º 3	10	19	17	13	12
Método II	N.º 3	10	18	18	15	15
Método III	N.º 3	10	20	19	19	12
Método I	N.º 4	9	6	13	12	10
Método II	N.º 4	8	5	9	9	10
Método III	N.º 4	7	6	10	12	9
Método I	N.º 5	5	7	13	15	16
Método II	N.º 5	4	9	13	13	14
Método III	N.º 5	6	7	18	15	16
Método I	N.º 6	16	18	20	17	13
Método II	N.º 6	15	18	21	16	12
Método III	N.º 6	14	19	20	17	12

FICHA DE CONCENTRAÇÃO E MÉTODOS DE DOSAGEM
Sulfaguanidina

S A N G U E

Métodos	Quanti. administradas				Via oral
	6 h	10 h	14 h	18 h	
	1,0	1,0	1,0	1,0	
Ficha	Concentração achada em mg %				
	10 h	14 h	18 h	22 h	6 h
Método I	1 B	12	14	19	20
Método II	1 B	10	15	19	19
Método III	1 B	11	14	18	18
Método I	2 B	7	15	17	12
Método II	2 B	7	15	17	13
Método III	2 B	7	14	17	12
Método I	3 B	6	8	10	13
Método II	3 B	5	9	9	14
Método III	3 B	4	9	10	14
Método I	4 B	13	14	15	16
Método II	4 B	15	15	14	14
Método III	4 B	10	12	14	13
Método I	5 B	7	10	12	10
Método II	5 B	9	10	9	9
Método III	5 B	9	10	10	10
Método I	6 B	8	9	11	12
Método II	6 B	8	9	11	12
Método III	6 B	9	9	11	10

FICHA DE CONCENTRAÇÃO E MÉTODOS DE DOSAGEM
Sulfadiazina

S A N G U E

Métodos	Quant. administradas				Via oral
	6 h	10 h	14 h	18 h	
	1,0	1,0	1,0	1,0	
Ficha	Concentração achada em mg %				
	10 h	14 h	18 h	22 h	6 h
Método I	1 A	2	4	10	12
Método II	1 A	1	3	9	11
Método III	1 A	2	3	10	10
Método I	2 A	4	6	8	9
Método II	2 A	4	6	8	9
Método III	2 A	3	5	7	10
Método I	3 A	2	4	6	7
Método II	3 A	2	6	7	8
Método III	3 A	3	4	8	9
Método I	4 A	4	6	9	13
Método II	4 A	5	7	10	13
Método III	4 A	5	7	10	13
Método I	5 A	1	4	9	10
Método II	5 A	1	4	9	9
Método III	5 A	1	4	8	9
Método I	6 A	5	8	10	10
Método II	6 A	5	7	10	9
Método III	6 A	5	7	10	9

BIBLIOGRAFIA

- 1 — QUINTINO MINGOJA — Quimioterapia antibacteriana separata dos Arq. de Biol.) — 1937-1940.
- 2 — ib., ib. — Separata dos Arq. de Biol.) — N.º 243 — 1941.
- 3 — ib., ib. — (Separata dos Arq. de Biol.) — N.º 255 — 1943.
- 4 — C. H. LIBERALLI — Métodos de identificação e doseamento da sulfanilamida — Rev. Bras. de Farm. N.º 9 — 1941.
- 5 — SILVIO LAGO — Sulfamidoterapia — Livraria Ateneu — 1940.
- 6 — JUAN A. SANCHES — Nuevos métodos para caracterizar e identificar las principales sulfas — Rev. del Col. de Farm. Nac. — Rosário — Arg. Vol. X — N.º 1 — 1943.
- 7 — P. GELMO — J. Prakt — Chem. 77,360, 1908.
- 8 — W. A. JACOBS e M. HEIDELBERGER — J. Am. Chem. Soc. 41, 2185, 1919.
- 9 — J. MORGENROTH e LEVY — Berl. Klin. Wochem. 1510, 1879, 1911.
- 10 — G. DOMAGK — Deust. Med. Woch. 7, 250, 1935.
- 11 — J. e Mme. J. TRÉFOUEL, F. NITTI e D. BOVET — C. R. Soc. Biol. — 120, 756, 1935.
- 12 — E. FOURNEAU e colaboradores — C. R. Soc. Biol. 122, 258, 1936.
- 13 — G. A. H. BUTLE e colaboradores — Lancet 232, 1331, 1937.
- 14 — E. FOURNEAU e colaboradores — Comp. rend. 204, 1763, 1937.
- 15 — P. GLEY e A. GIRARD — C. R. Soc. Biol. 125, 1027, 1937.
- 16 — P. GLEY — Comp. Rend. 204, 1907, 1937.
- 17 — FROMM, E. e WITTMANN, J. — Ber., 41, 2269, 1908.
- 18 — POTH e colaboradores — Arch. Of. Surgery 44, 187, 207, 208, 222, 1942.
- 19 — PARKE DAVIS — C. A. 36, 1044, 1942 (Patente).
- 20 — QUINTINO MINGOJA e F. BERTI — Arq. de Biol. XXVII, 255, 55, 1943.
- 21 — BIOCA, E. — Arq. Biol. XXVII, 255, 63, 1943.
- 22 — A. E. A. WERNER — Lancet. I, 18, 1939.
- 23 — MILTON M. HARTMAN — J. of. Lab. Clin. Med. 26, 4015 — 1940.

- 24 — P. FAUTL — Aust. J. Exp. Biol. Med. Soc. 18, 175, 1940.
- 25 — C. ANDRES MASON e F. ARNOLD STRAUSS. — J. Lab. Clin. Med. 26, 887, 1941.
- 26 — V. G. JAMES — The analyst 65, 206, 1940.
- 27 — MARQUES LEAL — Noticias Farmacêuticas 1 — 1941.
- 28 — NEVIO PIMENTA — O Hospital XIX — N.º 5 — 705 — 1941.
- 29 — JUAN A. SANCHEZ — Rev. del Col. Nac. de Farm. 1, 3-11, 1942.
- 30 — JUAN A. SANCHEZ — Rev. del Col. Nac. de Fam. 1, 3-25, 1943.
- 31 — JUAN A. SANCHEZ — La Semana Med. 11-481 — 1942.
- 32 — MIGUEL e ROVIRA — pH — 1 e 2 — Janeiro — Abril — 1943.
- 33 — E. K. MARSHALL — Proc. Exp. Biol. Med. 36, 422, 1937; J. Biol. Chem. 122, 263, 1937.
- 34 — H. PROOM — Lancet I, 26, 1938 in C. A. 3443 — 9, 32.
- 35 — OLYNTHO PILLAR e G. M. BIJOS — Rev. Quim. e Farm. Vol. V — 1941.
- 36 — RATISH e BULLOWA — The J. of. Lab. and Clin. Med. 25, III, 1940.
- 37 — OLYNTHO PILLAR e G. M. BIJOS — Anais do H. C. E. — Vol. 6 — 1940.
- 38 — G. G. VILELA — Ata Med. — I, N.º 3, 259, 1938.
- 39 — N. L. ALPORT — CHEM. ZENT. 1, 4989, 1937.
- 40 — J. V. SCUDI — J. BIOL. CHEM. 122, 539, 1938.
- 41 — E. K. MARSHALL JR. e J. T. LITCHFIELD JR. — SCIENCE 88, 85, 1938.
- 42 — E. K. MARSHALL, KENDAL, EMERSON, ARTING e BABBIT — JAMA 108, 953, 1937.
- 43 — A. N., STEVENS e E. J. HUGHES — J. A. Ph. A. — 27, 36, 1938.
- 44 — FRANZ POLLAH — Klin. Woch. — in C. A. 32, 1293-8.
- 45 — E. G. SCHMIDT — J. Biol. Chem. 122, 757, 1938.
- 46 — E. G. SCHMIDT — J. Lab. Clin. Med. — 23, 648, 1938.
- 47 — E. A. MAC LACHLAN, B. W. CAREY, A. M. BUTLE — Lab. Clin. Med. 23, 1279, 1938.
- 48 — JEAN DRUCY e GUSTAVO DESTERHELD — Helv. Clin. Acta — 25, 753-60, 1942 in C. A. 150-3, 937.
- 49 — MARCEL PAGET — Bull. Soc. Chim. Biol. 22, 331, 1940.

- 50 — MARCEL PAGET — in C. A. 34, 4404 — 4.
 51 — E. K. MARSHALL, BRATON, BABBET e HENDRI-
 CHSON — J. Biol. Chem. 128, 537, 1939.
 52 — ALFREDO GIORDANO e colaboradores — C. A. 6412
 — 3 — 34.
 53 — DOBLE e GEIGER — J. Lab. Clin. Med. — 23, 651,
 1938.
 54 — DOBLE e GEIGER — in C. A. 9132 — 8, 32.
 55 — DOBLE e GEIGER — in Bioquímica do Sangue de G.
 G. Vilela.
 56 — QUINTINO MINGOJA — Arq. de Biologia.
 57 — MARQUES LEAL — Jornal dos Farmacêuticos, 3, 135
 — 1942.
 58 — DOMINIKIEWIEZ — J. P. C. 113, 625, 1921.
 59 — CROCHER — Ind. E. Chim. 13, 625 — 1921.
 60 — VON ZIPP — Pharm. Wech. — Blad. 58, 1539.
 61 — WAGENAAR — Pharm. Wech. Blad. 70, 286, 1933.
 62 — CZAPEK — Zent. Anal. Chem. 38, 715, 1899 in Lebeau
 e Courtois.
 63 — KLASON — Ber. 6313 — 1988.
 64 — RAIZINS, CLEMENCE, SAVERAC e colaboradores —
 97.º Meeting da Am. Ch. Soc. Rod. 937.
 65 — P. FOURTMONT e H. ROCQUES — B. S. P. 42, 449
 — 1935.
 66 — W. GUEFROY — Klin. Woch 16, 1544, 1937 in C. A.
 2566 — 5, 32.
 67 — TIEMAN e colaboradores — Ber. 7, 8, 9 e 18 vol.
 68 — WIDY e WORBE — Apot. Zeitung — t 42, 806 — 1926.
 69 — M. M. MEZINASCO — Bull. Soc. Chim. Biol. 19-109
 — 1937.
 70 — O. FOLIN e H. WU — J. Biol. Chem. 38, 81, 1919.
 71 — M. SOMOGYI — J. Biol. Chem. 70, 599 — 1926.
 72 — M. SOMOGYI — J. Biol. Chem. 86, 655 — 1930.
 73 — D. D. VAN SLIKE — J. Biol. Chem. 32 — 445, 1917.
 74 — F. M. SOLTS — Ukrain Gosudarst — Karkow — 1,
 31, 2 in C. A. 3000-4, 36.

PROTÍDIOS E CROMOPROTÍDIOS NA URINA

PAULO DA MOTTA LYRA

1.º Tenente farmacêutico, auxiliar
 do Laboratório de Pesquisas Clí-
 nicas

A urina normalmente contém pequena quantidade de PROTÍDIOS, traços não coaguláveis pelo calor, porém precipitáveis por determinados reativos.

Kuhne, Porther, Senator, Noorden e vários outros autores, avaliaram a quantidade normal de protídos na urina, sendo que o último a precisou em 0,006 gr. $\%$, e Morner, em cerca de 0,002 a 0,078 gr. $\%$.

A origem das proteínas da urina provém do plasma sanguíneo, passando através dos glomérulos ou secretados pelos tubulis contorti ou pelos epitélios alterados, momentânea ou definitivamente.

A proporção de proteinas encontradas normalmente na urina equivale à mesma do sangue, ou seja 2/3 de SERINA e 1/3 de GLOBULINA. Segundo Hammarsten, na urina do homem, a serina representa 4,51 gr. por % e o globulina 3,10 gr. % do SERUM sanguíneo, podendo, entretanto, variar tais coeficientes. O mesmo autor encontrou para a GLOBULINA urinária 8,13 gr. a 60,24 % das proteinas totais, para uma parte de Globulina e 0,66 a 11,20 gr. % de Serina. Czatary, em casos de proteinúrias consideradas normais, encontrou 28,10 a 53,20 vêzes mais de Serina que de Globulina.

A albuminúria normal, considerada por alguns autores albuminúria fisiológica, observada em pessoas que gozam aparente saúde, está sujeita a aumentar pela modificação da circulação renal, produzindo a estase glomerular e alterando o seu estado, devido às variadas perturbações a que está sujeito o organismo.

Assim considerando, procurámos fazer um estudo no L. P. C. do H. C. E., como veremos a seguir.

Fizemos várias comparações dos clássicos reativos considerados sensíveis para pesquisas de protídeos na urina, em soluções cloretadas a 8,50 e 10,0 g. por mli, com sôro sanguíneo, cuja quantidade de proteinas foi previamente determinada; em soluções de OVALBUMINA também cloretadas nas mesmas proporções acima; e em várias urinas.

Dos diversos reativos ensaiados, destacamos :

- 1) Ácido Nítrico (reação de Heller) ;
- 2) Ácido Tricloroacético ;
- 3) Ácido acético ;
- 4) Ácido fosfotúngstico ;
- 5) Solução acética de tanino (reação de Almen) ;
- 6) Ácido túngstico ;
- 7) Ácido sulfosalicílico ;
- 8) Reativo de Exton; etc.

Estas reações foram efetuadas partindo da primeira (R. Heller), depois pelo ácido acético, em seguida pelo ácido tricloroacético, quando não precipitava mais pelos anteriores; depois pelo fosfotúngstico e assim sucessivamente, com diluições menores possíveis das soluções de proteinas e de ovalbumina, num mesmo pH, 6,5, aciduladas pelo ácido acético.

Após várias comparações, procuramos ensaiar diversas fórmulas, sensibilizando um ou outro reativo, associando-os

entre si etc. Dentre cerca de 10 fórmulas ensaiadas, as que nos pareceram mais sensíveis foram :

- 1) Sulfato de amônio 40,0 g
Ácido sulfosalicílico 5,0 g
Solução acetato-tânica a 10% 10,0 g
Água distilada q.s. 100 cm.³
- 2) Molibdato de amônio 25,0 g
Ácido sulfosalicílico 15,0 g
Ácido cítrico 85,0 g
Clorofórmio 2 cm.³
Água distilada q.s. 1000 cm.³
- 3) Reação túngstica com reativo de fenol.

Na preparação das duas fórmulas citadas, utilizamos, como medida econômica, o ácido sulfosalicílico preparado no nosso laboratório, segundo o processo seguinte :

- | | | |
|-------------------------|-------|--------|
| Ácido salicílico | | 50,0 g |
| Ácido sulfúrico D. 1,84 | | 16,0 g |

Em tubo de vidro ou recipiente apropriado, efetuamos a ácido sulfúrico, aos poucos, em banho-maria, e depois trancamos a fogo direto entre 100 e 90°, durante 20 minutos, homogenizando constantemente. Após resfriamento, formam cristais, que são perfeitamente solúveis na água e com resultados técnicos semelhantes ao adquirido no comércio.

As reações 1 a 2 foram empregadas com bons resultados, quer pelo processo do anel de contatto, quer pelo de opalescência, pelo albuminímetro de centrífuga e pelo processo ponderal. Ainda no processo de opalescência fizemos determinações quantitativas, usando tubos padrões contendo diluições de sôro de carneiro e de sôro humano. Estes padrões foram feitos representando : 0; 0,010; 0,020; 0,030; 0,040; 0,050; 0,075, 0,100 g. por mil; juntando a cada um 2 c.c. do reativo, com volume total de 12 c.c., agitando-se cada um antes das observações.

Reação pelo ácido túngstico: Consiste em precipitar a proteinas urinárias pelo ácido túngstico, usando como padrão a TIROSINA equivalente, determinada com reativo de fenol.

REATIVOS :

- 1) Tungstato de sódio a 10% .
- 2) Ácido sulfúrico 2/3 N.
- 3) Reativo de fenol.
- 4) Padrão de Tirosina (0,2 mg. p. 1 cm.³).
- 5) Carbonato de sódio a 20% .

TÉCNICA — Em tubo de centrifugação, tomamos de 1 a 5 c.c. de urina filtrada, juntamos água até cerca de 10 cm.³, adicionamos 2 c.c. de Tungstato de sódio a 10%, misturamos; juntamos 2 c.c. do ácido sulfúrico N., misturamos e centrifugamos. Se a urina for alcalina, a camada sobrenadante tornar-se-á leitosa; juntamos, então, algumas gôtas de ácido e centrifugamos. Decantamos cuidadosamente e juntamos ao precipitado 1 c.c. da solução de tungstato de sódio, com o fim de dissolvê-lo totalmente. Diluimos a 10 c.c. com água distilada, juntamos 1 c.c. do ácido sulfúrico, agitamos, centrifugamos e decantamos. Repetimos esta operação afim de retirar as substâncias não proteicas que reagem com o reativo de fenol. Após a última decantação, juntamos 10 c.c. de água; I a II gôtas de carbonato de sódio a 20% .

Se o volume do precipitante fôr de cerca de 0,4 cm.³, passamos tôda a solução para um frasco de 25 cm.³, recolhemos as águas de lavagem.

Se o volume for menor que 0,4 c.c. convém repetir a determinação com maiorq uantidade de urina. No caso do volume do precipitado ser maior que 0,5 c.c. completamos 10 c.c. e usamos quantidade idêntica para determinação.

PADRÃO — Tomamos 1 c.c. da solução de Tirosina, juntamos 8 c.c. de água distilada, o reativo de fenol e 1 a 2 gôtas de carbonato de sódio a 20% .

Comparamos ao colorímetro.

Cálculo :

$$\frac{P \text{ a } 20 \text{ mm.}}{X} \times 0,2 \text{ mg.} \times 20 \times \frac{100}{\text{c.c. de urina empregada}} =$$

= mg. % de proteína urinária.

Usamos o P a 20 mm. (equivalente tirosina) devido a proteína urinária ser composta na sua maioria de albumina.

CROMOPROTÍDIOS NA URINA

A pesquisa do pigmento sanguíneo é de capital importância clínica, devendo o analista precaver-se afim de evitar erros que, às vezes, podem ser lamentáveis.

A presença de cromoprotídeos na urina faz com que a sua coloração seja de grande variação, indo do ligeiramente parda, avermelhada, castanha escura etc., de acordo com a intensidade da hematúria.

Vários autores se têm dedicado ao assunto, chegando à conclusão que frequentemente se encontram hematias na urina de pessoas normais; destacando-se Addis, que encontrou em suas pesquisas a cifra de 65.700 a 425.000 hematias em cerca de 2/3 de indivíduos considerados de bôa saúde.

O nosso colega Bijos em sua conferência sobre Bilirrubinemia teve a feliz oportunidade de focalizar os desdobramentos hemoglobínicos, esclarecendo perfeitamente o assunto.

A pesquisa da hemoglobina na urina pôde ser feita quimicamente ou microscopicamente, ao passo que suas variações são identificadas espetroscopicamente.

Quanto à pesquisa química da hemoglobina, assunto muito conhecido entre nós, aproveitamos a oportunidade para destacar duas reações muito sensíveis.

É de capital importância, antes de efetuarmos a pesquisa química dos pigmentos sanguíneos, separar os protídios, em caso de existência dêstes, afim de evitar possíveis causas de erros.

Para tal separação, simplesmente teremos que precipitar os protídios pelos reativos clássicos, filtrar e, no filtrado, efetuar a identificação química dos pigmentos sanguíneos.

As duas reações que mencionamos acima são :

1) **Ortotolidina** — Empregada no L.P.C. do H.C.E. com grande eficiência, apesar de sua simplicidade em relação as variadas reações conhecidas entre nós, como : a de Kastle Meyer, a de Justin-Muller, a de Thevenon e Roland etc.

REATIVOS :

- 1) Solução de ortotolidina a 1,0% em álcool metílico.
- 2) Ácido acético e peróxido de hidrogênio, constando de: uma parte de ácido acético e 3 partes de água oxigenada a 3% .

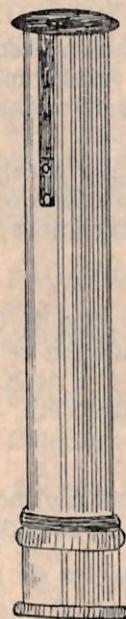
TÉCNICA — Tomamos cerca de 5 cm.³ de urina, juntamos de V a X gôtas da solução de ortotolidina, agitamos,

juntamos V gótas da solução acética. Em caso positivo, aparecerá coloração esverdeada ou azul, cuja intensidade varia com a proporção dos pigmentos sanguíneos na urina.

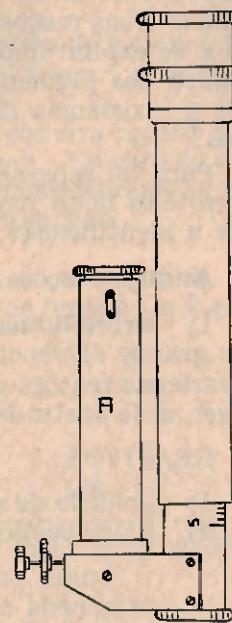
2) **Reação de Larsen** — (de grande sensibilidade) — Esta reação não é mais do que a reação de benzidina, sensibilizada pelo peróxido de bário (BaO_2), cuja mistura tomou o nome de **pó de Gregersen**. Este pó se compõe da mistura de 25 mg. de benzidina com 20 grs. d peróxido de bário. Para preparar o reativo, juntar o pó a 5 cm.³ de ácido acético a 50%.

TÉCNICA — Após filtração de alguns cm.³ de urina, tomar o filtro e estender sobre outro papel, esperar alguns minutos até que êle perca o brilho da umidade e deixar cair V a VI gótas do reativo.

Em caso positivo, dentro de 1 a 2 segundos, aparecerá coloração azul (++) que, segundo o autor, corresponde a 50.000.000 de hematias; se a reação se processar após 40 ou 30 segundos, indicará uma quantidade muito menos de hematias (+).



Espectroscópio de bolso



Espectroscópio de visão direta com escala graduada A.

ESPECTROSCOPIA DO SANGUE NA URINA

Isaac Newton, em 1672, observou que a luz solar era constituída pela fusão das cores do ARCO-IRIS. Em 1874, Joseph Fraunhofer, astrônomo de destaque nessa época, realizou sensacionais experiências com a luz solar, fazendo incidir um feixe luminoso sobre um prisma de vidro. Ao colocar um pequeno telescópio atrás do prisma, observou que entre as cores do arco-iris existiam bandas escuras de larguras variadas e de brilhos diferentes, contando mais de 576 bandas. Mais tarde, dois físicos alemães, professores da Universidade de Heidelberg, Roberto Bunsen e Gustavo Kirohoff, demonstraram que, ao ser examinada uma luz incandescente irradiada, em um pequeno aparêlho constituído por um prisma e um pequeno telescópio (espetroscópio), se observava uma série de feixes indo do vermelho ao violeta, cujos limites receberam o nome de LINHAS DE FRAUNHOFER. Esses dois cientistas ainda tiveram a oportunidade de verificar que cada elemento produzia combinações de bandas, ao observarem no espetroscópio a sua luz irradiada.

Nas linhas verticais de Fraunhofer os comprimentos das ondas são indicados em unidade Angstrom "A", ou seja 10^{-10} , que corresponde ao décimo milionésimo de milímetro, ou décimo milésimo de micron, ($0,000,000,000,1$).

O espetro é composto de distintas raias luminosas, com as seguintes cores: vermelho, alaranjado, amarelo, verde, azul, índigo e violeta.

Estas faixas são classificadas com as seguintes letras: A, a, B, C, D, E, b, F, G e H. A raias "A" é localizada no limite de visibilidade do vermelho. As raias "B" e "C" correspondem ao alaranjado com limite no vermelho e amarelo; a "D" com limite no vermelho e amarelo; a "E" sobre o verde; a "F" sobre o azul; a "G" no índigo e a "H" no violeta.

Esta modalidade de exame, apesar de não apresentar grande sensibilidade, pode ser empregada com vantagem para identificar as diversas variantes da hemoglobina na urina, tais como: meta, oxi, sulfa-hemoglobina e ainda hematoporfirina e urobilina.

Geralmente efetuamos êste exame quando a urina contém determinado número de hematias capaz de corar o líquido, podendo então observar a faixa de absorção correspondente aos derivados da hemoglobina.

As faixas de absorção da hemoglobina são geralmente sensíveis na proporção de 1 cm.³ de sangue para 1.000 de urina.

na. O exame espetroscópico apresenta a vantagem de se poder distinguir o sangue das outras matérias corantes vermelhas, destacando-se o reconhecimento da hemoglobina.

O aparelho empregado é o espetroscópio portátil, de bolso, de divisão direta, capaz de preencher, a contento, a maioria das provas clínicas. Este instrumento, muito simples, consta de: uma ocular que é ajustada em um dos extremos, de uma ranhura móvel na outra extremidade, para melhorar a observação espetroscópica e um diafragma.

FOCALIZAÇÃO — Para focalizar o aparêlho, basta que se observe um foco luminoso, feixe natural (raios solares), ou artificial (eletricidade), movimentando-se a ocular e graduando-se a ranhura do diafragma com a abertura até que se observe nitidamente as cores do espetro.

Considera-se **focalização correta** quando as linhas verticais de Fraunhofer estão nitidamente definidas.

Para efetuarmos um exame, tomamos a solução em um tubo de ensaio largo ou recipiente adequado e colocamos em frente da abertura do aparêlho. Podemos fazer a observação para frente ou para cima, de acordo com a melhor posição do feixe luminoso escolhido. Para isso, manejamos o aparêlho de maneira que a luz atravessasse o líquido em exame, registrando-se a localização das faixas de absorção, relacionando-as com as cores do espetro e com as linhas de Fraunhofer.

DETERMINAÇÃO ESPETROSCÓPICA DOS DERIVADOS DA HEMOGLOBINA DA URINA

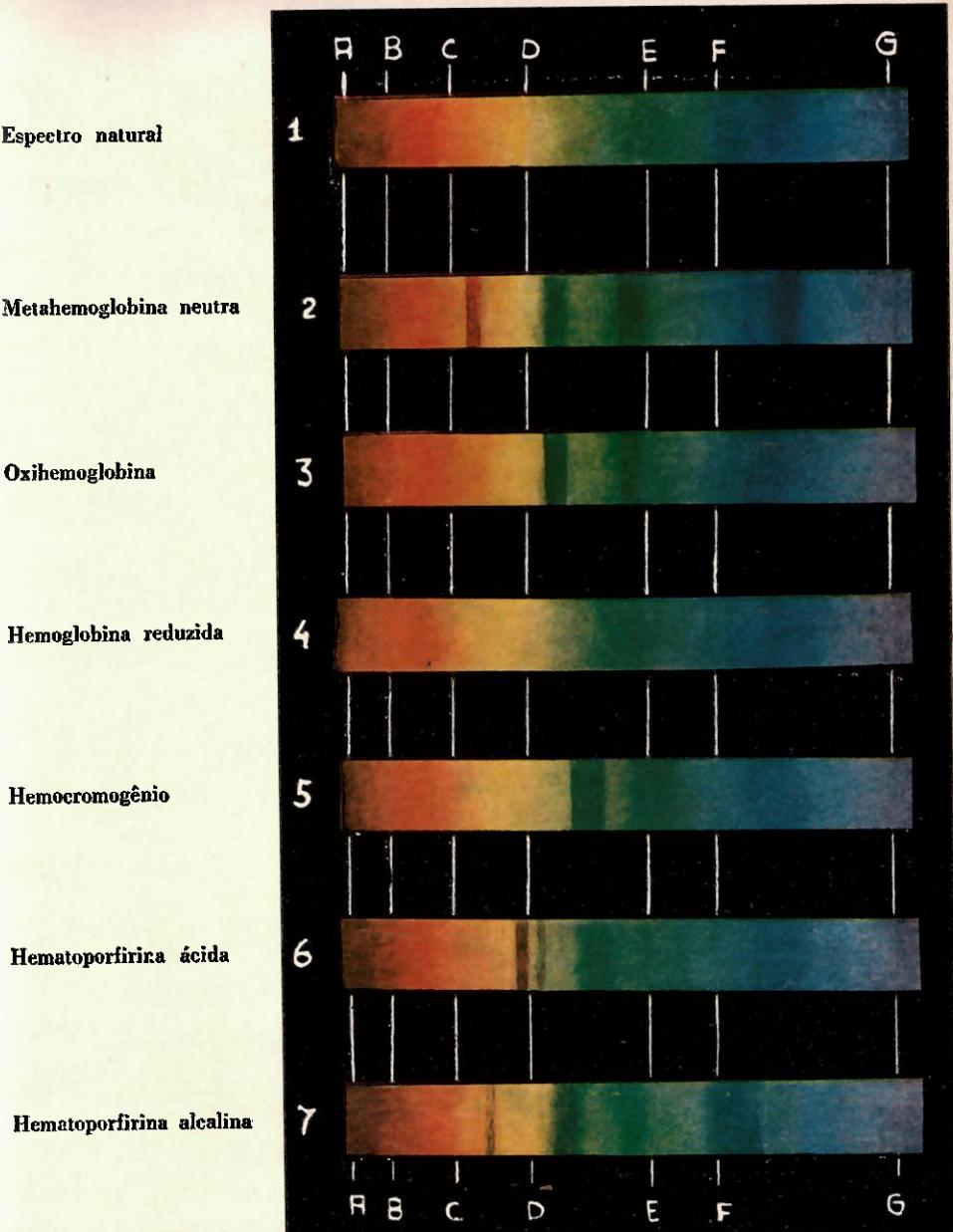
Examinamos a urina comum e, então, anotamos o efeito sobre a colocação do espetro após a adição do HCl e de NaOH, respectivamente.

O exame deve ser feito antes e depois de cada adição. Muitas vezes se torna conveniente a preparação de um extrato de alcool amílico, agitando-se 10cm.³ de urina com 3cm.³ de alcool amílico, centrifugando-se e separando-se o extrato por decantação. Podemos, também, preparar um extrato amílico da urina tratada com ácido ou com o álcali.

Na urina, o sangue poderá existir sob forma de: oxi, meta e raramente sulfa-hemoglobina; apresentando cada um espetro de absorção característica.

OXIHEMOGLOBINA — As soluções diluídas de oxi-hemoglobina apresentam duas faixas de absorção bem acentua-

ESPECTRO DO SANGUE NA URINA



das entre as linhas "D" e "E" de Fraunhofer, entre o amarelo e o verde, a 1.^a da esquerda, mais nítida, se localiza de 589 a 587, e a 2.^a, a da direita, fica entre 556 e 536. O centro da faixa mais próxima de "D" se apresenta escuro e nítido no limite.

As vezes, aparece como na faixa "A", enquanto que a faixa mais próxima a "F" se torna mais longa e de limites menos nítidos.

As duas faixas se fundem numa só quando o sangue da urina é observado em solução, podendo, ainda, o espetro total ser absorvido com exceção do extremo vermelho.

Se um redutor, como o Reativo de Stokes, a solução de sulfito de sódio cristalizado, ou sulfato de amônio, for adicionado à solução de **Oxi-hemoglobina**, as duas faixas desaparecem, sendo o seu lugar tomado por uma faixa mais intensa no verde, entre as linhas de Fraunhofer "D" e "A" entre 585 e 547, e hematina alcalina entre 565 e 554.

O Reativo de Stokes se compõe de :

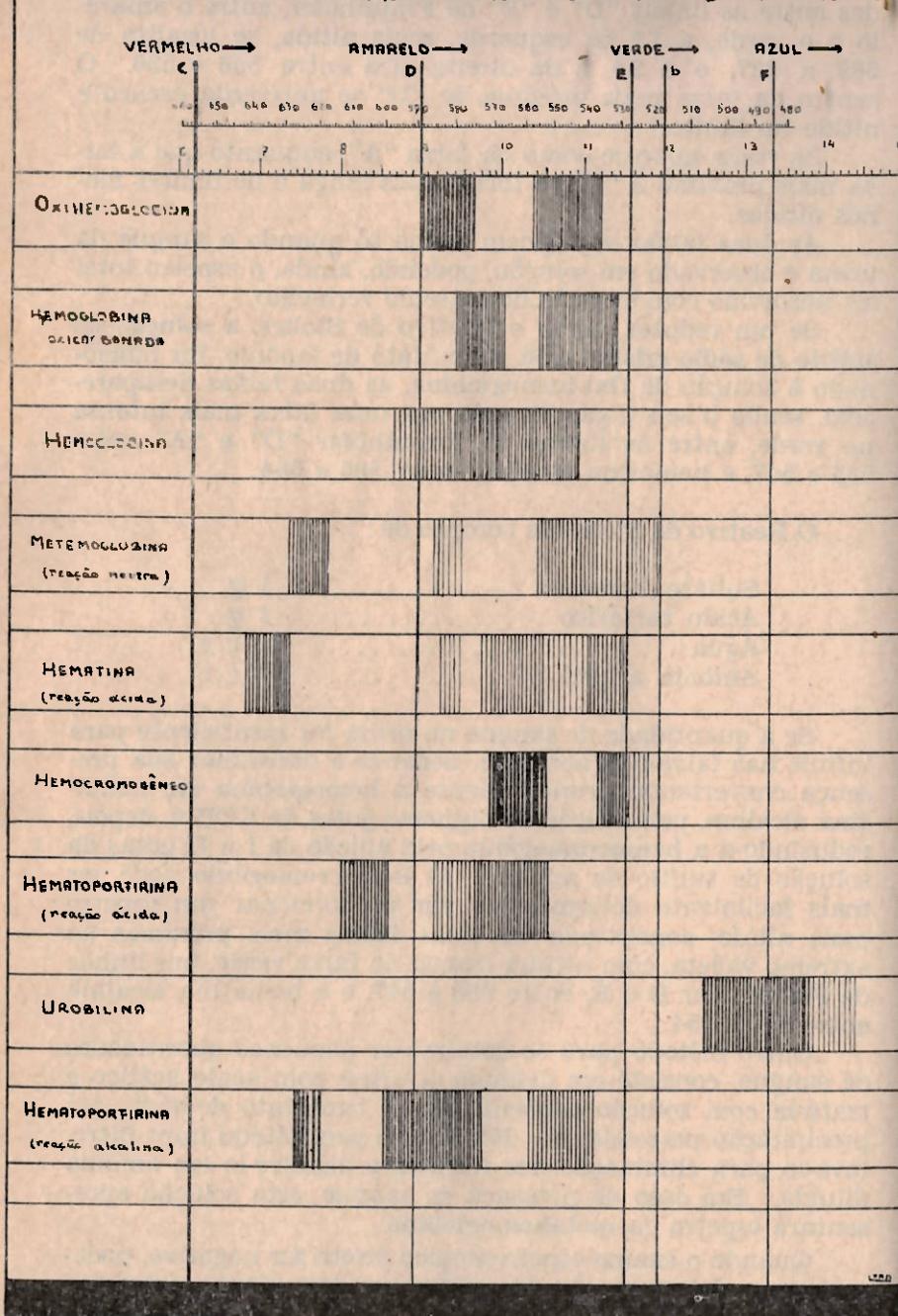
Sulfato ferroso	1 g.
Ácido tartarico	1 g.
Água	10 c.c.
Amônia a 10%	6 c.c.

Se a quantidade de sangue na urina for insuficiente para influir nas faixas de absorção, poder-se-á determinar sua presença convertendo primeiramente a **hemoglobina** em **hematina alcalina**, pela adição de algumas gotas de KOH e, depois, reduzindo-a a **hemocromogênio** pela adição de I a II gotas da solução de sulfito de amônio. O **hemocromogênio** pode ser mais facilmente determinado, por proporcionar um espetro mais nítido, consistindo em duas faixas mais próximas ao extremo violeta, com nitidez franca na faixa verde, nas linhas de Fraunhofer D e E, entre 565 e 547, e a hematina alcalina entre 565 e 554.

Outro método para se determinar pequenas quantidades de sangue, consiste em acidular a urina com ácido acético e tratá-la com solução concentrada de tungstato de sódio até precipitação permanente. Recolher o precipitado num filtro, lavá-lo para eliminação dos fosfatos e dissolvê-lo em amônia diluída. Em caso de presença de sangue, esta solução apresentará espetro da **metahemoglobina**.

Quando o exame espetroscópico direto for negativo, pode-se fazer a determinação do sangue por esse último processo.

ESPECTRO DE HEMOGLOBINA E SEUS DERIVADOS



METAHEMOGLOBINA — É resultado da adição de agentes oxidantes, como o ferrocianeto, o permanganato e o nitrato ao sangue.

É uma substância de cor marron-chocolate, dando uma faixa de absorção nítida entre as linhas C e D e duas faixas mais descoradas em D. e E, a mais nítida, entre 630 e 624, e as duas mais descoradas, em 588-579 e 556-542.

Tratando-se por agente redutores, como o hidrosulfito de sódio, o reativo de Stockes ou sulfato de amônio, a metahemoglobina é convertida em hemoglobina reduzida, podendo voltando ao seu estado primitivo (oxi-hemoglobina) pela agitação em contato com o ar.

A metahemoglobina não existe normalmente no corpo humano, sua presença provém de envenenamentos profissionais, como com o alcatrão mineral, ou doses excessivas de determinados medicamentos, como: acetanilide, antipirina, fenantrina, sulfamidas, nitratos, cloreto de potassio, sufonal etc.; ainda em casos de infecções severas, como na febre biliar hemoglobinúrica e após transfusões sanguíneas incompatíveis. Em certos casos de envenenamentos químicos a metahemoglobina resultante torna intracorpúscular o pigmento anormal, tornando-se ausente no plasma e fazendo com que a urina permaneça sem coloração característica. A metahemoglobinemia resulta de casos infectuosos pelo "B. Nelchu", da febre metahemoglobiliosa e em transfusões sanguíneas incompatíveis, produzindo a METAHEMOGLOBINÚRIA.

Qualquer urina ácida poderá apresentar faixas de absorção da metahemoglobina, após repouso de algumas horas. Deve-se tomar as devidas precauções afim de evitar a transformação da oxi em metahemoglobina fóra do organismo, para que se possa distinguir a verdadeira Metahemoglobinemia.

Para distinguirmos as faixas de absorção características, tomamos cerca de 10 c.c. de urina e examinamos espetroscopicamente. As faixas de absorção não se apresentam com tanta nitidez como as da oxihemoglobina, devendo-se fazer a observação cuidadosamente. O ponto mais característico é a faixa no vermelho, próximo a linha C. Após a adição do reativo de Stockes, o espetro da metahemoglobina é substituído pelo da oxihemoglobina e depois pela hemoglobina reduzida. O meio mais preciso para distinguir consiste em alcalinizar a urina original pela amônia concentrada, resultando a metahemoglobina alcalina, que possui duas faixas no verde e menos distintas no alaranjado.

SULFAHEMOGLOBINA — Muito raramente encontrada na urina, a sulfahemoglobina é, às vezes, resultado de doses excessivas de medicamentos, como as sulfamidas, o piridium, a fenacetina, derivados do alcatrão mineral etc., proveniente da absorção do enxofre do intestino, motivando, consequentemente, a **sulfahemoglobinúria**. O pigmento anormal é intracorpúscular, sendo eliminado pela urina em condições excepcionais.

A sulfahemoglobina proporciona um espetro de absorção idêntico ao da metahemoglobina, na faixa 512 - 482, exigindo para diferenciação dos dois pigmentos o Espetroscópio de reversão, ou as seguintes transofrmações:

- a) Com o R. de Stockes, a faixa vermelha desaparece no caso da metahemoglobina; não sofrendo alterações com a sulfahemoglobina;
- b) Com algumas gotas de amônia concentrada, a metahemoglobina, como já vimos anteriormente, se transforma em metahemoglobina alcalina, com duas faixas de absorção pouco definidas no verde, não havendo alterações com a sulfahemoglobina;
- c) Pela adição de cianeto de potassio a 1%, a metahemoglobina se transforma em **cianohemoglobina** dentro de poucos minutos, cujo espetro é idêntico ao da hemoglobina reduzida; no caso da sulfahemoglobina, esta transformação só se processa após 24 horas.

HEMATINA — É encontrada nas urinas de intoxicados por compostos arsenicais. A hematina ácida, apresenta a faixa de absorção entre C e D, 642-634; e a hematina alcalina entre D e E, 565-554, que tratada com sulfidrato de amônio, se reduz, dando o espetro do hemocromogênio, na faixa D e E, 573-553 e 538-527.

UROBILINA — É identificada espetroscopicamente por uma faixa de absorção característica entre o verde e o azul, 512-480. Acidificamos a urina com ácido clorídrico e examinamos diretamente ao espetroscópio; em caso de ser positivo, não há necessidade de outros ensaios, tal a sua precisão.

PORFIRINA — Derivado da hemoglobina e um seu produto intermediário de conversão do pigmento sanguíneo e do pigmento biliar, sua molécula não contém ferro. Examina-

mos, primeiramente, a **porfirina alcalina**, que possui 4 faixas de absorção muito semelhantes às da metahemoglobina, a primeira, mais nítida, entre C e D, 628; a segunda, entre D e E 580; a terceira, menos nítida em 536; e, finalmente, a quarta em E-F, 510.

Para sua pesquisa seguimos a seguinte marcha:

- 1) acidificamos fortemente a urina com ácido clorídrico concentrado e examinamos, sendo a solução ácida resultante, de côn vermelho-vivo, com opalescência azulada. O espetro da **porfirina ácida** consta de duas faixas na junção alaranjada com o verde, situadas em 608-594 e 584-548.
- 2) colocamos 5 c.c. de urina em tubo de centrifugação, juntamos algumas gotas de ácido acético glacial e 3 c.c. de alcool amílico, misturamos, agitamos bem e centrifugamos. Separamos o extrato de alcool amílico e examinamos. Neste caso as faixas de absorção da **porfirina ácida** são mais facilmente distinguidas que as da **porfirina alcalina**.
- 3) para verificação da porfirina na urina normal, o pigmento pode ser precipitado em um sedimento de fosfato. Em 1000 c.c. de urina, juntamos 200 c.c. de hidróxido de sódio a 10% e extraímos a porfirina do precipitado com auxílio de pequena quantidade de alcool acidificado pelo ácido clorídrico.
- 4) quando a urina contém excesso de porfirina, caracteriza-se por uma fluorescência rósea ao ser examinada nos raios ultra-violeta filtrados.

BIBLIOGRAFIA

Chimie Physiologique — Allyre Chasseavant.

Diagnostic Clinique — Dr. C. Jakob.

Clinical Interpretation of Aids to Diagnosis — Spence, J. C

Urine Examination Interpretation — C. E. Dukes.

Técnica de Laboratório — Kolmer e Boerner.

Manual of Clinical Chemistry — Reiner.

Modern Astrophysics — Lingle, Herbert.

General Astronomy — J. Spencer.

Journ. Biol. Chem. — Brigge, A. P. 1922.

Lab. and Clin. Méd. — Kingsbury, F. B.

Analisis Fis. Quim. y Microc. de la Orina humana — Dr. Rogelio Trelles.

Journ. Amer. Med. Ass. — 1934, Stones W. J. Dr. Burce G. T.

Bioquímica do Sangue — G. Vilela.

Bioquímica dos globulos rojos — Dr. Leonidas Corona.

Eduardo J. Miguel e Avelina Rovira Miret — Ph. 10, 17, 1938. C. A. 8656 — 4, 33.

Farmácia

CONSIDERAÇÕES EM TÓRNO DA EMETINOTERAPIA

OLYNTHO LUNA FREIRE DO
PILLAR

Capitão farmacêutico, chefe dos Laboratórios do Serviço Farmacêutico do H.C.E., membro das Academias Brasileira de Medicina Militar e Nacional de Farmácia.

Qualquer estabelecimento farmacotécnico há-de obedecer ao justo critério da verificação da eficiência terapêutica da matéria prima e sua constância depois de manufaturada, se quiser cingir perfeitas normas científicas.

O projeto da Criação do Laboratório Nacional de Controle de medicamentos por nós apresentados (1) já cuidava, detalhadamente, d'este assunto, que, por palpitar sempre, lamentamos não resolvido ainda.

Infelizmente não há, em nosso país, uma sistematização técnica para apurar a eficiência da ação curativa de certas especialidades farmacêuticas lançadas ao mercado sob a responsabilidade de nomes acatados e aureolados por propaganda retumbante, sem, entretanto, a fiscalização, consciente dos órgãos responsáveis, por obsoletos.

E' bem de ver que o problema apresenta, em sua complexidade, vários aspectos, dos quais o preço e a eficiência são de monta.

Os produtos originais, oriundos de aturadas observações experimentais, pelo seu elevado valor cederam lugar aos de menor preço, semelhantes, segundo a bula...

Raros os que lograram suportar a concorrência.

Livres no mercado, não foi difícil àqueles a vertiginosa ascenção comercial...

O caso, ora entregue ao zélo do Governo, aguarda solução benéfica para a economia popular.

As matérias primas carecem de investigação científica, que deveria ser exercida por Institutos especializados mantidos pelo Governo ou organizados pela indústria associada.

No terreno de matérias primas básicas nada ou quase nada produzimos, e as que fabricamos estão longe de o ser a preço industrial. Disto decorre a possibilidade de fraudes de aquisição e de fábrico.

Essa é a mais comum, por falta de técnicos perfeitos, bem remunerados, dedicados ao exercício da sua profissão. Aqui incluimos, ainda, a ausência de instalações técnicas auxiliares.

E', pois, imprescindível a existência de laboratórios de controle físico, químico e biológico nas fábricas, como inadiável um Laboratório-Modêlo, mantido pelo Governo Federal, com o escopo precípua de permitir o licenciamento e fiscalizar a produção do que for entregue ao consumo do povo.

Essas considerações preambulam o que desejamos abordar a cerca de velho problema de terapêutica — a emetinoterapia.

A Farmacopéia brasileira, monumental obra de Rodolfo Albino, 2.º tenente do nosso quadro, consigna em seu texto o seguinte :

- a) a descrição da droga, que deve conter 2% de alcalóides;
- b) Extrato fluido de ipeca com 1,8 a 2,2% de emetina;
- c) Pó de ipeca com o mesmo teor de alcalóides;
- d) Tintura de ipeca, com 0,18 a 0,22% de alcalóides;
- e) Xarope de ipeca, feito com 7% de extrato fluido, isto é, contendo 0,126 a 0,154% de emetina;
- f) Xarope de ipeca composto ou Xarope de Desessartz, feito a 4% de tintura de ipeca, contendo, portanto, 0,0072 a 0,0088 de emetina %.
- g) Pó de Dover contendo 10% de pó de ipeca e, portanto, 0,18 a 0,22 g % de emetina associada ao pó de ópio e lactose.
- h) Pílulas de aloina compostas com 0,50 g % de pó de ipeca.

Conforme vimos, na ipeca encontramos, ao lado da emetina, outros alcalóides, dentre os quais a cefelina e a psicotrina.

Este possue constituição química vizinha da emetina. Reduzido pelo sódio e alcool amílico nos conduz à cefelina, alcalóide que encerra três grupos metoxi e uma hidroxila fenólica; metilando-se este alcalóide obtemos a emetina.

A emetina, segundo a fórmula estrutural de Staub, possue dois nitrogênios, um terciário e outro secundário.

Produto resultante da extração das raízes da ipeca pelos métodos clássicos requer um controle químico, físico e biológico muito rigoroso para administração. Da mesma maneira que a emetina e seus sais, também as preparações de ipeca demandam cuidados analíticos especiais.

Por estes motivos, recebemos com particular agrado as reclamações feitas contra preparações a base de emetina do nosso serviço e passámos, então, a revê-las. Na verdade, a emetina, produto nacional, extraído por diversos laboratórios

em nosso país, tem as características analíticas de excelente matéria prima. E, após verificações efetuadas, podemos apresentar hoje as seguintes fórmulas farmacêuticas, capazes de substituir a droga e suas preparações dentro das doses correspondentes e com a grande possibilidade de um teor certo e seguro de alcalóide.

Soluto de cloridrato de emetina a 2%

Cloridrato de emetina	2,0 g
Água distilada	100 cm ³
Clorbutanol	0,05 g

1 cm³ dêste soluto substitue :

1 cm ³ de extrato fluido de ipeca
10 cm ³ de tintura de ipeca.

Pó de cloridrato de emetina :

Cloridrato de emetina.....	2,0 g
Lactose	100,0 g

1,0 deste pó substitue :

1,0 g de pó de ipeca.

O nosso serviço e o serviço clínico devem ter em conta os ensinamentos de Tsikalas (2), para que os resultados obtidos sejam encarados como padrão.

Os fatores dose e tempo são diferentes nos tratamentos das amebíases e das schistosomíases.

Assim, contra as amebas a dose diária deve estar compreendida no seguinte esquema :

por dia e por quilo	0,0014 g (2 empôlas de 0,04 g)
total de cura	0,0140 g (20 empôlas de 0,04 g),

por via muscular

e

0,001 g ou 3 empôlas de 0,02 g
0,01 g ou 30 empôlas de 0,06 g

por via venosa.

Contra as schistosomíases :

as doses anteriores acrescidas de 1/3.

O tempo está fixado num mínimo de 10 dias e um máximo, de 14 dias, pelo que aquelas doses diárias poderão ser acrescidas quatro vezes na requisição por doente. A dose, pode, segundo observação clínica, ser maciça e, neste caso, associar-se ao tratamento cardiazol e vitamina C, esta em dose nunca inferior a 0,50 g. Outros medicamentos de consolidação orgânica são: estricnina, cânfaro suprarrenal e cloridrato de bário (este na dose de 0,10 g em cápsulas e 3 vezes ao dia). A dose da emetina não deve ser calculada pela idade e sim pelo peso.

Todo cuidado com o aparelho circulatório é pouco, dai apresentarmos a seguinte fórmula :

Cloridrato de emetina	0,04 g
Cardiazol	0,1 g
Soluto isotônico de glicose	5cm ³

Em empôlas amarelas de 5 cm³, pH 6 a 8. Sua aplicação venosa deverá ser lenta, isto é, dentro de 5 a 10 minutos.

A associação da glicose ao cardiazol evita a contraindicação nas aplicações de emetina dos produtos a base de digital, estrofântus e seus alcalóides. Todos estes cuidados, a ser com a escolha do produto químicamente puro, são indícios de êxito da emetinoterapia nas amebíases e schistosomíases.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Criação do Laboratório Nacional de Controlo de Medicamentos. Tese da Delegação Militar ao III Congresso Brasileiro de Farmácia.

- 2) Tsykalas — Posologie de l'emetine, em general, e particularmente la quantité optima pour steriliser um organisme parasitisé" Act. Cong. Int. Med. e Hyg. Trop. Cairo — 1928.

Estatística

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Movimento geral de entradas e saídas de doentes durante o ano de 1943

QUADRO N. 2

Mapa geral do movimento de doentes, por grupos nosológicos, em 1943

Número do grupo	Existiam	Entrados	Curados	Transferidos	Incapazes	Mortos	Por outras causas			Ficaram existindo	Obs.
							Por outras causas	Ficaram existindo	Obs.		
Grupo I	236	4393	3607	257	63	60	309	333			
Grupo II	4	24	8	—	1	7	9	3			
Grupo III	2	127	24	15	50	4	30	6			
Grupo IV	30	462	239	10	22	20	166	45			
Grupo V	65	1016	763	10	12	10	210	76			
Grupo VI	26	355	174	41	37	4	101	24			
Grupo VII	12	514	351	—	10	—	136	29			
Grupo VIII	15	249	122	1	13	1	114	13			
Grupo IX	6	158	82	—	24	—	46	12			
Grupo X	39	530	471	—	14	—	42	42			
Grupo XI	26	278	218	6	6	6	49	25			
Grupo XII	28	457	29	3	223	12	188	30			
Grupo XIII	5	201	150	1	14	1	32	8			
Grupo XIV	2	48	4	—	26	6	17	3			
Grupo XV	57	1076	918	3	40	9	83	83			
Grupo XVI	2	55	43	—	1	—	371	4			
Grupo XVII	123	555	—	—	1	—	306	—			
Secção de Ginecologia e Obstetricia	—	2	—	—	—	—	1	—			
Soma	678	10531	7230	331	556	—	133	1916	1043		

Números proporcionais

Por 100 doentes hospitalizados

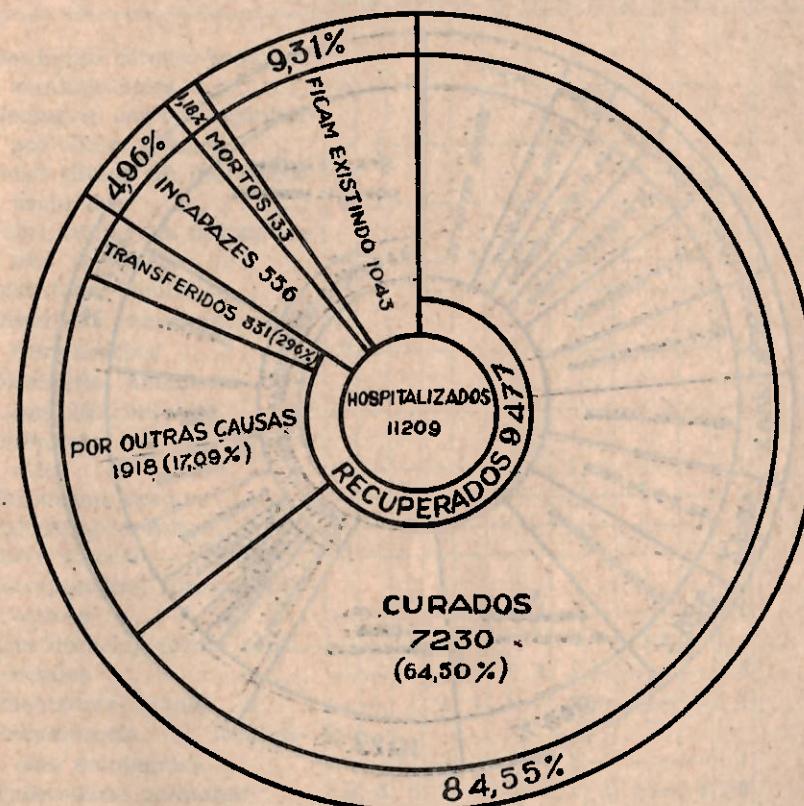
Grupos da N.N.G.E.	Curados	Transferidos	Incapazes	Mortos	Por outras causas		Ficaram existindo	Soma
					Curados	Transferidos	Incapazes	
Grupo I	Doenças infect., toxo-infectuosas e parasitárias	32,18	2,29	0,56	0,53	2,76	2,97	41,29
Grupo II	Tumores	0,07	—	0,01	0,06	0,08	0,03	0,25
Grupo III	Perturbações do desenvolvimento geral; distrofias, perturbações das trocas nutritivas, doenças de carência	0,22	0,13	0,45	0,04	0,27	0,05	1,16
Grupo IV	Doenças e afecções do aparelho circulatório, do sangue, dos órg. hematopoiéticos e do sistema linfático ..	2,13	—	0,20	0,17	1,48	0,40	4,38
Grupo V	Doenças e afecções do aparelho digestivo, suas glândulas anexas e do peritônio ..	6,80	0,09	0,10	0,09	1,87	0,68	9,63
Grupo VI	Doenças e afecções dos órgãos respiratórios e do mediastino	1,56	0,36	0,33	0,04	0,90	0,21	3,40
Grupo VII	Doenças e afecções do rino faringe ..	3,13	—	0,09	—	1,21	0,26	4,69
Grupo VIII	Doenças dos olhos	1,09	0,01	0,12	0,01	1,03	0,12	2,38
Grupo IX	Doenças dos ouvidos	0,73	—	0,21	—	0,41	0,10	1,45
Grupo X	Doenças da pele e de seus anexos (glândulas e pêlos) e do tecido celular sub-cutâneo	4,20	—	0,13	—	0,37	0,37	5,07

(Continua)

(Continuação do quadro número 3)

Grupos da N.N.G.E.		Por 100 doentes hospitalizados						
Grupo		Curados	Trans- feridos	Incapa- zes	Mortos	Por ou- tras causas	Ficaram existe- ndo	Soma
Grupo XI	Doenças do aparelho gênito-urinário	1,95	—	0,05	0,05	0,44	0,22	2,71
Grupo XII	Doenças do sistema nervoso	0,26	0,03	1,99	0,11	1,68	0,27	4,34
Grupo XIII	Doenças do aparelho locomotor	1,34	0,01	0,12	0,01	0,28	0,07	1,83
Grupo XIV	Deforações congénitas ou adquiridas	0,04	—	0,23	—	0,15	0,03	0,45
Grupo XV	Lesões traumáticas	8,19	0,03	0,36	0,05	0,74	0,74	10,11
Grupo XVI	Acidentes diversos, intoxicações e en- venenamentos	0,39	—	0,01	—	0,08	0,04	0,52
Grupo XVII	Doenças especiais	—	—	—	—	0,01	3,30	2,73
Grupo XVIII	Suicídios e homicídios	—	—	—	—	0,01	—	6,04
Sec. Gin. e Obstet.		0,24	—	—	—	0,03	0,01	0,28
S o m a		64,52	2,95	4,96	1,18	17,09	9,30	100,00

QUADRO N. 4

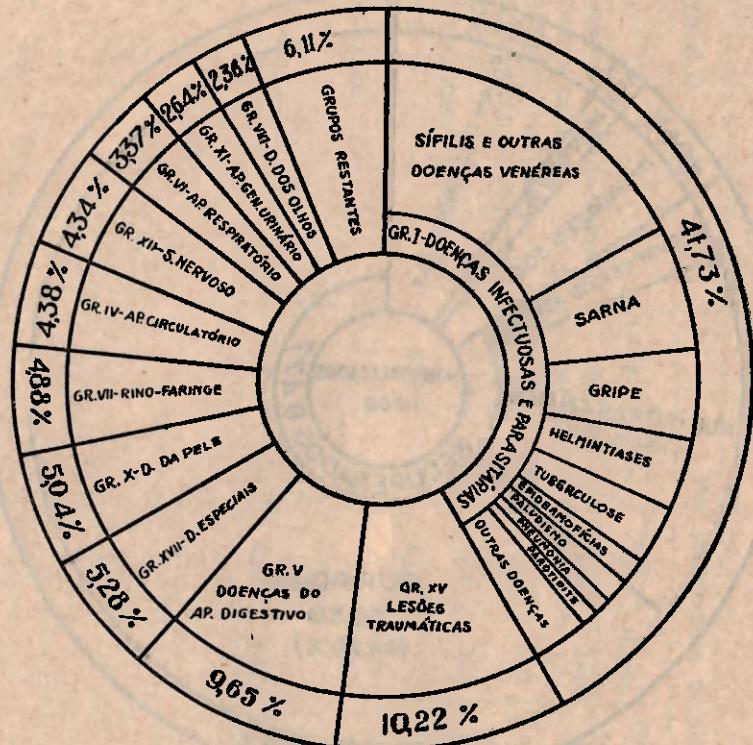
Gráfico do movimento geral do H.C.E. em 1943, com números abso-
lutos e proporcionais a 100 doentes hospitalizados.

QUADRO N. 6

Mapa da mortalidade, por mês e por moléstia, durante o ano de 1943

QUADRO N. 5

Gráfico da morbidade, por grupos nosológicos, segundo a ordem decrescente das baixas ocorridas em 1943, com a discriminação das mais frequentes doenças do Grupo I.



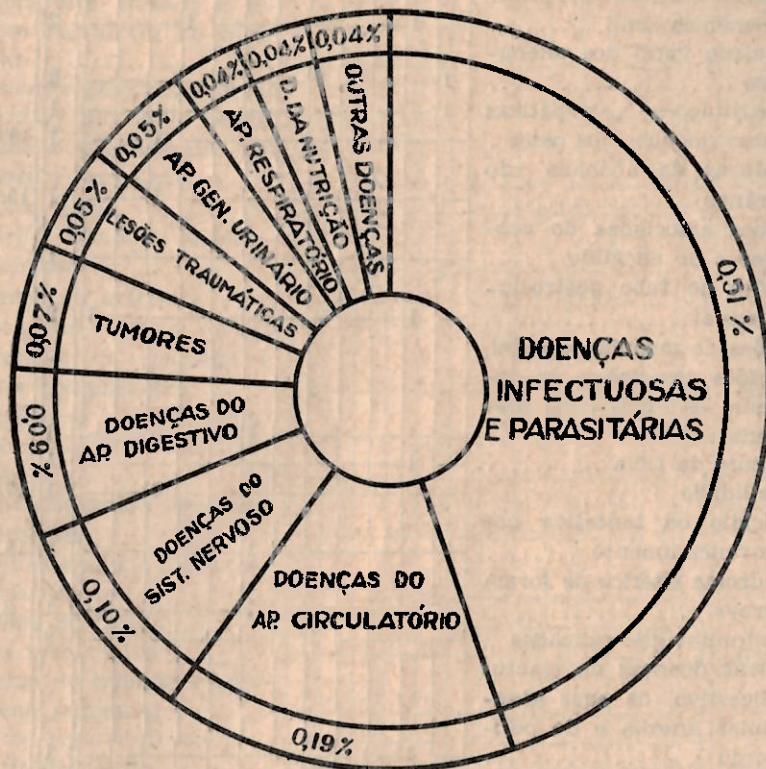
Nome da moléstia	Número de mortos por mês												Obs.
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Meningite cérebro-espinal meningocócica		1											1 1.º Gr.
Meningite cérebro-espinal por outros germes		1											"
Febre tifóide em indivíduos vacinados	2	1											3 "
Febre tifóide em indivíduos não vacinados			1										1 "
Disenteria bacilar		1											1 "
Disenteria amebiana sem complicações			2										2 "
Disenteria amebiana com complicações											1	1	"
Disenteria por outros germes										1			1 "
Paludismo agudo			1										1 "
Paludismo crônico			1	1									2 "
Estreptococia — erisipela	1												1 "
Estreptococia, forma septêmica						1	1						2 "
Estafilococia, forma septêmica						1	1	1	1				3 "
Pneumonia aguda		1	1	1	1		1					2	7 "
Pneumococia de localizações meningéias								1					1 "
Tuberculose pulmonar	5	4	6	2	1	2	2	1	1	4	28		"
Tuberculose peritoneal			1										1 "
Tuberculose meningéia ...			1										1 "
Neuro-sífilis (intersticial ou parenquimatosa)	1									1		2	"
Tumores malignos	3				1	1	1		1		7	2.º Gr.	

Nome da moléstia	Número de mortos por mês											Obs.	
	Janeiro	Fevereiro	Marco	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Diabete glicosúrica					1								1 3.º Gr.
Béri-béri									3				3 3.º Gr.
Perturbações funcionais do coração						1							1 4.º Gr.
Endocardite crônica e lesões valvulares do coração			1										
Doenças e afecções do miocárdio, inclusive debilidade e insuficiência cardíaca e complicações	2	1	1		1	3	1			1	10		"
Aortite aguda							1				1		"
Arterite crônica (artério-esclerose)				2									
Aneurismas arteriais						1	1	1			3		"
Úlceras do esôfago, do estômago, do duodeno e suas complicações	1								1				2 5.º Gr.
Diarréias e enterites agudas, inclusive coleriformes			1										
Apendicite aguda sem complicações									1		1		"
Apendicite aguda com complicações				1							1		"
Cirroses do fígado					1						1		"
Broncopneumonia						1					1		6.º Gr.
Abcesso do pulmão e gangrena pulmonar							1						
Pleuris sero-fibrinoso	1										1		"
Pleuris purulento								1			1		8.º Gr.
Glaucoma			1								1		"
Nefrite aguda				1				1			2		11.º Gr.
Nefrite crônica							2				2		"
Nefrite mixta								1			1		"
Outras doenças do aparelho genito-urinário									1	1			"

Nome da moléstia	Número de mortos por mês											Obs.	
	Janeiro	Fevereiro	Marco	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Congestão cerebral, Hemorragia cerebral, meninégia ou meningo cerebral e acidentes consecutivos													
Artério-esclerose cerebral.							1	3	1			1	6 12.º Gr.
Demência senil										1		2	"
Paralisia geral dos alienados								1		1		3	"
Constituições psicopáticas												1	"
Outras doenças dos ossos											1	1 13.º Gr.	
Fraturas da abóbada (do crâneo)											1	1 15.º Gr.	
Lesões associadas do crâneo e do encéfalo									1			1	"
Lesões do tubo gastro-intestinal										1		1 2	"
Lesões da medula espinhal, lesões associadas da coluna vertebral e da medula espinhal										1		1	"
Fratura da tibia							1					1	"
Senilidade											1	1 17.º Gr.	
Suicídio ou tentativa por envenenamento										1		1 18.º Gr.	
Síndrome icterico de forma grave										1		1 5.º Gr.	
Peritonites generalizadas								1	1			2	"
Outras doenças do tractus digestivo, de suas glândulas anexas e do peritonio										1		1	"
Soma	21	13	15	7	13	10	15	9	5	10	4	11	133

QUADRO N. 7

Gráfico da mortalidade por grupos nosológicos, sendo a percentagem por doentes hospitalizados = 1,13%



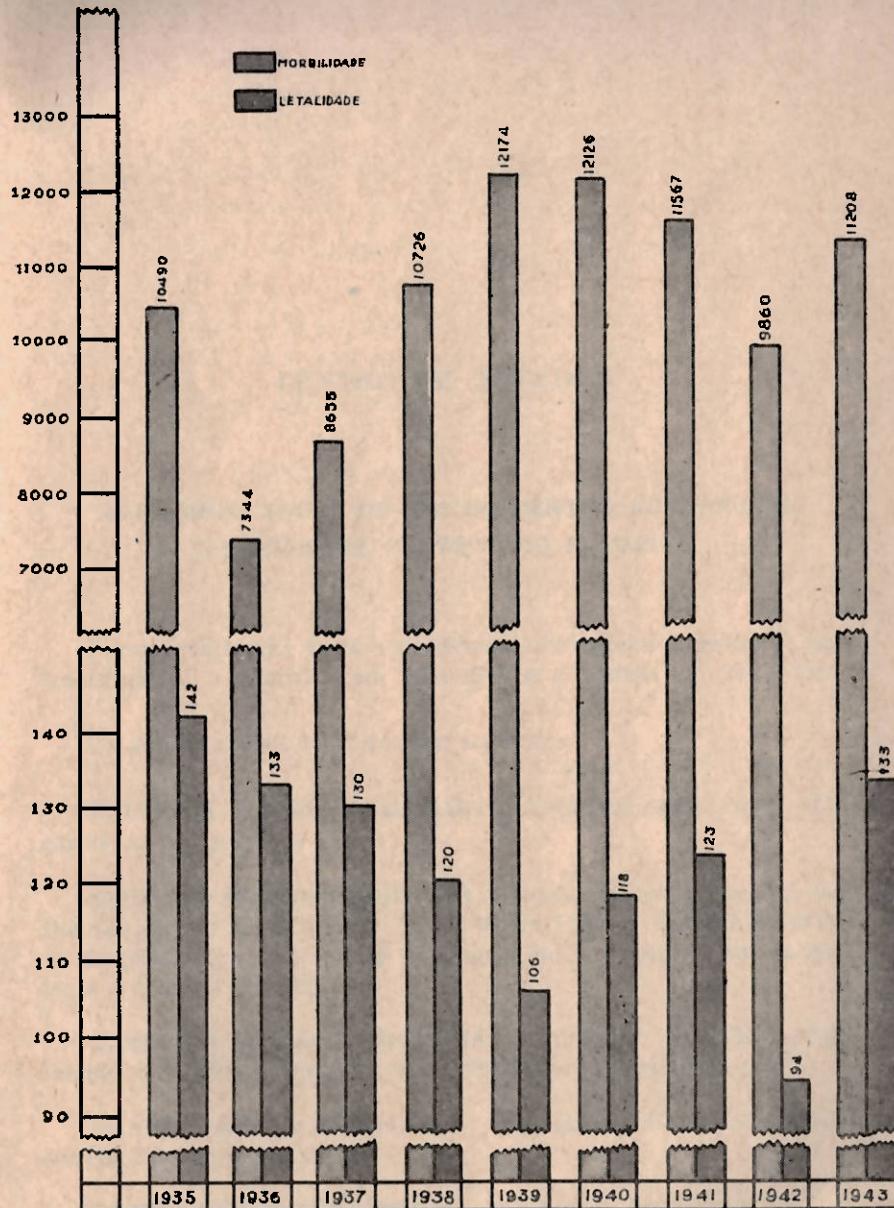
QUADRO N. 8

Mapa comparativo dos doentes entrados em 1939, 1940, 1941, 1942 e 1943

ANO	Total Entrados	Séc. Gimec. e Obst.																	
		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
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

QUADRO N. 10

Gráfico da morbilidade e letalidade nos anos de 1935 a 1943



QUADRO N. 9

Coeficientes de morbilidade e letalidade, por 1.000 homens do efetivo da 1.ª R. M., em 1939, 1940, 1941, 1942 e 1943

A N O	Número de hospitalizados	Número de mortos	índice mórbido	índice letal	índice letal
			por 1.000 homens do efetivo	por 1.000 homens do efetivo	por 100 homens hospitalizados
1939	12.174	106	811,60	7,06	0,87
1940	12.126	118	808,40	7,86	0,97
1941	11.567	123	771,13	8,20	1,06
1942	9.860	94	657,33	6,27	0,95
1943	11.209	133	—	—	1,18

CENTRO DE ESTUDOS

RELATÓRIO ANUAL DE 1943 DO CENTRO DE ESTUDOS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Foram realizadas treze (13) Sessões Ordinárias e uma (1) Extraordinária; a primeira em 20-4-1943 e a última em 30-12-1943.

Os assuntos tratados foram os seguintes :

PRIMEIRA SESSÃO ORDINARIA. Polioromenite (Cap. Dr. André de Albuquerque Filho).

SEGUNDA SESSÃO ORDINARIA. Sinosite fronto-etmoidal com fleimão da órbita. (Cap. Dr. Olivio Vieira Filho). Leucemia mielóide (Capitães Drs. João Maria Mendonça, do Instituto Militar de Biologia e Olivio Vieira Filho).

TERCEIRA SESSÃO ORDINÁRIA. O processo de HUET, modificação de Sandina, nas hernias. (Professor Alfredo Monteiro).

QUARTA SESSÃO ORDINÁRIA. Cirurgia maxilo-facial (Professor Osvaldo Pinheiro Campos).

QUINTA SESSÃO ORDINARIA. O Choque Cirúrgico (Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas).

SEXTA SESSAO ORDINARIA. Síndrome hepatolienal esquistosomótica. (Capitão Dr. Generoso de Oliveira Ponce).

SETIMA SESSAO ORDINARIA. Contusão abdominal (Capitão Dr. Hermilio Gomes Ferreira).

OITAVA SESSAO ORDINARIA. O que se deve saber em eletrocardiologia. (Capitão Dr. Francisco Correia Leitão).

NONA SESSAO ORDINARIA. Cura Clínica de uma nefropatia grave (Capitão Dr. Adhemar Bandeira).

PRIMEIRA SESSAO EXTRAORDINARIA. As bases científicas da opoterapia. (Professor Tales Martins).

DECIMA SESSAO ORDINARIA. As bases científicas da opoterapia (continuação). (Professor Tales Martins).

DÉCIMA PRIMEIRA SESSAO ORDINARIA. Profilaxia da deserção (Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello).

DÉCIMA SEGUNDA SESSAO ORDINARIA. Tiroidectomias. (Capitão Dr. Godofredo da Costa Freitas).

DÉCIMA TERCEIRA SESSAO ORDINARIA. Encerramento dos trabalhos do C. E. em 1943.

RESUMO NUMÉRICO DOS INSCRITOS E COMENTARISTAS

APRESENTARAM TRABALHOS :

Cap. Dr. André de Albuquerque Filho	1
Cap. Dr. Olivio Vieira Filho	2
Cap. Dr. João Maria Mendonça	1
Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas	2
Cap. Dr. Generoso de Oliveira Ponce	1
Cap. Dr. Francisco Correia Leitão	1
Cap. Dr. Adhemar Bandeira	1
Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello	1

FIZERAM CONFERÊNCIAS :

Prof. Alfredo Monteiro	1
Prof. Osvaldo Pinheiro Campos	1
Prof. Tales Martins	2

FIZERAM COMENTARIOS :

Tenente Coronel Dr Jayme de Azevedo Vilas Bôas	1
Tenente Coronel Dr. Rogaciano Joaquim dos Santos	1
Tenente Coronel Dr. Herbert Maya de Vasconcelos	2
Major Dr. Herbert Jansen	1
Capitão Dr. Cicero Pimenta de Melo	2
Capitão Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas	1
Capitão Dr. Hermilio Gomes Pereira	1
Capitão Dr. Generoso de Oliveira Ponce	6
Capitão Dr. Francisco Correia Leitão	3
Capitão Dr. André de Albuquerque Filho	4
Capitão Dr. Paulo Monteiro da Cruz Veloso	1
Capitão Dr. Ito Mariano da Silva	3
Capitão Dr. Godofredo da Costa Freitas	1
Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello	1
Capitão Dr. Adhemar Bandeira	3
1.º Tenente Dr. Walter Joaquim dos Santos	1
1.º Tenente Farmacêutico Gerardo Magella Bijos	1

ASSUNTOS TRATADOS :

Clinica Médica 4; Cirurgia 5; Oto-rino-laringologia 1; Eletrocardiologia 1; Endocrinologia 2 e Assuntos Médico-militares 1.

VOTOS DE LOUVOR :

Dois, sendo um proposto pelo Major Médico Dr. Azais de Freitas Duarte e o outro pelo Capitão Dr. Generoso de Oliveira Ponce, ambos ao Sr. Presidente dêste Centro, Coronel Dr. Florêncio Carlos de Abreu Pereira, respectivamente, pela inclusão na Ordem do Mérito Militar e prêmio conquistado na Sociedade Brasileira de Biologia, com a apresentação do trabalho intitulado “ÍNDICE BRASILEIRO DE ROUSTEZ”.

VOTOS DE PEZAR :

Dois, sendo um proposto pelo Tenente Coronel Dr. Jaime de Azevedo Vilas Bôas, como homenagem póstuma à memoria do nosso

saudoso companheiro de trabalho, Tenente Coronel Dr. Luiz Vaz Lobo da Câmara Leal, e o outro pelo Capitão Médico Dr. Cícero Pimenta de Melo, em homenagem a um outro colega falecido neste hospital, o Tenente Coronel Dr. Manoel Maurício Sobrinho.

— Serviram de Secretários durante o exercício de 1943, respectivamente, os Capitães Drs. Milton Alvarenga, Moacir Ribeiro da Luz e Adhemar Bandeira.

CENTRO DE ESTUDOS DOS ENFERMEIROS E MANIPULADORES DO H. C. E.

RELATÓRIO DE SUAS ATIVIDADES NO ANO DE 1943

Palestras

- 1.^a "HIGIENE BUCAL" — 1.^o sgt. enfº. Eugênio Antônio de Castro.
- 2.^a "COMA INSULÍNICO" — 1.^o sgt. enfº. Carlos Alberto Martins.
- 3.^a "LEGISLAÇÃO MILITAR" — sgt. adj. enfº. Heitor Catarino Braz.
- 4.^a "HISTÓRIA DA ÓTICA" — 2.^o sgt. enfº. José dos Santos Rodrigues.
- 5.^a "LEGISLAÇÃO MILITAR" — sgt. adj. enfº. Heitor Catarino Braz.
- 6.^a "IMPALUDISMO" — 1.^o sgt. enfº. — João Batista do Carmo Sobrinho.
- 7.^a "CONDUTA DO ENFº. JUNTO AO MÉD." — 1.^o sgt. enf. Humberto Fernandes Monteiro.
- 8.^a "LEGISLAÇÃO MILITAR" — sgt. adj. enf. Heitor Catarino Braz.
- 9.^a "AMBULANCIA CIRÚRGICA" — 3.^o sgt. enfº. João Alberto Faria Ribeiro.

- 10.^a "INCOMPATIBILIDADES FARMACÉUTICAS" — 2.^o sgt. M. F. Hélio Lopes Vieira.
- 11.^a "HISTÓRIA DA MASSOTERAPIA E SUAS VANTAGENS NO TRATAMENTO ORTOPÉDICO" — sgt. adj. enf^o. Heitor Catarino Braz.
- 12.^a "SULFANILAMIDA" — enf. civil — Sebastião Moreira Barbosa.
- 13.^a "DIVISÃO DA MASSOTERAPIA MODERNA" — sgt. adj. enf^o. Heitor Catarino Braz.
- 14.^a "HEMORRAGIAS" — 1.^o sgt. enf^o. Walter Leandro Paschoal.
- 15.^a "ONDAS CURTAS E A SUA APLICAÇÃO" — 2.^o sgt. M. R. José Renato Prati.
- 16.^a "NARCOSE POR VIA RETAL" — 1.^o sgt. enf^o. Gabriel José da Costa.
- 17.^a "CONVULSOTERAPIA PELO CARDIAZOL" — 3.^o sgt. enf. Joaquim de Araujo.
- 18.^a "SINTOMATOLOGIA DA SÍNCOPE" — 1.^o sgt. enf^o. — José Silvestre das Chagas.
- 19.^a "FERIDAS EM GERAL" — 3.^o sgt. enf^o. Joaquim Gomes.
- 20.^a "CLASSIFICAÇÃO DAS FERIDAS DE GUERRA" — 1.^o sgt. enf^o. Benjamim Todai.
- 21.^a "O EXÉRCITO NO PASSADO E NO PRESENTE" — 2.^o sgt. enf^o. Hildo Cardoso Daltro.
- 22.^a "ABREUGRAFIA" — 2.^o sgt. M. R. Ivone Côrtes.
- 23.^a "HEREDITARIEDADE HUMANA" — 3.^o sgt. enf^o. Antônio Bittar.
- 24.^a "O ESFORÇO DE GUERRA DO ENFO. DO EXÉRCITO" — 3.^o sgt. enf^o. João A. F. Ribeiro.
- 25.^a "PUNÇÃO LOMBAR" — 2.^o sgt. enf^o. Clodoaldo Alves Ribeiro.
- 26.^a "ESTADO DE CHOQUE" — enf. civil Sebastião Moreira Barbosa.

Trabalhos Premiados

Dos 26 trabalhos apresentados durante o período de estudos, TRÊS foram laureadas pelo C.E.E.M.: 1.^o lugar "SULFANILAMIDA" enf^o. civil Sebastião Moreira Barbosa — prêmio um TRATADO DE ANATOMIA; 2.^o lugar "ABREUGRAFIA" 2.^o sgt. M. R. Ivone Côrtes — prêmio uma CANETA AUTOMÁTICA e 3.^o lugar "HEMORRAGIAS" 1.^o sgt. enf^o. Walter Leandro Paschoal — prêmio um livro de literatura.

Biblioteca

Conta, atualmente, a Biblioteca desse Centro com 133 livros, sendo 50 obras científicas e 83 de literatura geral. Essa organização é constantemente enriquecida com obras adquiridas pelas economias do Centro e doação por parte dos oficiais que servem no Hospital e dos próprios componentes do Centro.

Noticiário

NOTA HISTÓRICA

A Diretoria do Hospital Central do Exército recebeu o seguinte ofício do Arquivo Nacional, datado de 7-4-1943:

Senhor Diretor

Tendo, com o devido interesse, acompanhado o noticiário das solenidades com que foi comemorado, mediante a inauguração de importantes melhoramentos, mais um aniversário do Hospital Central do Exército, pareceu-me, de acordo com uma das precíprias finalidades do Arquivo Nacional, contribuir para o cultivo da tradição histórica da casa que Vossa Excelência tão superiormente dirige, recordando, de maneira expressiva, o ato legislativo a que deu a mesma a sua primeira administração regular entre nós.

Tenho, assim, o prazer de oferecer a Vossa Excelência, para figurar no arquivo desse estabelecimento, a inclusa cópia facsimilar, em 4 folhas, do Alvará de 2 de março de 1812, pelo qual o Príncipe Regente, com referenda do Conde de Galvães, criou a chamada Direção Médico Cirúrgica e Administrativa do Hospital Real Militar do Rio de Janeiro.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Excelência os protestos da minha estima e distinta consideração.

E. Vilhena de Moraes, Diretor

Ao Senhor Doutor Florêncio de Abreu, Diretor do Hospital Central do Exército.

C O P I A

Eu o Príncipe Regente Faço saber aos que este Alvará virem, que tendo se reconhecido pela experiência, que as providências que Fui Servido dar pelo Alvará de vinte e sete de Março de Mil oitocentos e cinco e Regimento da mesma data, que por elle Mandei observar na Direcção dos Hospitaes Militares dos Meus Reinos de Portugal e dos Algarves, tanto em tempo de Paz, como de Guerra, havião perfeitamente correspondido aos importantes fins que Eu Me tinha proposto conseguir, quaes erão onde estabelecer n'aquelles Hospitaes o melhor Systema de Administração assim relativamente ao curativo, e tratamento dos Enfermos como no que respeita à bem entendida economia da Minha Real Fazenda. Julguei que convinha, que aquellas mesmas providências, ordenadas pelo citado Alvará e Regimento, houvessem de servir de base ao Plano de Administração, que Mando organizar para servir de Direcção no Hospital desta Cidade e Corte do Rio de Janeiro: Por tanto Sou Servido Crear por este Alvará huma Junta, que se intitulará Direcção Medica Cirurgica e Administrativa do Hospital Real Militar Desta Cidade e Corte do Rio de Janeiro, que será composta dos Phisicos Móres dos Meus Reais Exercitos e Forças Navaes, de que o mais antigo no exercicio de tal Emprego será o que faça as vezes de Presidente dos Cirurgiões Móres do Exercito e Marinha, e de hum Contador Fiscal. Nesta Direcção Mando que se apresente o Alvará e Regimento de vinte e sete de Março de Mil oito centos e cinco, afim de que, tomando-se ali em consideração, se dicida se as Disposições nelle comprehendidas podem ser applicaveis na sua totalidade à Administração do referido Hospital, ou se necessita de modificações, ou novas Determinações, que a diversidade do Clima, ou outras considerações locais possão fazer que sejão necessarias, para melhor effectuar esta Minha Real Resolução, díctada pelos Meus Pios e Paternais Sentimentos, e pela Minha constante propensão a melhorar a sorte dos Meus fieis Vassallos, e especialmente d'aquelles que, Servindo-Me no honroso emprego das Armas, adquirem n'elle enfermidades. Deverá pois a Direcção ocupar-se sem perda de tempo deste exame, e logo que elle esteja concluido procederá a Direcção a formalizar o Plano

de Regime que entender convém adoptar-se para a melhor administração e Regulamento do refrido Hospital; afim de que, subindo o dito Plano á Minha Real Presença pela Minha Secretaria de Estado dos Negocios Estrangeiros e da Guerra, haja de receber a Minha final sancção. E sendo da Minha Real Intenção estabelecer hum regular e bem entendido Systema de Estudos Medico-Cirurgicos para melhor instrucção d'aquelles que se dedicão á Sciencias tão importantes e uteis para o bem do Estado, e da Humanidade, como o são a Medicina, e a Cirurgia, Determino que, quanto se não publicão as Minhas Reaes Providencias sobre tão interessante objecto, haja a Direcção de ocupar-se da Inspecção dos Estudos, que actualmente se seguem nas Aulas, que se achão estabelecidas neste Hospital Real Militar da Cidade e Corte do Rio de Janeiro.

E este se cumprirá tão inteiramente como nelle se contem, sem embargo de quaesquer Leys, Ordens, ou Resoluções em contrario, que todas Hey por derrogadas para este effeito somente, como se dellas se fizesse expressa menção: Pelo que Mando ao Presidente do Meu Real Erario, Real Junta da Fazenda dos Arsenais do Exercito Fabricas, e Fundições, Governador das Armas da Corte e Capitania do Rio de Janeiro, Tesoureiro Geral das Tropas, e mais Pessoas, a quem o conhecimento delle pertencer, o cumprão, e guardem, e facão cumprir, e guardar pela parte que lhes toca, a este valerá como Carta passada pela Chancellaria, posto que por ella não ha de passar, e inda que o seu effeito haja de durar hum, ou muitos annos, sem embargo das Ordenações em contrario. Dado no Palacio do Rio de Janeiro em dois de Março de mil oito centos e dôze.

Príncipe —

Conde das Galveas.

Alvará por que Vossa Alteza Real ha por bem Crear huma Junta, que se intitulará — Direcção Medica Cirurgica e Administrativa do Hospital Real Militar desta Cidade e Corte do Rio de Janeiro —, com o fim de estabelecer neste Hospital o melhor Systema de Administração assim relativamente ao curativo e tratamento dos Enfermos no que respeita a bem entendida economia da Sua Real Fazenda: tudo na forma acima declarada.

Para Vossa Alteza Real ver.

Regdº. af. 212 do Livro 4º das Cartas Regias, Alvarás, e Decretos. Secretaria de Estado 4 de Março de 1812.

Bento da Silva Lisboa.

Camillo Martins Lage o fez.

NOTA: O presente documento foi transscrito na íntegra com a ortografia da época afim de ser considerado o seu valor monumental.

2.º ANIVERSÁRIO DA GESTÃO DO CEL. DR. FLORENCIO DE ABREU

A pasagem do 2.º aniversário da gestão do Cel. Dr. Florêncio de Abreu no Hospital Central do Exército foi assinalada com diversas homenagens prestadas àquele diretor pelos oficiais, serventuários, irmãs e funcionários.

Na manhã do dia 7 de novembro as irmãs de Caridade fizeram rezar na capela do Hospital missa solene e votiva pela passagem de tão grata efeméride.

No salão de honra, às 10 horas, teve lugar a leitura do boletim alusivo ao ato e no qual foram enumeradas as realizações levadas a efeito pela administração.

Nesse mesmo local, ao Cel. Dr. Florêncio de Abreu e exma. espôsa foram prestadas significativas demonstrações de aprêço e amizade.

Em nome dos manifestates discursou o Ten. Cel. Dr. Jayme de Azevedo Villas Bôas, sub-diretor, cuja peça oratória é transcrita a seguir.

No hall, realizou-se o almoço que os oficiais e funcionários ofereceram ao casal Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

Ao champagne, falaram o Cap. Dr. F. Correia Leitão e o Ten. Cel. Dr. Cláudiano Bezerra Cavalcanti, tendo agradecido, em magnífico improviso, o homenageado, Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

Este registo aqui se impõe, de vez que tais festividades se revestiram de um caráter espontâneo, sendo ainda franca afirmação do quanto é estimado por seus subordinados o ilustre oficial superior que dirige o maior nosocomio militar do país.

*
* *

Eis o discurso do Tenente Coronel Dr. Villas-Boas :

Sr. Diretor, Exmas. Sras., Senhores oficiais, meus Senhores, Camaradas !

Outorgaram-me a incumbência de falar-vos, nesta hora comemorativa, para interpretar o pensamento dos colegas, demais oficiais, funcionários civis, devotadas Irmãs de Caridade e Enfermeiros, todos agora presentes, em efetuoso testemunho de alta estima.

Certamente as festividades de hoje e o ambiente em que as mesmas se efetuam, refletem as virtudes de quem obteve a glória de reconhecimento por aclamados méritos.

A gravidade da época não reclama palavras que impressionem pelo encantamento de erudição e de imagens, sem grandeza de sentimentos, sem elevação de espírito, sem verdadeiro senso patriótico.

Conquanto estejamos vivendo um período essencialmente objetivo, nem por isso omitiremos vibrante evocação aos inolvidáveis vultos que nos deixaram nobilitantes exemplos e considerável soma de serviços benéficos. Simultaneamente, de vez que acabámos de ouvir a leitura da perfeita síntese, queremos só aludir aos prestados pelo atual Diretor, visto que citar o seu nome, nesta ocasião, dispensa qualquer panegírico e equivale a autêntico laudatório. Dêle, basta lembrar-vos a feição psicológica, o homem de ação, conceituado Chefe, bondoso, sereno e enérgico, habilíssimo incentivador dos que servem sob as suas ordens.

Sr. Cel. Dr. Florêncio de Abreu :

Embora a escolha, quanto ao intérprete, não tenha sido convenientemente inspirada no tocante à oratória, obedecendo a critério

hierárquico em consequência das funções de que estou investido, coube-a todavia a um dos vossos mais antigos companheiros que teve a sorte de trilhar convôsco, várias vezes, caminhos semelhantes felizmente percorridos, não obstante repletos de obstáculos.

Já dissemos alhures: não se ignora que as condições sanitárias, económicas, étnicas, geográficas e sociais impossibilitam transportar-se para o nosso país, sem adequada adaptação, à maneira de imitação forçada e irrefletida, o que se pratica no estrangeiro.

Nós, médicos-militares, bem assim os farmacêuticos e dentistas, somos naturalmente levados a encarar, com o máximo carinho, os problemas ligados às nossas atribuições e que, desde o tempo de paz, interessam sobremaneira à coletividade de que somos parte.

Há pouco mais de 19 anos, após ditoso ensejo de conhecer-vos pessoalmente, ambos capitães médicos, daqui seguimos com o memórravel General Dr. Rocha Marinho, acompanhados de Batista Leite e Serzedelo Corrêa, aos quais reverenciamos num preito de homenagem pezarosa, extensiva ao malogrado enfermeiro Aquiles Vilar, beneméritos que souberam cerrar fileiras em defesa dos doentes e feridos no sertão paranaense.

Quando juntos participámos do Serviço de Saúde das Fôrças em operações naquele Estado e no de Santa Catarina, houve oportunidades de aplicarmos e adquirirmos inúmeros ensinamentos.

E desde então até hoje, em vossa magnífica atividade profissional, graças a irrefutáveis predicados, tendes sido um dos eleitos para galgar os mais altos postos com invulgar descortino.

Sabeis infundir confiança que se impõe, apoiada em brilhante trajetória ascendente no desempenho de importantes missões de cunho técnico e administrativo.

É assim de especial registo o motivo que agora nos congrega, tomando parte os vossos subordinados désejos de manifestar congratulações ao provedor dirigente, exelso amigo, orientador na coordenação de esforços e de numerosas realizações, transcorrido apenas um biênio de operosa atuação.

O regosijo unânime, tão significativo, prescinde frases cheias de concepções literárias, produzindo efeito pela elegância da forma, mas nem sempre ocultando o artificialismo de linguagem. Além disso, seria desnecessário exaltar vossa gestão nos destinos desta Casa.

Muito conhecida é a seqüência de melhoramentos, sobretudo os de

maior vulto; dentre êles, diversos têm sido ressaltados, inclusive o de conseguirdes relevante auxilio de enormes vantagens, facilitando completa assistência e bem-estar aos hospitalizados não só militares, oficiais e pessoas de suas famílias, do mesmo modo que as dos funcionários civis do Ministério da Guerra.

Considerados o aspecto material e o funcionamento do nosocômio, no terreno científico são mantidas as tradições e principais características que o recomendam, genuina escola de aperfeiçoamento técnico, para onde têm sido atraídos elementos competentes, perseverantes, dedicados à obra que enfrentastes com vontade decidida e ânimo seguro.

Vosso real prestígio tem facilitado o desenvolvimento de um vasto programa de resultados apreciáveis, já esperados da vossa capacidade e dos recursos que pudeste obter para o Hospital Central do Exército ser elevado ao nível atingido.

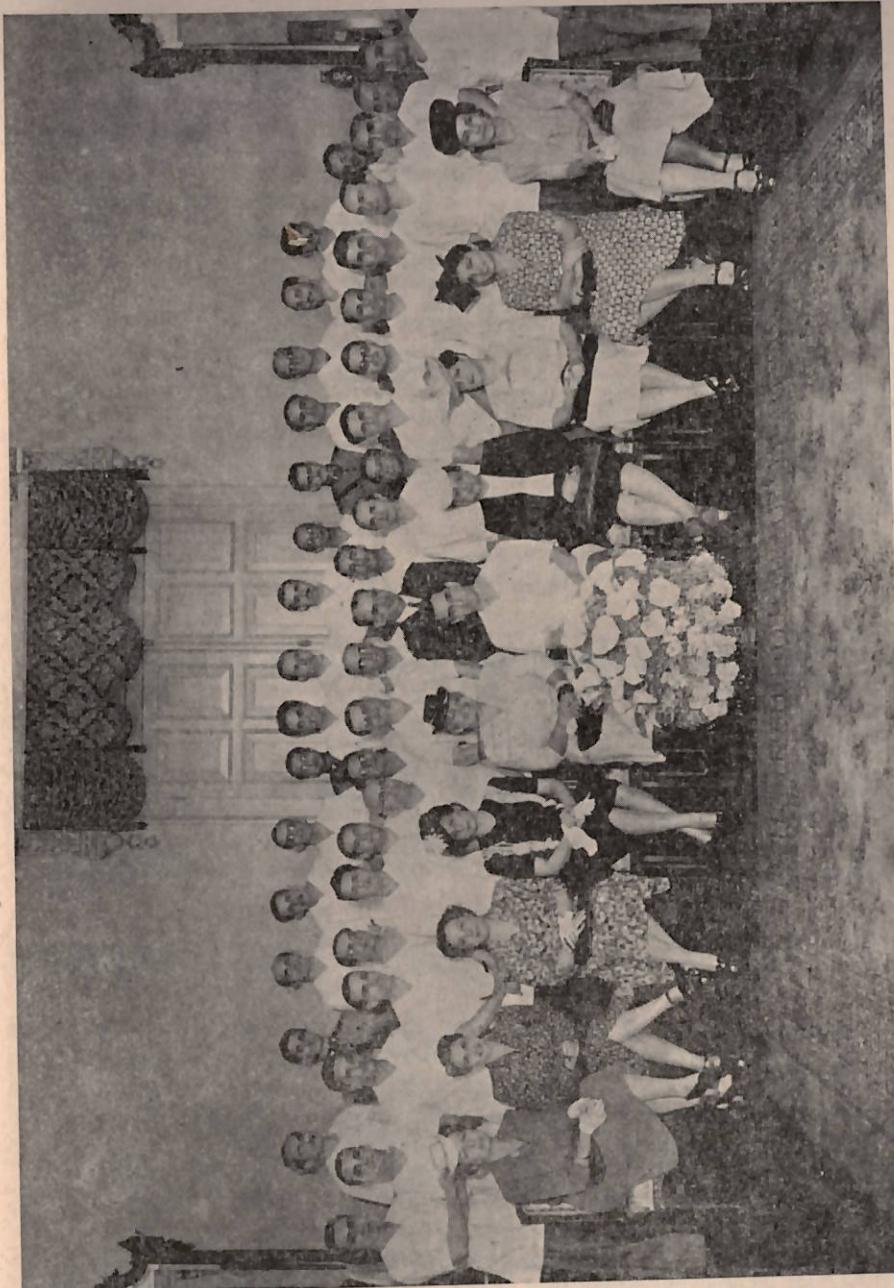
A frente dos serviços hospitalares, em vigilância contante, com arguta inteligência, tendes confirmado os dotes de que sois possuidor.

O júbilo, que nêste momento se verifica, evidencia como todos nós, ufanos, compartilhamos da alegria pelas obras construtivas; imenso é o prazer de vermos assinalados o ritmo de produção em diversos setores, numa convincente prova de quanto vale o trabalho coletivo suficientemente orientado.

Fieis ao cumprimento do dever, à prática do bem e do progresso, elas as razões de festejarmos, nêste Hospital, a data aniversária de uma empreendedora direção e que nos animam a saudar-vos efusivamente.

Irmanados, tendo por intento justos propósitos, continuaremos firmes, resolutos, dispostos a árduas tarefas com dedicação até ao sacrifício, na sublime finalidade de proporcionarmos alívio, conforto, cura e saúde aos que se preparam para lutar em prol da honra e integridade do Brasil.

Aceitai, pois, as expressões de nossas homenagens singelas e os melhores votos de êxitos sucessivos, de venturosos dias no recesso do prezado lar, em companhia de vossa dileta e virtuosa Espousa, que houve por bem dignificar esta cerimônia com a sua presença.



Grupo feito durante as manifestações prestadas ao Cel. Dr. Florêncio de Abreu e Exmo. Senhora

ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR

RELATÓRIO DO BIÉNIO 1941 - 1943

Prezados Confrades :

Apresento-vos o relatório das ocorrências principais da Academia Brasileira de Medicina Militar no biênio 1941-1943.

1 — **Estatutos** — Os Estatutos, elaborados quando da fundação da Academia em 8-12-1941, tiveram que sofrer algumas modificações exigidas para seu registo, na forma da lei atual. A Assembléia Geral, convocada especialmente para esse fim, em 11-8-1943, não só aprovou os novos termos da exigência legal como deliberou, nessa oportunidade, introduzir alguns reajustamentos que vinham sendo aconselhados pela prática. Os Estatutos da Academia, definitivamente redigidos, foram apresentados a registo no 4.º ofício de Registo de Títulos e Documentos, em 16-11-1943, apontados sob n.º de ordem 30.313 do Protocolo do livro A n.º 2 e registados sob n.º de ordem 174 do Livro 1 do Registo de Sociedades Civis.

2 — Regimento Interno — Em consequência das modificações introduzidas nos Estatutos, nosso Regimento Interno deverá também readjustar-se às disposições atuais. A diretoria está elaborando as alterações decorrentes, que serão apresentadas à Assembléia, após terminação das férias acadêmicas.

3 — Quadro social — O quadro social da Academia Brasileira de Medicina Militar foi fixado em: 50 membros titulares, dos quais 40 médicos e 5 farmacêuticos das Forças Armadas Nacionais da ativa e os outros 5 das Forças Auxiliares ou da Reserva ou, ainda, figuras proeminentes da medicina brasileira; número ilimitado de membros eméritos, honorários nacionais ou estrangeiros e correspondentes nacionais ou estrangeiros. Os 45 membros titulares das Forças Armadas Nacionais da ativa ficaram assim distribuídos: 31 do Exército (27 médicos e 4 farmacêuticos), 8 da Marinha (7 médicos e 1 farmacêutico), 6 da Aeronáutica (médicos). Em consequência, estão abertas 5 vagas de membros titulares, das quais 1 para médico da Marinha e 4 para médicos da Aeronáutica, a serem preenchidas de acordo com o art. 5º dos Estatutos.

— No biênio 1941-1943, passaram para a classe de membros eméritos, por terem sido transferidos para a reserva, os nossos confrades acadêmicos Ten. Cel. Dr. Aridio Fernandes Martins e Cap. de Fragata Dr. Erasmo José da Cunha Lima. Suas vagas foram preenchidas, respectivamente, pelos Drs. Ten. Cel. Luiz de Castro Vaz Lobo da Câmara Leal e Cap. Ten. Waldir Caldas Pires.

Ainda, nesse período, tivemos a lamentar o falecimento do nosso querido confrade Ten. Cel. Dr. Câmara Leal, cuja vaga foi preenchida pelo Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas.

— Para preencher a vaga do Prof. Afrânio Peixoto que, por motivos expressos em carta à diretoria, não tomou posse de sua cadeira no prazo regulamentar, foi eleito o Professor Joaquim Moreira da Fonseca.

— A relação dos atuais membros titulares com os respectivos patronos, cuja ordem alfabética estabeleceu a numeração das cadeiras, vai em anexo a este Relatório.

— No biênio em aprêço foram eleitos membros honorários nacionais os professores Aloísio de Castro, Augusto Paulino Soares de Souza, Agenor Estelita Lins e Abel de Oliveira. Foram eleitos membros honorários estrangeiros: General-médico Dr. Charles Clark Hilmann e Coronel-médico Dr. Erskine Hume (ambos do Exército Norte-americano), Ten. Cel. médico Dr. Manuel Rodriguez e Major-médico Dr. Cesar Gagliardone (ambos do Exército Paraguaio), Prof. Emílio Corbiére (de Buenos Aires).

— São atualmente membros correspondentes nacionais os seguintes confrades: Prof. Benedito Montenegro (S. Paulo), Prof. Rubião Meira (S. Paulo), Prof. José Afonso Mesquita Sampaio (S.

Paulo), Dr. Ciro Rezende (S. Paulo), Prof. farm. Carlos Henrique Liberalli (S. Paulo), Prof. farm. José Malhado Filho (S. Paulo), Prof. José Penido Bournier (Campinas), Cel. Dr. Oscar de Carvalho (Porto Alegre — atualmente no Rio de Janeiro), Cel. Dr. Augusto Haddock Lobo (Juiz de Fóra — atualmente no Rio de Janeiro), Cel. Dr. Henrique Ferreira Chaves (Curitiba — atualmente no Rio de Janeiro), Ten. Cel. Dr. José Vieira Peixoto (São Paulo — atualmente no Rio de Janeiro), Ten. Cel. Dr. Herbert Maia de Vasconcelos (Recife — atualmente no Rio de Janeiro), Prof. Luiz Barros Lima (Recife), Major Dr. Bonifácio Antônio Borba (Santa Maria — atualmente em Valença), Major Dr. Luiz Felipe de Alencastro (Porto Alegre — atualmente em Recife), Capitão Dr. Olímpio Medina de Azevedo (Natal).

4 — Sessões — Realizaram-se 3 sessões preparatórias, 2 sessões de diretoria, 1 sessão de instalação, 5 sessões solenes, 14 sessões ordinárias e 7 sessões de Assembléia Geral. As sessões preparatórias foram realizadas na Diretoria de Saúde do Exército. A sessão de instalação realizou-se na sede do antigo Conselho Municipal. As demais sessões tiveram por sede a Academia Nacional de Medicina e a Escola de Saúde do Exército, ambas gentilmente cedidas por suas diretórias.

5 — Comunicações — No biênio 1941-1943 foram feitas no plenário da Academia 24 comunicações sobre assuntos de atualidade e interesse para as coletividades militares, conforme relação em anexo.

6 — Prêmios — De acordo com o art. 24 dos Estatutos, foi instituído, para 1943, o prêmio "Academia Brasileira de Medicina Militar", constante de medalha de ouro, oferecida este ano pelo atual presidente da Academia.

Concorreram a esse prêmio 5 trabalhos, assinados por pseudônimo, com os seguintes títulos: 1 — **CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA BETAIONONA E DO ISOPRÉNIO**, 2 — **QUEIMADURAS DE GUERRA**, 3 — **TERAPÉUTICA IMEDIATA DOS QUEIMADOS**, 4 — **CONTRIBUIÇÃO À PROFILAXIA DAS DOENÇAS CONTAGIANTES NO BRASIL**, 5 — **MOLESTIAS VENÉREAS — PADRONIZAÇÃO DE TRATAMENTO — PROFILAXIA**. A comissão nomeada para julgar esses trabalhos, composta dos acadêmicos Benjamim Gonçalves, Azevedo Câmara e Rodolfo Santos, opinou pela concessão do prêmio ao trabalho intitulado **Queimaduras de Guerra**, assinado por Kim. A Assembléia Geral deliberativa homologou o julgamento. Aberto o respectivo envelope foi verificado que o autor do trabalho laureado é o Dr. Luiz Geraldo da Rocha Azevedo, de São Paulo.

— O Laboratório Paulista de Biologia ofertou à Academia, para 1943, dois prêmios, cada um de Cr\$ 1.000, intitulados "H.C.E." e

"L.Q.F.E.", destinados às melhores comunicações acadêmicas sobre medicina e farmácia, respectivamente.

— A Companhia Química Ródia Brasileira ofertou igualmente à Academia, para este ano, dois prêmios, cada um de Cr\$ 1.000,00, intitulados "General João Severiano da Fonseca" e "General Cesar Diogo", também, respectivamente, destinados às melhores comunicações acadêmicas sobre medicina e farmácia.

Para julgar sobre a concessão dos prêmios destinados às comunicações sobre farmácia, foi designada uma comissão constituída pelos acadêmicos Fonseca Junior, Heraldo Maciel e Ismar Mutel.

Para julgar sobre a concessão dos prêmios instituídos para as comunicações sobre medicina, foi nomeada uma comissão composta dos acadêmicos Carlos Fernandes, Nelson Vasconcellos e Gilberto Peixoto.

A primeira dessas comissões opinou pelos trabalhos Alimentos e medicamentos na guerra e Contribuição ao estudo da bilirrubinemia, respectivamente apresentados pelos acadêmicos Olyntho Pillar e Magella Bijos.

A segunda comissão opinou pela comunicações sobre Síndromes de Carência em Fernando Noronha e Três Problemas de Cirurgia de Guerra, respectivamente feitas pelos acadêmicos Benjamim Gonçalves e E. Marques Porto.

— A Assembléia deliberativa homologou ambos os pareceres.

— Foi ainda instituído e aceito pela Academia um prêmio permanente, a começar de 1944, ofertado pelo nosso confrade argentino Prof. Emílio Corbière, intitulado "Prêmio General João Severiano da Fonseca", destinado ao melhor trabalho sobre medicina militar, podendo a él concorrer os médicos militares em atividade, bem como os membros da Academia.

— Os prêmios conquistados este ano serão entregues aos seus vencedores na sessão de aniversário da Academia, no próximo dia 8-12-1943.

7 — **Eleição de Diretoria** — De acordo com os preceitos regulamentares, realizou-se em 16-11-43 a Assembléia deliberativa para eleição da Diretoria que deverá guiar a Academia durante o ano social de 1944. O resultado do escrutínio foi o seguinte :

Presidente — Cel. Dr. Florêncio de Abreu (reeleito).

Vice-presidente — Ten. Cel. Dr. E. Marques Porto (reeleito).

Secretário geral — Cap. Dr. C. Paiva Gonçalves (reeleito).

1.º Secretário — Ten. Cel. Dr. J. de Azevedo Villas Boas (reeleito).

2.º Secretário — 1.º Ten. Fcº. Dr. G. Magella Bijos (reeleito).

1.º Tesoureiro — Major Dr. Azais de Freitas Duarte (reeleito).

2.º Tesoureiro — Major Dr. Jaime Villalonga.

Orador — Cap. Dr. Francisco Correia Leitão (atual 2.º tesoureiro).

Bibliotecário — Major Dr. Armando Pinto Fernandes (reeleito).

A nova Diretoria será empossada na próxima sessão de aniversário da Academia.

8 — **Secretaria** — O movimento da Secretaria foi vultoso no biênio 1941-1943, tendo sido verificado o seguinte expediente :

Descrição	1942	1943	Total
Ofícios expedidos	25	18	43
Ofícios recebidos	49	14	63
Cartas expedidas	16	36	52
Cartas recebidas	6	6	12
Telegs. expedidos	3	2	5
Telegs. recebidos	23	6	29
Circulares expedidas	1.294	206	1.500
Convites expedidos	1.250	1.800	3.050
TOTAL	2.666	2.088	4.754

9 — **Tesouraria** — As operações de tesouraria resumiram-se ao seguinte Balancete :

Descrição	Receita Cr\$	Despesa Cr\$	Saldo Cr\$
Saldo anterior recebido do Dr. Erasmo de Lima	1.053,50		
Importâncias recebidas conforme Docs. 1 a 36	3.590,00		
Pagamentos efetuados conforme Docs. nrs. 12 a 30		4.008,50	
Depósito na Caixa Econômica do Rio de Janeiro			635,00
SOMA	4.643,50	4.643,50	635,00

Eis, senhores acadêmicos, a síntese da vida objetiva de nossa Academia no primeiro biênio de sua existência. A par disso, pode-se afirmar, sem tola vaidade nem falsa modéstia, que a Academia Brasileira de Medicina Militar já conquistou, apesar-de muito nova, o conceito superior de probidade científica e idoneidade moral. Era o programa de sua primeira diretoria.

Resta-me agradecer, muito cordialmente, aos meus confrades, a confiança com que sempre me distinguiram, confirmada ainda pela reeleição que me manteve na presidência de nossa Academia onde espero, em 1944, ser totalmente útil à coletividade.

Dr. Florencio de Abreu

RELAÇÃO DAS COMUNICAÇÕES FEITAS EM PLENÁRIO
NO BIÊNIO 1941 - 1943

- 1 — Impressões do S.S. dos EE.UU. da América do Norte — 12-8-942 — Acadêmico Cel. Dr. Humberto Martins de Melo.
- 2 — Sucedâneos da quinina no tratamento da Malaria — 12-8-942 — Acad. Dr. Quintino Mingoja.
- 3 — A medicina legal no Exército — 26-8 — Acad. Ten. Cel. Dr. Aridio Martins.
- 4 — Orquite urliana e sifilis — 26-8 — Acad. Cap. de frag. Dr. Heraldo Maciel.
- 5 — A sifilis na Marinha brasileira — 26-8 — Acad. Cap. de frag. Dr. Geraldo Amorim.
- 6 — Estudo Biográfico do Dr. Alvaro Alvim — Acad. Maj. Dr. Jaime Vilalonga — 26-8.
- 7 — Aspectos modernos da Medicina Militar — 18-11 — Acad. Ten. Cel. Marques Porto.
- 8 — Novos derivados da difenilsulfona — 22-12 — Acad. Prof. Dr. Quintino Mingoja.
- 9 — Novas aquisições da cirurgia de Guerra — 14-4 — Acad. Ten. Cel. Dr. Marques Porto.
- 10 — Confronto hemoquímico e metabolismo basal — 14-4 — Acad. Maj. Dr. Ismar Mutel.
- 11 — Em clínicas oftalmológicas da América do Norte — Acad. Cap. Dr. Paiva Gonçalves — 26-5.
- 12 — Composto Mingoja 117 — Acad. farm. Majella Bijos — 26-5.

- 13 — O Sôro bovino hidrolizado nas transfusões sanguíneas — Acad. Prof. Dr. Clementino Fraça — 30-5.
- 14 — Aclimatação das plantas medicinais — Acad. Ten. farm. Majella Bijos — 16-7.
- 15 — O método Kenny e necessidade de sua divulgação no Brasil — Acad. Cel. Dr. Jesuino de Albuquerque — 28-7.
- 16 — Das neuroses vegetativas em medicina militar — Lido pelo Acad. Majella Bijos e de autoria do Prof. Emilio Corbiére — 1-9.
- 17 — Anestesia e Guerra — Acad. Prof. Dr. Castro Araujo — 1-9.
- 18 — A visão noturna do combatente — Acad. Cap. Dr. Paiva Gonçalves 15-9.
- 19 — A Contribuição dos Cientistas da medicina Civil dos EE.UU. da América do Norte na atual orientação militar — Gen. Charles C. Hillmann — 6-10-43.
- 20 — Características sanitárias das campanhas nas matas — Acad. Ten. Cel. Dr. Marques Porto — 27-10-43.
- 21 — O Aparelho Semicardiofone — Cap. Dr. Moacir Barroso — 27-10-43.
- 22 — Síndromes carenciais em Fernando de Noronha — Acad. Ten. Cel. Dr. Benjamin Gonçalves — 16-11-43.
- 23 — Alimentos e Medicamentos de Guerra — Acad. Cap. Farm. Dr. Olyntho Luna Freire do Pilar e Gerardo Majella Bijos — 16-11.
- 24 — Contribuição ao Estudo da Bilirrubinemia — Acad. Majella Bijos 1-12-43.

RELAÇÃO DOS MEMBROS DA ACADEMIA BRASILEIRA
DE MEDICINA MILITAR

Membros Titulares :

- 1 — Patrono, Alvaro Alvim — Titular Maj. Dr. Jaime Vilalonga.
- 2 — Patrono, Alvaro Ramos — Titular, Ten. Cel. Dr. Artur Luis Aug. de Alcantara.
- 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. Farm. Humberto Monteiro Meireles.
- 8 — Patrono, Augusto Cesar Diogo — Titular, 1.º Ten. Farm. Geraldo Majella Bijos.
- 9 — Patrono, Benjamin da Rocha Faria — Titular, Ten. Cel. Dr. Jaime de Azevedo Vilas Bôas.
- 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, Cel. Dr. Jesuino de Albuquerque.
- 13 — Patrono, Daniel de Almeida — Titular, Cap. Dr. Guilherme Machado Hautz.
- 14 — Patrono, Domingos de Góes — Titular, Cap. Dr. Osvaldo Monteiro.
- 15 — Patrono, Eduardo Sarmento Leite — Titular, Maj. Dr. Azais de Freitas Duarte.
- 17 — 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, Cap. 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, Dr. Carlos da Rocha Fernandes.
- 21 — Patrono, Henrique Guedes de Melo — Titular, Cap. de Corv. Dr. Armando Pinto Fernandes.
- 22 — Patrono, Hilário de Gouvêa — Titular, Cap. Dr. Otavio José do Amaral.
- 23 — Patrono, Ismael da Rocha — Titular, Prof. Dr. Clementino Fraga.
- 24 — Patrono, João Cancio Nunes Matos — Titular, Maj. Dr. Ernestino de Oliveira.
- 25 — Patrono, João da Silva Pires — Titular, Ten. Cel. Dr. Alfredo Issler Vieira.
- 26 — Patrono, João Francisco Lopes Rodrigues — Titular, Cap. de Corv. Nelson Barros Vasconcelos.

- 27 — Patrono, João Severiano da Fonseca — Titular, Ten. Cel. Dr. Emanuel Marques Porto.
- 28 — Patrono, Joaquim Soares de Meireles — Titular, Cap. Ten. Dr. Waldir Caldas Pires.
- 29 — Patrono, José Agostinho de Sousa Lima — Titular, Cap. Dr. Godofreio da Costa Freitas.
- 30 — Patrono, José Antonio de Abreu Fialho — Titular, Cap. Dr. Carlos Paiya Gonçalves.
- 31 — Patrono, José Augusto de Azevedo Sodré — Titular, Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão.
- 32 — Patrono, José Benevenuto de Lima — Titular, Cap. Farm. Olinto Luna Freire do Pilar.
- 33 — Patrono, José Pereira Guimarães — Titular, Cap. de Frag. Dr. Luis Cordeiro Alves Braga.
- 34 — Patrono, José Porfirio Melo Matos — Ten. Cel. Dr. Benjamin Gonsalves.
- 35 — Patrono, José Ribeiro de Sousa Fontes — Titular, Ten. Cel. Dr. Gilberto José Fontes Peixoto.
- 36 — Patrono, Julio Pires Porto Carreiro — Titular, Cap. Frag. Dr. Heraldo Maciel
- 37 — Patrono, Manuel Feliciano de Carvalho — Titular, Maj. Dr. Arnaldo Nunes Serqueira.
- 38 — Patrono, Mario Pontes de Miranda — Titular, Cel. Dr. Angelo Godinho dos Santos.
- 39 — Patrono, Miguel de Oliveira Couto — Titular, Cel. Dr. Florencio de Abreu.
- 40 — Patrono, Miguel Pereira — Titular, Maj. Dr. Augusto Marques Torres.
- 41 — Patrono, Oscar Pereira da Silva — Titular, Cap. Farm. Rodolfo Pereira Santos.
- 42 — Patrono, Osvaldo Gonçalves da Cruz — Titular, Ten. Cel. Dr. Achilles Paulo Galoti.
- 43 — Patrono, Pedro de Almeida Magalhães — Titular, Maj. Dr. José de Azevedo Câmara.
- 44 — Patrono, Raimundo de Castro — Titular, Prof. Dr. Francisco Castro Araujo.
- 45 — Patrono, Rodolfo Albino Dias da Silva — Titular, Cel. Farm. Manuel Vieira da Fonseca Junior.
- 46 — Patrono — vago.
- 47 — Patrono — vago.
- 48 — Patrono — vago.
- 49 — Patrono — vago.
- 50 — Patrono — vago.

Membros Eméritos :

Ten. Cel. Aridio Fernandes Martins.
Cap. Frag. Dr. Erasmo José da Cunha Lima.

Membros Honorários Nacionais :

Prof. Dr. Aloisio de Castro.
Prof. Dr. Augusto Paulino Soares de Sousa.
Prof. Dr. Agenor Estelita Lins.
Prof. Farmc. Abel Elias de Oliveira.

Membros Honorários Estrangeiros :

Gen. Dr. Charles Clark Hillman e
Cel. Dr. Erskine Hume — Estados Unidos da América do Norte.
Ten. Cel. Dr. Manuel Rodriguez e
Maj. Dr. Cesar Gagliardone — Paraguai.
Prof. Dr. Emilio Corbiére — Argentina.

Membros Correspondentes Nacionais :

Prof. Dr. Rubião Meira.
Prof. Dr. Benedito Montenegro.
Prof. Dr. José Afonso Mesquita Sampaio.
Prof. Dr. Ciro de Barros Rezende.
Prof. Dr. José Penido Burnier.
Prof. Dr. Luiz de Barros Lima.
Cel. Dr. Oscar de Carvalho.
Cel. Dr. Augusto Haddock Lobo.
Cel. Dr. Henrique Ferreira Chaves.
Ten. Cel. Dr. José Vieira Peixoto.
Ten. Cel. Dr. Herbert Maia de Vasconcelos.
Maj. Dr. Bonifacio Antonio Borba
Maj. Dr. Luiz Felipe de Alencastro.
Cap. Dr. Aníbal Olimpio Medina de Azevedo.
Prof. Farm. José Malhado Filho.
Prof. Farmc. Quintino Mingoja.
Prof. Farmac. Carlos Henrique Liberalli.

ABERTURA DOS CURSOS DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Realizou-se dia 1.º de março corrente, às 12 horas, na Escola Paulista de Medicina, a sessão solene de abertura dos cursos de 1944.

Nessa solenidade pronunciou a aula inaugural o Cel. médico Dr. Florêncio de Abreu, diretor do Hospital Central do Exército, Presidente da Academia Brasileira de Medicina Militar e membro da Academia Nacional de Medicina.

A presença do Cel. Dr. Florêncio de Abreu naquele ato, como conferencista, deve-se a honroso convite que lhe foi feito pela Congregação do referido estabelecimento de ensino médico, orgulho de organização educacional e científica.

A sessão solene presidida pelo Prof. Dr. Jorge Americano constituiu uma festa intelectual de grande repercussão. O discurso oficial proferido pelo Prof. Dr. Alvaro Guimarães, diretor da Escola Paulista de Medicina, constituiu uma peça substancial de intensa oportunidade.



Grupo feito no desembarque do Cel. Dr. Florêncio de Abreu e Exma. Sra. no aeroporto de S. Paulo

A saudação oficial em nome da Congregação ao Cel. Dr. Florêncio de Abreu foi efetuada pelo Prof. Dr. Alípio Correia Neto, que a todos encantou com sua autorizada palavra.

O "Centro Acadêmico Pereira Barreto", entidade representativa do pensamento do corpo discente, num gesto de extrema fidalguia outorgou ao Cel. Dr. Florêncio de Abreu o diploma de sócio honorário, proferindo na ocasião da entrega deste título magnífico discurso o acadêmico José Maria Guimarães D'Eça.

A numerosa assistência composta de médicos, intelectuais, senhoras, autoridades civis e militares e alunos, em prolongada salva de palmas, aplaudiu os oradores e recebeu no mais caloroso aplauso as primeiras palavras do conferencista que, incontestavelmente, foi felicíssimo. A sua bela conferência consta do texto destes "Anais".

A sociedade paulista pelos seus mais destacados vultos, num requinte de extrema gentileza prestou, ainda, na noite festiva daquele dia ao Cel. Dr. Florêncio de Abreu e exma. sra. mais uma homenagem — um banquete no salão verde do "Roof", durante o qual foram trocadas expressivas saudações.



O Cel. Dr. Florêncio de Abreu, membros da Congregação da Escola Paulista de Medicina e pessoas gradas em torno da herma do Prof. Lemos Torres



O Cel. Dr. Florêncio de Abreu proferindo a cula inaugural

**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. Ernestimo de Oliveira.
- “EM TORNO DE UM CASO DE NEURO-PSIQUIATRIA” — Dr. Henrique Chaves.
- “EM TORNO DE TRÊS COLECISTECTOMIAS” — Dr. Câmara Leal.
- “FERIMENTOS DA PELVE” — Dr. Gilberto Peixoto.

- “ASSOCIAÇÕES SINDRÔMICAS EM PATOLOGIA NERVOSA E MENTAL” — Dr. Jurandir Manfredini.
 “TRATAMENTO DA ESQUISTOSOMOSE PELOS CLITERES DE EMÉTICO” — Dr. Cândido Ribeiro.
 “PARALISIAS DO MOTOR OCULAR EXTERNO E SUA SIGNIFICAÇÃO CLÍNICA” — Dr. Paiva Gonçalves.
 “DERMATITE HERPETIFORME DE DUHRING, GENERALIZADA” — Dr. Luiz Cesar de Andrade.
 “AMIGDALECTOMIA, ADENOIDECTOMIA E PORTADORES DE BACILOS DIFTÉRICOS” — Dr. Otavio 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.
 “HEMOSEDIMENTAÇÃO E CLÍNICA” — Dr. Ismar Tavares Mutel.
 “EM TORNO DE UM CASO DE TERÇA MALIGNA” — Dr. Josefi Nunes Ribeiro.
 “ANEURISMA ARTÉRIO-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 TORNO DAS PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS” — Dr. Henrique Ferreira Chaves.
 “CONCAUSAS” — Dr. Aridio Martins.
 “PROBLEMA MÉDICO-MILITAR DAS PSICONEUROSES” — Dr. Gabriel Duarte Ribeiro.
 “O PROGNÓSTICO PSIQUIATRICO NO EXÉRCITO” (a propósito de um caso de esquizofrenia, incapacitado há qua-

- tro anos e posteriormente readaptado à atividade militar) — Dr. Jurandir Manfredini.
 “DA ARTE DOS CRIMINOSOS” (nota prévia) — Dr. Ubirajara da Rocha.
 “A AUTO-UROTERAPIA NO TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES BLENORRÁGICAS” — Dr. Olarico Xavier Airosa.
 “OTITE MÉDIA PURULENTA AGUDA. MASTOIDITE. ABCESO EXTRA-DURAL E ABCESO DO CÉREBRO” — Dr. Otavio 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 VÉNÉROS” — Dr. Alcebiades Schneider.
 “REALIZAÇÕES DA FARMÁCIA. SEU EVOLUIR. FORMULARIO FARMACÉUTICO 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” (INFECÇÕES 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.
 “SÔBRE UM CASO DE BLASTOMICOSE” — Major Dr. Luiz Cesar de Andrade.
 “LUXAÇÃO HABITUAL DA RÓTULA” — Major Dr. Gilberto Peixoto.
 “CONCEITO ATUAL DA DOENÇA DE VOLKMANN” — Major Dr. E. Marques Porto.
 “TRAUMATISMOS CRANIO-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 HEMORRAGIA ULCEROSA INTRA-GÁSTRICA — Capitão Dr. Oswaldo 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 IDÉIAS BÁSICAS SÔBRE 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. Otavio 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 Maffredini.
- SUICÍDIO — Major Dr. Aridio Martins.
- TREPONEMOSCOPIA — Capitão Dr. Ismar Tavares Motel.
- A HORMONOTERAPIA NAS AFECÇÕES PROSTÁTICAS — Capitão Dr. A. Calmon de Oliveira e 1.º Tenente Dr. João Ellent.
- 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 SÔBRE A SECÇÃO DE HIPODERMIA DA FARMÁCIA DO H.C.E. — 1.º Tenente farmacêutico Dr. J. C. do Rego Barros e 2.º Tenente farmacêutico Gerardo Majella Bijos.
- FORMULÁRIO 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.
- PLERISIAS — Capitão Dr. João Gonçalves Tourinho.
- O PROGNÓSTICO DOS ESTADOS INFECIOSOS AGUDOS PELO HEMOGRAMA — Cap. Dr. Francisco Leitão.
- LIGEIRA NOTA SÔBRE O PAVILHÃO DE CIRURGIA A SER CONSTRUIDO NO HOSPITAL CENTRAL — Major Dr. Humberto de Mello.
- CAUSALGIA POST-TRAUMÁTICA — Cap. Dr. Ernestino de Oliveira.
- APENDICITE AGUDA COMUM E INFECÇÃO TIFO-PARATÍFICA SIMULTÂNEAS — Cap. Dr. Oswaldo Monteiro.
- O SERVIÇO DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, ESTUDO DA NOSSA ESTATÍSTICA DE FRATURAS DO FEMUR — Cap. Dr. Guilherme Hautz.
- DO CARÁTER NA EPILEPSIA — Cap. Dr. Gabriel Duarte Ribeiro.
- ASPECTOS MÉDICOS-LEGAIS DA EPILEPSIA — Cap. Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas.
- A PROVA DO CARDIAZOL NO DIAGNÓSTICO DA EPILEPSIA — 1.º Tenente Dr. Nelson Bandeira de Mello.
- A PSIQUIATRIA TRAUMÁTICA — Cap. Dr. Jurandir Maffredini.
- MANIFESTAÇÕES OCULARES DOS TUMORES HIPOFISÁRIOS — Cap. Dr. Paiva Gonçalves.
- DUAS OBSERVAÇÕES DO SERVIÇO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA (SÍFILIS CEREBRAL SIMULANDO MENINGITE SÉPTICA E ABCESO DO CEREBRO) — Cap. Dr. Octavio 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 Ellent.
- O SERVIÇO MILITAR E A TUBERCULOSE — Major Dr. Francisco Rodrigues de Oliveira.
- LIQUOR - SUA ORIGEM — Cap. Dr. Ismar Tavares Motel.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA PROTIDIMIA E LIPIDIMIA NOS MEIOS MILITARES — 1.º Ten. fco. Gerardo Majella Bijos.

AS ATIVIDADES DO SERVIÇO FARMACÊUTICO DO H.C.E. O SERVIÇO ODONTOLOGICO 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 Aacylino de Lima.
Clínica Médica e Pesquisas Clínicas

METABOLISMO BASAL E GLUTATIONEMIA — Capitão Dr. Ismar Tavares Mutel.

SÍNDROME DE BANTI — Capitão Generoso de Oliveira Ponce.
HEMI-INTERSEXUALIDADE — Capitão Dr. Firmino Gomes Ribeiro.

A PROPÓSITO DAS CONCREÇÕES URINÁRIAS — 1.º Tenente Farmacêutico Dr. Olyntho Luna Freire do Pilar.

IDÉIAS ATUAIS SÔBRE TENSÃO ARTERIAL — 1.º Tenente Dr. Abelardo Lobo.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA ELIMINAÇÃO DE ÉSTERES DE AMINO-ACIDOS — 1.º Tenente Farmacêutico Dr. Gerardo Majella Bijos.

Clínicas Cirúrgicas e Uro-protológica

GÊNESE E DOUTRINAS DA CONCUSSÃO CEREBRAL — Capitão Dr. Oswaldo Monteiro.

ADERÊNCIAS PERITONAIAS — Capitão Dr. Joaquim Pinheiro Monteiro.

EPIDIDIMITES E ARTRITES BLENORRÁGICAS E SEU TRATAMENTO — Capitão Dr. João Ellent.

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 TORNO DE DOIS CASOS DE OTO-ANTRITES EM LACTENTES — Capitães Drs. Octávio Amaral e Olivio Vieira Filho.

DOIS CASOS DE PERIFLEBITE TUBERCULOSA DA RETINA — Capitão Dr. Paiva Gonçalves.

Medicina Legal

SEGREDO MÉDICO — REVELAÇÃO PERMITIDA — Major Dr. Aridio Martins.

Clínica Dermatológica

O FOGO SELVAGEM — Capitão Dr. Santayana de Castro.

Serviço Químico-farmacêutico

SÔBRE O PREPARO DE INJETÁVEIS DE GLICOSE — Capitão Farmacêutico Dr. João Clemente do Rêgo Barros.

O PREPARO DE CERTAS TINTURAS — 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, RERERENTE AO ANO DE 1939 — Capitão Médico Dr. Nelson Bandeira de Mello.

CENTRO DE ESTUDOS.

PAVILHÃO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA — Capitães Dr. Gabriel Duarte e F. R. P. Leivas.

ANO VI — 1941

Direção

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — General Dr. José Acyliño de Lima.

Clínica Médica e Pesquisas Clínicas

POLISEROSITE E DISSEMINAÇÃO POLI-VISCERAL TUBERCULOSAS — Capitães Drs. Generoso de Oliveira Ponce e Diocleciano Pegado Junior.

ATELECTASIA PULMONAR — Capitão 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.

Clinicas Cirúrgica e Uro-protológica

VACINOTERAPIA SEGMENTARIA INTRA-ARTERIAL — Capitão Dr. Otávio Salema.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS LITÍASES RENAS — Capitão Dr. Joaquim Pinheiro Monteiro.

PERITONITES TUBERCULOSAS — Capitão Dr. Oswaldo Monteiro.

CONSIDERAÇÕES SÔBRE O ESTREITAMENTO DA URETRA — Capitão Dr. João Ellent.

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 ESPLÉNICA — Capitão Dr. Francisco Corrêa Leitão.

Clínicas de Neurologia e Psiquiatria

CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS ACERCA DAS GAGUEIRAS — Capitão Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas.

ANALISE FUNCIONAL PSICOPATOLÓGICA — Capitão Dr. Jurandir Manfredini.

CONFUSÃO MENTAL POR INFECÇÃO FOCAL DENTÁRIA — Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello.

UM ANO DE FUNCIONAMENTO DAS ENFERMARIAS DE PSIQUIATRIA DE OFICIAIS E SARGENTOS — Primeiro Tenente Dr. Nelson Soares Pires.

Clínica Oftalmo-oto-rino-laringológica

CASO DE AMBULATÓRIO — Capitão Dr. Otávio Amaral.

SÍNTESE BIOTIPOLÓGICA — Capitão Dr. Carlos Paiva Gonçalves.

Medicina Legal

PRESIDIÁRIOS — PRESÍDIOS — CONSELHO PENITENCIÁRIO E MEMBROS MÉDICOS — Major Dr. Arídio 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 OCASIAO 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 TERAPÉUTICA SANATORIAL ATUAL — Coronel Dr. Ernesto de Oliveira.
POSSIVEL CONVOCAÇÃO DE INCAPAZES RELATIVOS — Ten. Cel. Dr. Câmara Leal.

Clínica Cirúrgica

CÂNCER PRIMITIVO DO CÓLON — Cap. Dr. Oswaldo Monteiro.
EM TÓRNO DO GESSADO OCLUSIVO — 1.º Tenente Dr. Breno Cunha.

Clínica Médica

ESTUDO CLÍNICO DO SEIO CAROTIDIANO — Cap. Dr. Francisco Leitão.
REUMATISMO CARDIO-ARTICULAR — Capitão Dr. Firmíno Gomes Ribeiro.

Clínicas de Neurologia e Psiquiatria

IDÉIAS GERAIS EM PSIQUIATRIA — Tenente Coronel Dr. Henrique Ferreira Chaves.
ASPECTOS SEMIOLÓGICOS DOS DISTÚRBIOS DA PALAVRA — Capitão Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas.
SURDEZ E MUTISMO HISTÉRICOS APÓS TRAUMATISMO CRANIANO — Capitão Dr. Meneleu Paiva Alves Cunha e Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello.
ESTUDOS DOS DELÍRIOS — Capitão Dr. Nelson Soares Pires.

Clínica Oftalmo-oto-rino-laringológica

CONSIDERAÇÕES SÔBRE OS PRIMEIROS CUIDADOS AOS TRAUMATIZADOS DE FACE — Capitão Dr. Octavio 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 Pilar.
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 Médicos-Militares

A BIOTIPOLOGIA E OS ACIDENTADOS — Ten. Cel. Dr. Luiz de Castro Vaz Lobo da Câmara Leal.

Biologia

NOVOS ASPECTOS DA BIOLOGIA — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

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.

IDÉIAS 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.

Clinica Dermato-sífilo-venereológica

EM TORNO DA PADRONIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA SÍFILIS RECENTE — Major Dr. Alvaro de Souza Jobim.

Clinica oftalmo-oto-rino-laringológica

FERIDAS DE GUERRA DA LARINGE — Capitães Drs. Otávio José do Amaral e Olívio Vieira Filho.
TRECHOS E CONCLUSÕES DE UM RELATÓRIO — Cap. Dr. Paiva Gonçalves.

Clinica Neuro-psiquiátrica**SÔBRE UM CASO DE PERSONALIDADE PSICOPÁTICA**

RANÓICA COM REAÇÃO CARCERARIA — Ten. Cel. Dr. Henrique Ferreira Chaves e Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello.

UM CASO DE MIOAGENESIA PEITORAL — Cap. Dr. Francisco P. R. Leivas.

A PSIQUIATRIA EM TEMPO DE PAZ E EM CAMPANHA — Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello.

Laboratório

AGENTES QUÍMICOS NA TRANSFUSÃO DE SANGUE — Cap. Farmacêutico Olyntho Luna Freire do Pilar.

A ROTINA NO EXAME DO SEDIMENTO URINÁRIO — 1.º Ten. Farmacêutico Gerardo Majella 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**ESTATÍSTICA NOSOLOLÓGICA REFERENTE A 1942.****Centro de Estudos**

RELATÓRIO DO CENERO DE ESTUDOS.

RELATÓRIO DO CENTRO DE ENFERMEIROS E MANIPULADORES DO H. C. E.

Noticiário

A POSSE DO CEL. DR. FLORENCIO DE ABREU NA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

(22-III-1944)

DIREÇÃO — ADMINISTRAÇÃO

Diretor	Cel. Dr. Florêncio Carlos de Abreu Pereira
Sub-Diretor	Ten. Cel. Dr. Jaime de Azevedo Vilas Boas
Ajudante	Cap. Dr. Moacir Ribeiro da Luz
Estatística Sanitária	Cap. Dr. Nelson Bandeira de Melo
Secretaria	Oficial Administrativo Aristarcho Lopes de Oliveira Ramos, secretário Oficiais Administrativos Euclides Teixeira e Lourival Ribeiro do Rosário, auxiliares
Tesouraria	Cap. I. E. Amado Salvado Alfonso Carroza, tesoureiro Oficiais Administrativos José Velloso da Silveira e Raimundo Brandão dos Santos, auxiliares

Almoxarifado	2.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. Herbert Maia de Vasconcelos
1.ª Enfermaria	Cap. Dr. Generoso de Oliveira Ponce
2.ª Enfermaria	Cap. Dr. Ademar Bandeira.
3.ª Enfermaria (sargentos)	Cap. Dr. Olívio Vieira Filho
4.ª Enfermaria	Cap. Dr. André de Albuquerque Filho
5.ª Enfermaria	Cap. Dr. Cícero Pimenta de Melo
6.ª Enfermaria	Cap. Dr. Áureo de Moraes
Gabinetes de Metabologia e Eletrocardiologia	Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão
Laboratório de Pesquisas Clínicas	1.º Ten. farm. Gerardo Majela Bijos, chefe 1.º Ten. farm. Paulo da Mota Lira, auxiliar

CLÍNICA CIRÚRGICA

Chefia	Maj. Dr. Azaís de Freitas Duarte
10.ª Enfermaria	Major Dr. Ernestino Gomes de Oliveira
11.ª Enfermaria	Cap. Dr. Edison Hipólito da Silva
12.ª Enfermaria (sargentos)	Cap. Dr. Hermílio Gomes Ferreira
15.ª Enfermaria (ortopedia)	Cap. Dr. Ito Mariano da Silva
19.ª Enfermaria	Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas

7.ª Enfermaria (uro-proctologia)	1.º Ten. Dr. Walter Joaquim dos Santos
Gabinete de Transfusão de sangue	Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas
Gabinete de Uroproctologia	Cap. Dr. Hermilio Gomes Ferreira

CLÍNICA DERMATO-SÍFILO-VENEREOLÓGICA

Chefia	Major Dr. Álvaro de Souza Jobim
8.ª Enfermaria (venereologia)	Cap. Dr. Luiz Felipe Santayana de Castro
9.ª Enfermaria (dermatologia)	Cap. Dr. Luiz Felipe Santayana de Castro
18.ª Enfermaria (dermatologia)	Cap. da Res. conv. Dr. João de Gervais Cavalcanti Vieira
Centro de Tratamento de Sífilis	Major Dr. Álvaro de Souza Jobim

CLÍNICA OFTALMO-OTO-RINO-LARINGOLÓGICA

Chefia	Major Dr. Herbert Jansen Ferreira
16.ª Enfermaria (oftalmologia)	Cap. Dr. Paulo Cruz Monteiro Veloso, chefe
17.ª Enfermaria (otorinolaringologia)	Cap. Dr. João de Gervais Cavalcanti Vieira Cap. Dr. Otávio José Amaral, chefe Cap. Dr. Olívio Vieira Filho, auxiliar

SERVIÇO MÉDICO LEGAL E DE ASSISTÊNCIA AOS PRESOS

Chefia	Major Dr. Abelardo Calmon de Oliveira
13.ª Enfermaria (presos)	Idem
Gabinete Médico Legal	Idem

ASSISTÊNCIA AOS OFICIAIS (PAVILHÃO) —
14.ª ENFERMARIA

Chefia	Major Dr. Azaís de Freitas Duarte
Clinica médica	Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão
Clinica Cirúrgica	Major Dr. Azaís de Freitas Duarte
Clinica Ginecologica	Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas
	Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas.
Clínica Obstétrica	Cap. Dr. André de Albuquerque Filho
	Cap. Dr. Ademar Bandeira

PAVILHÃO DE NEUROPSIQUIATRIA

Chefia	Ten. Cel. Dr. Rogaciano Joaquim dos Santos
Enfermarias A, B, C, D,	Cap. Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas
E, F, G e H	Cap. Dr. Nelson Bandeira de Melo
Laboratório especializado	Cap. Dr. Gabriel Duarte Ribeiro
	Cap. Dr. Nelson Bandeira de Melo

PAVILHÃO DE ISOLAMENTO

Chefia	Major Dr. Virgílio Tourinho Bettencourt Filho
20.ª e 21.ª Enfermarias	Cap. Dr. Milton Alvarenga
22.ª Enfermaria	1.º Ten. Res. conv. José Regis Pacheco Ferreira

RADIOLOGIA — FISIOLOGIA — MECANOTERAPIA

Chefia	Major Dr. João Nominando de Arruda
--------	------------------------------------

Gabinete de Raios X	Cap. Dr. Thiers Rodrigues de Almeida
Gab. de Fisioterapia	1.º Ten. Dr. Walter Joaquim dos Santos
Gab. de Mecanoterapia	

SERVIÇO FARMACÊUTICO

Chefia	Major Dr. Saturnino de Oliveira Filho
Crefia dos Laboratórios	Cap. Dr. Olyntho Luna Freire do Pilar
Secção de Manipulação	1.º Ten. Henrique Barbosa da Cruz Filho
Lab. de hipodermia	2.º Ten. Ciro Gonçalves Siqueira
Laboratório de produtos oficiais	1.º Ten. Roberto Corrêa de Souza
	1.º Ten. Roberto Corrêa de Souza
	1.º Ten. Dr. Gerardo Majela Bijos
Auxiliares	1.º Ten. Paulo da Mota Lira
	2.º Ten. Ciro Gonçalves Siqueira

SERVIÇO ODONTOLÓGICO

Chefia	2. Ten. Res. conv. Carlos Americano D'Avila
Gabinete de Oficiais	Bartolomeu Lopes, 2.º Ten. Res. Conv.
Gabinete de Praças	Bartolomeu Lopes, 2.º Ten. Res. Conv.
Pavilhão de Isolamento	Antonio Arcanjo Câmara, 2.º Ten. Res. Conv.
Lab. de Prótese	Manuel Rogério
Serviços externos	Firmo de Barros Perestrelo Carvalhosa