

ANAIIS  
DO  
HOSPITAL CENTRAL  
DO  
EXÉRCITO

EDITORIA HENRIQUE VELHO  
(EMPRESA "A NOITE")  
Av. Marechal Floriano, 15 - Rio  
1 9 4 3

# ANAIIS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

ANO VIII

1943

N.º 8

## SUMÁRIO

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Cel. Dr. Florêncio de Abreu .....	3
--	---

### ASSUNTOS MÉDICO-MILITARES

A BIOTIPOLOGIA E OS ACIDENTADOS — Ten. Cel. Dr. Luiz de Castro Vaz Ibo da Câmara Leal .....	9
---	---

### BIOLOGIA

NOVOS ASPECTOS DA BIOLOGIA — Cel. Dr. Florêncio de Abreu .....	19
--	----

### CLÍNICA MÉDICA

BLOQUEIOS DE RAMOS — Cap. Dr. Francisco Leitão .....	23
ÚLCERA DUODENAL — Cap. Dr. Adhemar Bandeira .....	33

### CLÍNICA CIRÚRGICA

TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS DE GUERRA — Major Dr. Azais de Freitas Duarte .....	51
IDÉIAS MODERNAS EM TRAUMATO-ORTOPÉDIA — Cap. Dr. Guilherme Machado Hautz .....	61
PSICOCIRURGIA — Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas .....	71
METABOLISMO GASOSO NAS QUEIMADURAS GRAVES — Cap. Dr. Oscar Nicholson Taves .....	87

### CLÍNICA DERMATO-SÍFILO-VENEREOLÓGICA

EM TORNO DA PADRONIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA SÍFILIS RECENTE — Major Dr. Alvaro de Souza Jobim .....	93
---	----

## CLÍNICA OFTALMO-OTO-RINO-LARINGOLÓGICA

FERIDAS DE GUERRA DA LARINGE — Capitães Drs. Otávio José do Amaral e Olívio Vieira Filho	101
TRECHOS E CONCLUSÕES DE UM RELATÓRIO — Cap. Dr. Paiva Gonçalves	105

## CLÍNICA NEURO-PSIQUIÁTRICA

SÓBRE UM CASO DE PERSONALIDADE PSICOPÁTICA PARA-NÓICA COM REAÇÃO CARCERARIA — Ten. Cel. Dr. Henrique Ferreira Chaves e Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello	117
UM CASO DE MIOAGENESIA PEITORAL — Cap. Dr. Francisco P. R. Leivas	127
A PSIQUIATRIA EM TEMPO DE PAZ E EM CAMPANHA — Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello	133

## LABORATÓRIO

AGENTES QUÍMICOS NA TRANSFUSÃO DE SANGUE — Cap. Farmacêutico Olyntho Luna Freire do Pilar	151
A ROTINA NO EXAME DO SEDIMENTO URINÁRIO — 1.º Ten. Farmacêutico Gerardo Majella Bijos	155
INDOXILÚRIA E INDOXINEMIA — 2.º Ten. Farmacêutico Paulo da Motta Lyra	175

## FARMÁCIA

A SEÇÃO DE PRODUTOS OFICINAIS DO H. C. E. — 1.º Ten. Farmacêutico Rubens Antunes Leitão	179
---	-----

## ESTATÍSTICA

ESTATÍSTICA NOSOLOLÓGICA REFERENTE A 1942	181
---	-----

## CENTRO DE ESTUDOS

RELATÓRIO DO CENTRO DE ESTUDOS	197
RELATÓRIO DO CENTRO DE ENFERMEIROS E MANIPULADORES DO H. C. E.	201

## NOTICIÁRIO

A POSSE DO CEL. DR. FLORÊNCIO DE ABREU NA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA	203
O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E O QUINQUÉNIO DO ESTADO NACIONAL	211
O DIRETOR DO H. C. E. PARANINFA AS VOLUNTÁRIAS SOCORRISTAS DAS ASSOCIAÇÕES CRISTÃ DE MOÇOS E BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO	221
A ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR	225
SOCIEDADE DE BIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO	229
SUMÁRIO DOS NÚMEROS ANTERIORES	233
QUADRO DO PESSOAL DO H. C. E. EM MARÇO DE 1943	243

## HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

O Hospital Central do Exército foi criado pelo Decreto nº. 277, de 22-3-1890, assinado pelo Chefe do Governo Provisório, o generalíssimo Manoel Deodoro da Fonseca, e referendado pelo Ministro e Secretário de Estado dos Negócios da Guerra, o Brigadeiro Benjamin Constant Botelho de Magalhães. Instalado a princípio no antigo Morro do Castelo, foi transferido para sua sede atual em 1902.

Como decorre de sua própria denominação, o Hospital Central do Exército é o principal e o maior nosocômio militar do país, organizado de modo a ser o grande centro hospitalar do Exército brasileiro bem como a escola clínica inicial dos médicos civis que ingressam em nosso Corpo de Saúde.

*Além dos militares do Exército ativo da guarnição do Distrito Federal e das guarnições mais próximas (Niterói, Petrópolis), o nosso H. C. E. hospitaliza militares reformados, asilados, cadetes da Escola Militar, alunos do Colégio Militar e, freqüentemente, elementos da Polícia Militar do Rio e do Espírito Santo; hospitaliza ainda pessoas de família de militares amparadas por previsões legais e funcionários civis do Ministério da Guerra, além de receber, em grau de recurso terapêutico, doentes de todas as guarnições do Brasil. Em consequência desse vulto de internamentos, a soma de seus doentes atinge a 12 mil no ciclo anual.*

*O objetivo principal do Serviço de Saúde de um exército é, sem dúvida, a conservação eficiente dos efetivos militares; tudo o mais, no serviço sanitário, é complemento desse objetivo: para ele concorre ou dele decorre. A respectiva realização é consequência de dois aspectos de atividade profissional: profissão e tratamento. A primeira é a parte do higienista que, além da seleção inicial, tem a seu cargo a tarefa de evitar a doença; é a incumbência atribuída aos nossos colegas da tropa. O tratamento tem a responsabilidade da recuperação dos efetivos: é o que incumbe aos hospitais militares.*

*A recuperação tão rápida quanto possível e tão perfeita quanto necessária dos militares confiados ao Hospital Central do Exército é o objetivo que esse nosocomio procura realizar. Mas, além disso, sua direção atual imagina ainda maior o alcance de suas possibilidades quando considera que a soma de seus doentes constitue tão vultoso material humano que lhe permitirá,*

*certamente, organizar-se em centro idôneo de observação e de estudo, capaz de contribuir, sob vários aspectos, para a solução de alguns problemas demógrafo-sanitários nacionais e até mesmo de levar possível colaboração a pesquisas mundiais de benefício para a ciência e para a humanidade.*

*Nos 53 anos de sua existência, completados no dia da publicação destes "Anais", teve o Hospital Central do Exército 17 diretores efetivos cuja sucessão foi a seguinte:*

- 1.º — Cel. Dr. Antônio Pereira da Silva Guimarães — de 16-4-1890 a 3-9-1890;
- 2.º — Cel. Dr. José Porfírio de Mello Matos — de 3-9-1890 a 19-9-1898;
- 3.º — Ten. Cel. Dr. Flávio Augusto Falcão — de 19-9-1898 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 4-2-1909 a 31-12-1914;
- 8.º — Ten. Cel. Dr. Manuel Pedro Vieira — de 2-1-1915 a 14-12-1918;
- 9.º — Ten. Cel. Dr. Virgílio Tourinho Bitencourt — de 14-12-1918 a 15-7-1920;
- 10.º — Cel. Dr. José de Araujo Aragão Bulcão — de 15-7-1920 a 16-11-1922;
- 11.º — Cel. Dr. Antônio Nunes Bueno do Prado — de 16-12-1922 a 2-5-1923;
- 12.º — Cel. Dr. Sebastião Ivo Soares — de 16-7-1923 a 15-10-1924;

- 13.<sup>o</sup> — Cel. Dr. Alvaro Carlos Teurinho — de 15-10-1924 a 11-4-1929;  
14.<sup>o</sup> — Cel. Dr. Manuel Petrarca de Mesquita — de 11-4-1929 a  
24-1-1935;  
15.<sup>o</sup> — Cel. Dr. Antônio Alves Cerqueira — de 11-2-1935 a 24-6-1936;  
16.<sup>o</sup> — Cel. Dr. José Aeylino de Lima — de 29-6-1936 a 12-6-1941;  
17.<sup>o</sup> — Cel. Dr. Florêncio Carlos de Abreu Pereira — de 7-9-1941 (atual  
diretor).

**Florêncio de Abreu**

**Assuntos Médico-Militares**

**A BIOTIPOLOGIA E OS ACIDENTADOS**

**DR. CÂMARA LEAL**  
Ten. Cel. médico, chefe de Clínica  
Cirúrgica. Membro titular  
da Academia Brasileira de Medicina  
Militar.

Nos demorados momentos de reflexão nas linhas de frente de nossas fôrças anti-revolucionárias, e no tempo de paz, nas juntas de inspeções no interior, antes dos estudos de biotipologia serem familiares, preocupava-nos seriamente a situação das praças distribuídas pelas armas e serviços, sem um perfeito conhecimento de suas aptidões físicas e mentais.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Este é o pensamento moderno de expansão internacional.

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

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

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

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

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

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

A normalidade em Biologia é causa relativa porque de fato existe um desvio para variantes especiais, que, no entanto,

estudadas nas leis de endocrinologia, ditam para melhor as desvicias individuais.

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

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

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

As quatro grandes harmonias da Natureza, citadas por Peregrino Junior:

"Harmonia do corpo — beleza;  
Harmonia do coração — bondade;  
Harmonia do espírito — inteligência;  
Harmonia das funções — saúde",

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

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

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

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

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

Viola, o orientador constitucionalista, não se impressionando com a "face morfológica ou anatômica dos ectipos", mas, detendo-se nos "seus múltiplos aspectos, hereditários, humorais e psicológicos, salientou quatro faces igualmente importantes, a hereditária, a morfológica, a dinâmico humoral e a psicológica, e dessa harmonia proporcional formou três tipos fundamentais:

- 1) o normotípico, normosplânico;
- 2) o braquitípico, megalosplânico;
- 3) o longitípico, microsplânico.

Pende, porém, traçou a norma mais interessante de constitucionalística porque, como disse antes, penetrou no grande sector endocrinológico, de fronteiras ilimitadas, descrevendo os temperamentos endócrinos "hiper e hipopituitários, hiper e hipotiroideus, hiper e hipotímicos, hiper e hipo suprarrenálicos, hiper e hipogenitais e ainda os temperamentos mistos, resultantes da combinação daqueles", e destinguiu ainda as variedades estênica e astênica.

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

Ei-lo:

Longitípico estênico	Hipertiroideu	{ Energia Fôrça e Tonicidade muscular
	Hiperparat — Hiperpituitário	
	glândulas genitais	
Resultado Harmonia	glândulas supra renais	{ Formas proporcionais Inteligência Equilíbrio moral Equilíbrio psíquico
	il. Langerhans.....	

Longitípico	Hipertir (irritabilidade da tireoide)	Inteligentes Vivos Irascíveis Fraqueza irritável
	Hipoparatiroides	
	Hipo suprarrenálico . . . . .	

Brevilíneo estênico	Hipotiroideu	Fôrça Muscular Tonicidade Ligamentos
	Hiperpituitário	
	Hipersuprarrenálico	

Brevilíneo astênico	Hipotiroideu	Resistentes Fortes Calmos Resolutos
	Hipogenital	
	Hiposuprarrenálico	
	Hiperpancreático . . . . .	

Em geral:

Estênicos	Boas defesas	Muita fome Pouca inteligência Pouco emotivos Pouco fortes Moles, preguiçosos
	Reações imunitárias ativas	
	Hipercalcemia	
	Hipercolesterinemia	
	Hipersuprarrenalismo	

Astênicos { o contrário

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

## A) — LONGILÍNEO ESTÊNICO:

- 1) *Estatura* — pouco superior ao normal (1,60 m. a 1,62 m.).
- 2) *Peso* — Pouco inferior ao normal.
- 3) *Ossos e músculos* — desenvolvimento normal. Forma delgada do esqueleto, que é rico em cálcio.
- 4) *Microsplancnia* ligeira. Tórax e ventre menos achatados que no astênico. Conservada a proporção entre diâmetros ântero-posteriores e transversos.
- 5) Membros delgados com extremidades distais longas e fortes. Massas musculares longas e elásticas, capazes de desenvolver fôrça notável nos movimentos, desenhando-os sob a pele. Características: rapidez e agilidade.
- 6) Crânio normalmente desenvolvido, de forma mesatícefala ou doliocéfala. Fronte alta. Predomínio da altura craniana. Face bem modelada, com proeminentias ósseas grosseiras. Nariz bem alongado. Dentes fortes.
- 7) *Coração e artérias* — Sem sinais de hipoplasia. Tensão arterial normal. Amplas excursões diafragmáticas com tipo respiratório abdominal. Espirometria dando valores normais ou exagerados.
- 8) *Funções digestivas* — Normais, podendo haver grande voracidade.
- 9) Predominância leve do simpático, embora haja polineurotonia. Dominantes hipertiroideza e hiperpituitária. Boa função suprarrenal e genital. Notável hermatopoiese.  
— Variedades estênicas do normotípico.

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

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

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

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

Coração e artérias pouco desenvolvidos. Tensão arterial baixa. Estômago longo, estreito, atônico, com hipossecréção, mas muitas vezes com peristaltismo exagerado. Labilidade neurovegetativa total. Predominância do vago sobre o simpático.

Temperamento hipertiroideu, hiposuprarrenalíco, hipogenital, às vezes hipocalcemia e espasmofilia, por hipoparatiroidismo.

Hematopoiése insuficiente, com linfocitose relativa e oligocromoemia.

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

Membros inferiores curtos, relativamente ao busto.

Tronco largo e maciço.

Notável robustez do esqueleto e da musculatura.

Megalosplancnia absoluta e relativa leve, segundo o conceito de Viola. Crâneo bem desenvolvido em todos os diâmetros com predominância da altura. Mesaticéfalos ou braquicéfalos. Face hexagonal, angulosa e robusta, com fronte alta. Nariz proporcional. Maxilar inferior largo. Dentes fortes e resistentes. Tórax largo, longo. Coração esquerdo e aorta bem desenvolvidos.

Hiperestenia total neurovegetativa. Predominância relativa do simpático.

Temperamento hipersuprarenálico, hipergenital, hiperpancreático. Insuficiência relativa da tireoide.

Elevados valores de glicemia, colesterinemia e uricemia, bem como do número de hematias e da proporção de hemoglobina.

Voracidade e poder digestivo notáveis. Sexualidade boa ou exacerbada.

Notável força muscular e resistência ao esforço. Lentidão dos movimentos.

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

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

Expressão pueril da face. Pêlos finos e raros. Face delicada, com proeminências pouco desenvolvidas. Crânio tendente a braquicefalia. Caracteres sexuais secundários reduzidos nos homens, podendo ser normais nas mulheres. Músculos finos, hipotônicos. Esqueleto débil. Excessivo desenvolvimento dos sistemas venoso e linfático. Hypoplasia do sistema arterial e do sangue. Acrocanose e microstigmia habituais. Tendência ao linfatismo e a oligocromoemia. Hipotiroidismo, hipopituitarismo, hipogenitalismo, às vezes hiperinsulinismo. Labilidade neurovegetativa. Prevalência do vago. São sedentários e comem muitos hidratos de carbono e bebem muita água.

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

Diz Rocha Vaz: "Compreende-se bem quanto êrro de julgamento nos dá a técnica dos índices constitucionais — mistura sem nenhum rigor matemático da estatura, do peso, do perímetro torácico, do diâmetro transverso torácico, do diâmetro transverso cardíaco e da excursão respiratória, elementos da mais variada natureza anatômica e funcional e da mais variada natureza dimensional".

Feita a relação dos aptos para a incorporação, a distribuição para as formações de tropa deve seguir uma orientação concienciosa.

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

## Biologia

### NOVOS ASPECTOS DA BIOLOGIA

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.

“Os limites da Biologia” foram magistralmente traçados, no começo do século, por Grasset, eminente mestre da medicina de seu tempo, clínico e fisiologista, neurologista e psicólogo. No seu método de ensinar por meio de esquemas didáticos, mesmo quando esplanava doutrina transcendente como a dos dois psiquismos, o grande espiritualista de Montpellier enquadrou a Biologia entre fronteiras superiores, inferiores e laterais dos conhecimentos humanos. Com isso, o sábio mestre de uma gera-

ção que findava, quando a nossa surgia para a vida profissional, definiu a doutrina da irredutibilidade dos fenômenos biológicos. E certamente fixou a verdade exata quando caracterizou a natureza desses fenômenos que, embora tendo por sede o *substratum* anatômico, não podem ser identificados aos fenômenos físico-químicos. As condições anátomo-fisiológicas e as propriedades físico-químicas da matéria são, naturalmente, elementos necessários aos fenômenos biológicos; o próprio São Tomaz de Aquino, um dos precursores da fisiologia moderna, escrevia no século XIII em relação ao psiquismo: "foi necessário que o homem, entre todos os animais, tivesse um cérebro relativamente ao próprio corpo afim de nele se realizarem mais livremente as operações da sensibilidade interna que são necessárias às operações intelectuais". Mas, as condições anátomo-fisiológicas e os fatos físico-químicos, embora necessários, não são suficientes para explicar a Biologia. As leis físicas e químicas são aplicáveis à fisiologia, mas não podem bastar, ensinou Fonsegrive, para explicar a vida. Claude Bernard, o criador da fisiologia, estabeleceu que o fenômeno fisiológico "se faz em consequência das leis que regem as propriedades físico-químicas da matéria, mas o que é essencialmente do domínio da vida, o que não pertence nem à física nem à química é a idéia diretriz da evolução vital". O próprio Augusto Comte, autor da filosofia positiva, declarou irredutível o caráter biológico nos fenômenos da vida.

Foi essa, de resto, a doutrina de outros grandes pensadores do passado como é a convicção dos estudiosos do presente. E aqueles que cristalizaram seus conhecimentos na inciência simplista e já remota do materialismo, deixando-se ficar à margem da observação da vida e das conquistas científicas, estão naturalmente atônitos com a evolução da Biologia, cujos fenômenos se apresentam à apreciação humana cada vez mais complexos e mais surpreendentes.

Em nossos dias, a Biologia dilatou largamente seus limites. Ao Norte e ao Sul, a Leste e a Oeste da vida ambiente, ultrapassou os polos e a circunferência da Terra, para penetrar no Cosmos universal e pesquisar as influências benéficas e maléficas que sobre o ser vivo podem ter o eletro-magnetismo atmosférico e as irradiações cósmicas de diverso aspecto.

A conquista científica avança dia a dia e encontra explanação idônea para fenômenos que dantes eram levados a crédito do sobrenatural. Os lugares malditos e as casas assombradas, sede habitual de raios e de tormentas, de doenças e de outros malefícios, que insistentemente aí danificam o ser vivo ou a obra humana, encontram hoje explicação no conhecimento das camadas do sub-solo, cuja composição ou cujas fendas são motivo permanente de atração de irradiações eletro-magnéticas da atmosfera envolvente.

No organismo vivo — analisado na composição celular do núcleo e do citoplasma, com os respectivos cromosomas e condriomas vibráteis, formados de matéria isolante e contendo um líquido isotônico e isocondutor como a água do mar — cada célula é um minúsculo excitador de Hertz, microscópico vibrador hio-elétrico capaz de emitir e captar irradiações. E os milhões de células que no seu conjunto formam um organismo condicionam em cada ser humano um poderoso aparelho receptor e transmissor de irradiações das mais complexas.

Sociedades sábias se organizam, aqui e ali, para estudarem idoneamente essa radionomia, especializando aspectos individuais de radiestesia. O abade Mermet, tão rico de virtudes como de ciência, descobre uma irradiação fundamental dos seres vivos e aperfeiçoa de tal modo sua própria capacidade radiestesica, sintonizando pequenos pêndulos de metal puro sobre a carta geográfica de uma região, que consegue orientar a polícia na procura de criminosos evadidos. Voillaume chega a medir, em microns, as irradiações humanas, especificando-as em irradiações

mentais, visuais, digitais e outras. O professor Otto Rahn, da Universidade de Corwel, afirma ter encontrado um olhar humano cujas irradiações chegavam a destruir células ativas de leveduras e cita o caso de uma mulher cuja irradiação nociva era de tal ordem que fazia murchar imediatamente toda flor que seu dedo tocasse.

Esse é, apenas, um dos rumos atuais da Biologia. Em outros setores de observação e de estudo, novos aspectos da fisiologia, especialmente no domínio endócrino-simpático, marcam continuamente conquistas novas no conhecimento dos fenômenos da vida e, consequentemente, armam a medicina de melhores meios para combater a doença e reconquistar a saúde do homem.

## Clinica Médica

### BLOQUEIOS DE RAMOS

#### DR FRANCISCO LEITÃO

Cap. médico, chefe dos Gabinetes de Metabolologia e Eletrocardiologia.  
Membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar.  
Assistente do Prof. Rocha Vaz.

Escrevendo o presente artigo, anima-me, tão sómente, o desejo de colaborar mais uma vez, em mais um número dos nossos Anais. Nenhuma contribuição pessoal penso trazer ao estudo dos bloqueios: não estamos aparelhados para pesquisas, sobretudo de patologia experimental, e os casos aparecidos no serviço, durante o ano, foram poucos, apenas doentes externos para laudos eletrocardiográficos.

Limito-me, pois, a um simples relato do assunto, na esperança que seja sucinto, atualizado e com observações pessoais.

O bloqueio de ramo nada mais é do que o entrave à marcha do estímulo no miocardio específico dos ventrículos: um distúrbio na condução intraventricular. Desde EPPINGER e RO-THBERGER, em 1910, que se verificou experimentalmente, a secção ou pressão no ramo direito do feixe auriculo-ventricular bloqueia a passagem do estímulo para o ventrículo direito: o estímulo segue o "caminho dos trilhos" no ventrículo esquerdo, que se contrai primeiro, ganhando posteriormente o outro ventrículo pelo septo inter-ventricular, caminho desviado e mais longo.

Na exatidão fisiológica, mostrou-o KATZ, não há propriamente sincronismo ventricular, mas é desprezível este assincronismo normal. Resulta, pois, do bloqueio de ramo, um verdadeiro, um apreciável assincronismo ventricular, com precessão do ventrículo não interessado. E decorrem daí sintomas clínicos, já apreciaveis à simples escuta (CASTEX, KING, MC. EACHERN), melhor explorados pelo registo ótico dos fenômenos mecânicos da atividade cardíaca, mas também acessíveis à eletrocardiografia.

Encontrando o estímulo, nos ventrículos, um obstáculo à sua passagem e seguindo um caminho desviado e mais longo, as consequências no ecg são, obviamente, alterações no seu complexo ventricular, que assim podem ser esquematizadas:

1.º — O tempo de duração do QRS de 0,06 a 0,08 de segundo passa a 0,12 de segundo ou mais.

2.º — A forma do QRS sofre alterações, como alargamento, espessamento e entalhes.

3.º — As derivações precordiais podem mostrar o assincronismo ventricular e a precessão do ventrículo não bloqueado, mais um elemento no diagnóstico do bloqueio e de sua localização.

Pela lógica, admitindo-se que o ecg é um bicardiograma, no caso de haver um bloqueio direito, deveria haver predominância do ventrículo esquerdo e o traçado deveria ter o aspecto de um levograma. E, no caso contrário, de um dextrograma. A

experimentação em animais, pela secção do ramo do feixe auriculo-ventricular, provou-o que assim era. Nada mais natural que se estendesse ao coração do homem êsses dados e, fato notável, alguns casos clínicos em que se havia feito, em vida, o diagnóstico de bloqueio direito ou esquerdo por êsses dados electrocardiográficos, foram confirmados por estudo histológico. Entretanto, esta "teoria clássica" dos bloqueios, não foi confirmada por estudos ulteriores: havia sido feita uma analogia exagerada entre os eletrocardiogramas humanos e os obtidos experimentalmente em cães. E, na revisão do assunto, destacam-se os nomes dos autores americanos: MAHAIM, YATER, KOUNTZ, JOHNS-TON, HILL, MACLEOD, BARKER, WILLIUS, KING, WOOD, GAYBRIEL, SPRAGUE, SAMPSON, NAGLE, PARDEE, FRE-UND, SOKOLOV e, principalmente, WILSON e BAYLEY.

E' deles a esquematização que sigo nos bloqueios e que passo a estudar:

1 — *Bloqueio do ramo esquerdo, de tipo discordante ou heterofásico.* Caracteriza esse tipo de bloqueio: a) QRS com 0,12 de segundo ou mais; b) QRS com espessamento ou entalhe; c) T amplo, em oposição à deflexão maior de QRS, que é para cima em D I (R 1) e para baixo em D III (S 3). O traçado é, pois, um levograma.

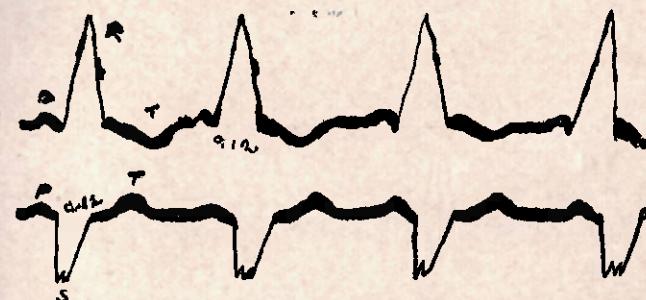


Fig. N.º 1

2 — *Bloqueio de ramo esquerdo, de tipo concordante ou homofásico.* Como o anterior, apenas com a onda T na mesma direção que a maior deflexão de QRS. Em D III a principal onda é R, embora também possa haver um S amplo.

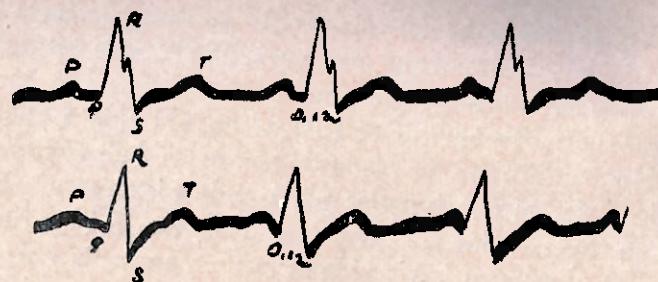


Fig. N.º 2

3 — *Bloqueio de ramo direito, tipo 1.* Caracteriza-se: a) QRS de 0,12 de segundo ou mais; b) em D I o acidente maior é para baixo (S 1), amplo, precedido por pequeno R 1. T é positivo. Em D III, a principal onda é R 3, amplo, precedido por pequeno Q. T é negativo. O traçado é pois um dextrograma.



Fig. N.º 3

4 — *Bloqueio de ramo direito, tipo 2.* Como no tipo 1, apenas R 1 é mais amplo do que S 1. T é positivo. Em D III a onda principal é R, largo e com entalhe. T é negativo.

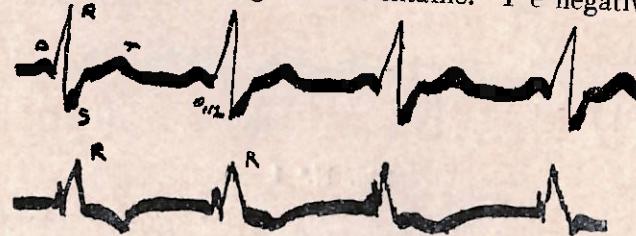


Fig. N.º 4

5 — *Bloqueio de ramo direito, tipo 3.* D I semelha-se a D I do tipo 2. R é amplo, S 1 é mais amplo. Em D III, há

uma deflexão para baixo (Q 3) seguida de outra para cima (R 3). T 3 pode ser negativo, isoelettrico ou ligeiramente positivo.

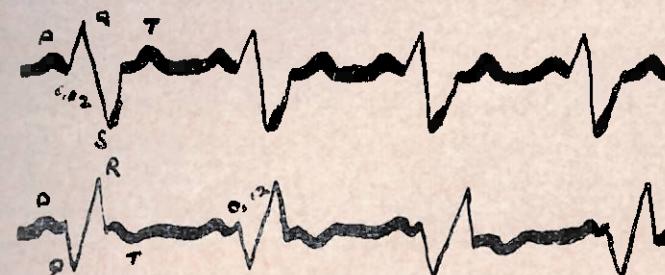


Fig. N.º 5

6 — *Bloqueio de ramo direito, tipo 4.* QRS é manchado ou entalhado em D I e D II. R 1 é amplo seguido de pequeno S 1. T 1 positivo ou negativo. Em D III, pequeno R seguido de amplo S. T positivo ou negativo.

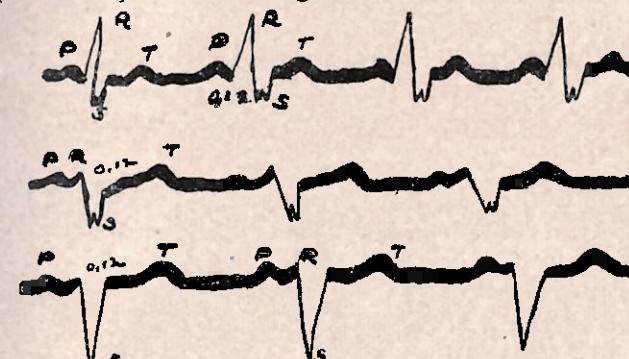


Fig. N.º 6

7 — *Bloqueio de ramo direito, tipo 5.* Caracteriza-se pela baixa voltagem de todas as ondas em D.I. D II e D III semelham-se às do bloqueio de ramo esquerdo. A principal deflexão é para baixo: amplos S 2 e S 3. T é positivo.

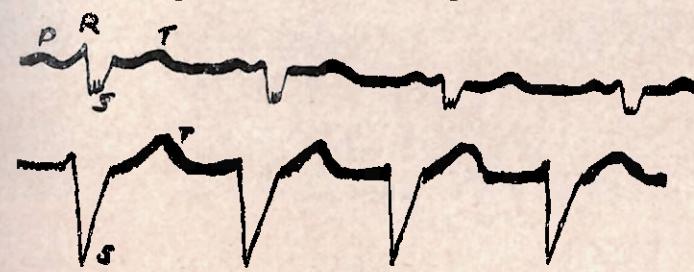


Fig. N.º 7

A estes tipos poderiam ser acrescentados:

- Um grupo de classificação difícil e cujos traçados se afastam dos que foram aqui descritos. (Fig. 11).
- Um outro grupo caracterizado pela baixa voltagem dos accidentes em todas as três derivações dos membros, por um QRS de mais de 0,10 de segundo, manchado ou grampeado. Incluir-se-iam nesse grupo os bloqueios de arborização descritos por OPPENHEIMER e ROTHSCHILD. (No bloqueio de arborização propriamente descrito por esses autores, o complexo ventricular de baixa voltagem, seria achatado e alargado).

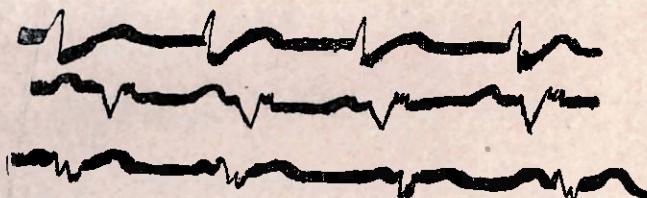


Fig. N.º 8

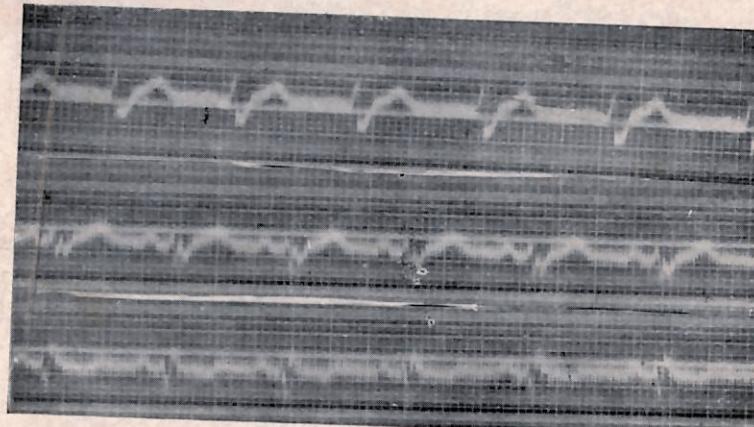


Fig. N.º 9

Este bloqueio pertence àquele grupo ao qual se incluiu o bloqueio de arborização de Oppenheimer e Rotschild. Rigorosamente afasta-se do tipo descrito por esses autores, mas é um bloqueio em que o intervalo de QRS é aumentado, é de baixa voltagem, há entalhe do QRS, ausência de onda difásica e T positivo.

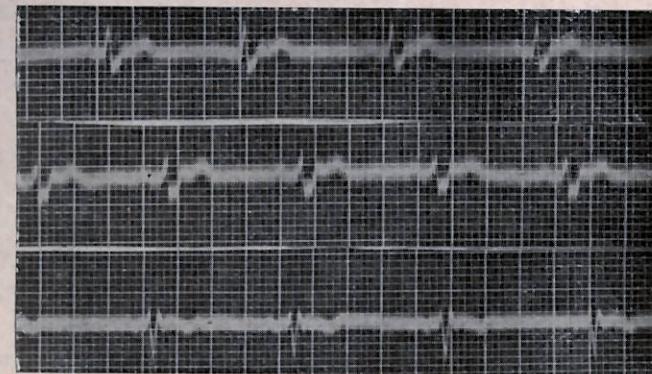


Fig. N.º 10

Eis aí nesta figura um traçado de bloqueio de ramo direito tipo 4. Meia estandardização: 5 mm = 1 milivolt. comparar o traçado com o esquema da figura N.º 6.

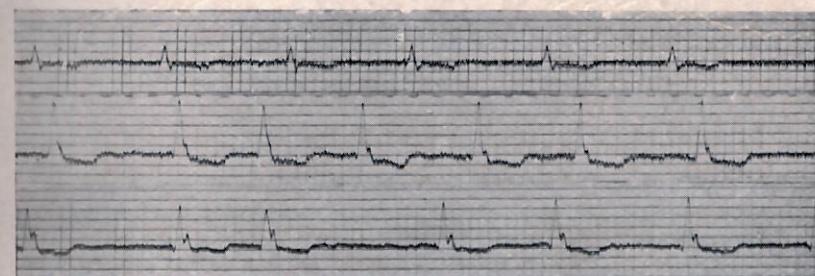


Fig. N.º 11

E' este um eletrocardiograma de fibrilação auricular. Há concomitante um bloqueio: QRS é alargado e com entalhe no ramo descendente de R. Este bloqueio, contudo afasta-se dos tipos que aqui foram descritos.

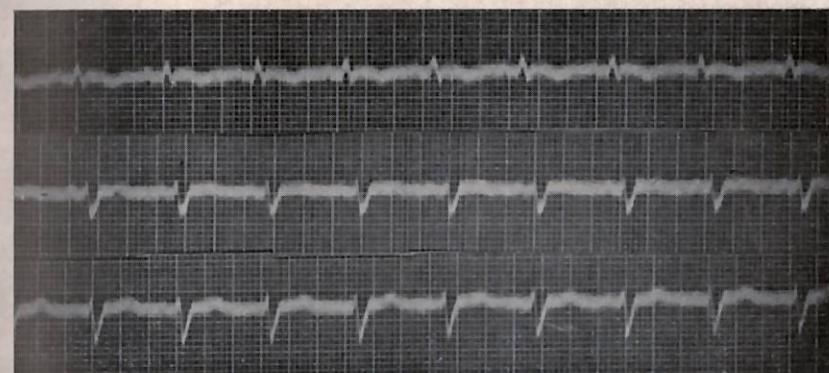


Fig. N.º 12

Lesão coronária e transtorno na condução intraventricular

Além desses bloqueios, ainda podiam ser referidos aqui os bloqueios transitórios, os bloqueios incompletos e os bloqueios parciais. WILLIUS e ANDERSON acham que o bloqueio de ramo completo e transitório não é raro. São mais comuns nos processos coronários e nas insuficiências cardíacas, passando quando melhoram as condições do paciente. Casos há, em que o bloqueio transitório tem aparecido com distúrbios endócrinos e curado com medicação endócrina; casos em que surgiu no decorso de uma apendicite e curado com a operação; casos curados espontaneamente.

O bloqueio de ramo incompleto é aquele em que a duração de QRS não passa de 0,12 de segundo, sendo a onda T oposta à desflexão inicial mais ampla. Este bloqueio é difícil de diferenciar-se de um acentuado desvio do eixo elétrico para esquerda, quando a duração de QRS também pode estar aumentada, mas estudos histológicos desses casos tem mostrado processo fibroso do ramo esquerdo do feixe de Hiss. Quanto ao bloqueio de ramo parcial é raro. Alternam neles ciclos com QRS largo, como no bloqueio completo, com ciclos de QRS estreitos. (Fig.13)

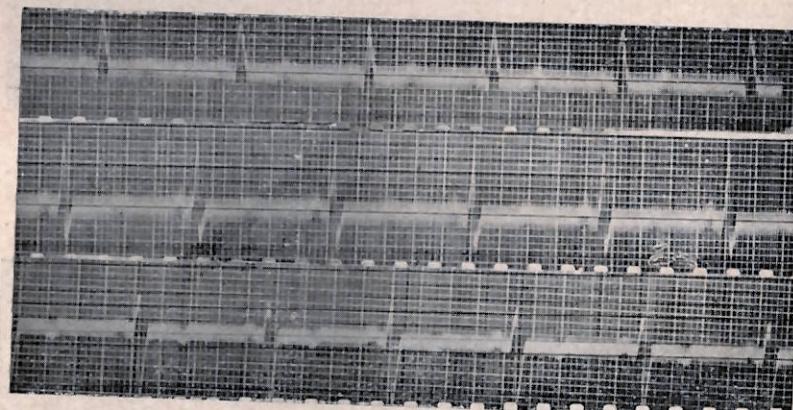


Fig. N.º 13

Disse que as derivações precordiais são elementos valiosos no diagnóstico dos bloqueios e da sua localização. Seria fastidioso expôr aqui toda a técnica dessas derivações no que diz respeito aos bloqueios. Apenas quero ressaltar, que a colocação do electrodo precordial nas posições já padronizadas e que

devem estar mais relacionadas ao ventrículo direito ou ao esquerdo, podem mostrar a precessão do ventrículo não bloqueado, além de outras características. Em um dos casos do gabinete, cujos traçados numerosos e graficamente dos melhores pensava pudesse ilustrar este artigo, verificava-se, muito claramente, a precessão do ventrículo esquerdo: o bloqueio devia ser pois do ramo direito. Empregando-se as derivações dos membros o bloqueio semelhava-se ao da fig. 5, bloqueio de ramo direito, tipo 3. As derivações precordiais nesse caso, confirmavam, pois, a veracidade da nova nomenclatura dos bloqueios.

No bloqueio de ramo esquerdo, quando se coloca o eletrodo precordial próximo ao esterno, R é pouco amplo ou mesmo inexistente, ao passo que S é tão amplo que às vezes se faz mister padronizar a corda do galvanômetro apenas pela metade, para que o traçado possa ser todo impresso no papel ou filme. No bloqueio de ramo direito, com eletrodo precordial na mesma posição, a ponta de R é demorada, de 0,08 a 0,10 de segundo, frequentemente manchada ou grampeada ou do tipo M; ao passo que, quando se afasta o eletrodo mais para a esquerda, a ponta de R tem uma duração de 0,02 a 0,03 de segundo, mais rápida pela precessão do outro ventrículo.

Agora, alguma coisa sobre a etiologia desses bloqueios. Todas as causas que possam lesar o miocárdio podem estar em jogo: a sífilis, a infecção reumatismo, a difteria, a tuberculose, as doenças infecciosas e parasitárias em geral e também o câncer. As angiopatias coronárias, a hipertensão arterial, a arterioesclerose, a chamada, por alguns, cardiopatia hipertensivo-arterio-esclerótica, estariam mais frequentemente e de modo mais direto ligadas a esse distúrbio da condução intraventricular. As lesões valvulares podem ser acompanhadas de bloqueio: o bloqueio de ramo esquerdo pode ser consequência de uma insuficiência aórtica e o bloqueio de ramo direito pode ser verificado, não raro, na estenose mitral.

Contudo, ainda que raramente, segundo autores, é possível encontrar-se o quadro eletrocardiográfico do bloqueio de ramo, em pessoa sem lesão cardíaca. Um aviso para que se pense clinicamente... e não apenas com o eletrocardiograma.

Diante dessa enumeração, algo longa, dos bloqueios, é natural a pergunta: há alguma utilidade nela? Não seria bastante

fazer-se apenas o diagnóstico de bloqueio, não passando o resto de uma minúcia eletrocardiográfica interessante, mas desprovida de qualquer valor prático?

Embora o prognóstico dos bloqueios deva ser formulado clinicamente, individualmente, acrescentaria abusando do plenásmo (já que, como disse Pende, a clínica é a ciência do individual) não há dúvida que os vários tipos de bloqueio comportam diferentes prognósticos. O objetivo seria poder formular-se o valor prognóstico de cada tipo de bloqueio. Eis o que importaria, consideravelmente, aos exames médicos para fins sociais, aos seguros de vida, às nossas Juntas Militares de Saúde. Com os dados colhidos até o momento, sabemos que os bloqueios de ramo esquerdo comportam um prognóstico mais reservado do que os do ramo direito. Os bloqueios de ramo esquerdo, de tipo heterofásico, parecem mais graves do que os de tipo homofásico; os bloqueios de tipo arborização são mais graves ainda do que os de ramo. O ritmo de galope, muito comumente encontrado no bloqueio de ramo, dá ao caso clínico um prognóstico dos mais sombrios. Os bloqueios na sífilis cárdio-vascular teem, igualmente, um prognóstico reservado, ao passo que os doentes sem sinais de insuficiência cardíaca e cujo bloqueio já date de algum tempo (um ano) teem um prognóstico mais favorável. Por sua vez, a mudança, em eletrocardiogramas sucessivos, de um tipo para outro tipo de bloqueio, agrava extraordinariamente o prognóstico, porque tal fato ocorre por extensão das lesões já existentes, ou é manifestação de uma condução altamente perturbada, por grande insuficiência cardíaca. Foram verificadas essas mudanças de tipo pouco antes de ocorrer o exitus.

Nos homens, a frequência do bloqueio é maior do que nas mulheres e, estatisticamente, o prognóstico é melhor nas mulheres. A idade, por si mesma, não tem maior influência no prognóstico dos bloqueios, não parecendo que o prognóstico seja pior só porque o paciente é velho.

Para concluir, embora o bloqueio deva ser encarado clinicamente, individualizando-o, deve levar-se também em conta o que informam os dados estatístico sobre os tipos de bloqueio. E para que êsses dados alcancem o seu maior valor, é evidente, faz-se mister, uma descriminação mais detalhada dos tipos de bloqueio.

## ÚLCERA DUODENAL

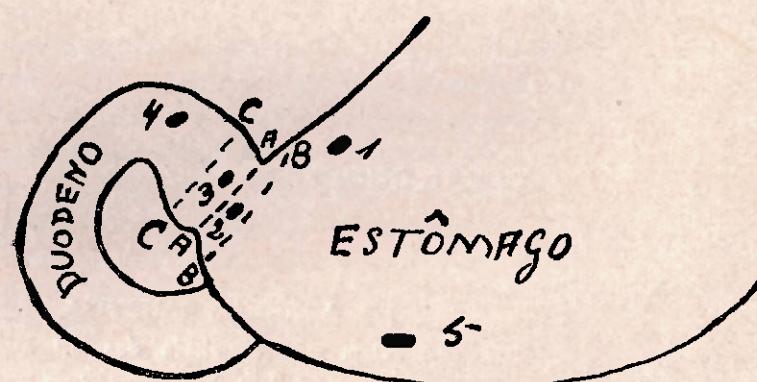
DR. ADHEMAR BANDEIRA

Cap. médico, chefe das 1.<sup>a</sup>  
e 2.<sup>a</sup> enfermarias.

A relativa frequência com que surgiram, nas enfermarias de clínica médica por mim chefiadas, os casos de úlcera do trato gastro-intestinal, levou-me a elaboração deste rápido e despretencioso trabalho, cujo único escopo foi focalizar os aspectos mais práticos da questão, especialmente no que diz respeito à conduta médico-cirúrgica.

Nestes últimos anos, enquanto permaneça ainda envolta em espesso véu de mistério a etiologia dos processos ulcerosos, notáveis progressos se verificaram no terreno da terapêutica. E, é ao clínico que compete orientá-la, pois é êle quem trava, via de regra, o primeiro contato com o doente. Daí a necessidade

do conhecimento exato do problema à luz das últimas aquisições da ciência, porque só assim poderá agir com segurança em cada caso que lhe venha às mãos. Tratarei principalmente da úlcera duodenal, sem deixar, entretanto, de fazer referência às demais localizações, mesmo porque guardam entre si estreita relação no que concerne à etio-patogenia e terapêutica, e terminarei com a observação de um baixado à 1.ª Enfermaria, portador de uma úlcera do bulbo duodenal, a quem dei alta, clínica e radiologicamente curado. Para evitar possível confusão ao empregar os termos duodenal, juxta-pilórica, gástrica etc., procurei enfeixar no pequeno esquema que se segue as diferentes modalidades mais comuns de *ulcus gastro-duodenais*:



A A: região pilórica — C C e B B: limites da zona influenciada pelo piloro — n.º 1: Úlcera gástrica da pequena curvatura. 2º: Úlcera gastro-pilórica — n.º 3: Úlcera duodeno-pilórica — 4º: Úlcera duodenal — 5º: Úlcera da grande curvatura. As úlceras gastro-pilórica (2) e duodeno-pilórica (3) são chamadas também juxta-pilóricas.

*Definição* — Úlcera duodenal é aquela que se localiza no intestino, a pequena distância do piloro, variável de 2 a 4 cm., de forma a não sofrer a influência fisiológica desse orifício. No esquema, está representada pelo n.º 4. É conhecida e bem estudada desde a memória de Bucquoy (1887), se bem que não passasse despercebida a Klins, alguns anos antes, 1860. Posteriormente, estudaram-na com especial carinho Delagénier, Tuffay, Houdart, Mathieu e muitos outros cientistas.

Na Alemanha, entretanto, só a partir de 1912 mereceu atenção especial por parte, aliás, de Bier e von Bergmann, Katsch e Akerlund. É que naquele país se emprestava muita importância às neuroses gástricas, que dominavam o quadro mórbido digestivo. As úlceras passaram despercebidas, ou melhor, foram confundidas durante decênios.

*Frequência* — Considerada a princípio rara, era temível, porém, em face das complicações graves e frequentes, de cuja verificação deu detalhada notícia Dieulafoy.

Hoje, possivelmente graças ao aperfeiçoamento dos meios propedêuticos, já não é tida mais como tão rara a úlcera duodenal, e, se bem que Parturier e Vassele sejam de opinião que apareça com igual frequência em ambos os sexos, dos 30 aos 50 anos, a prática demonstra que o homem paga maior tributo. É rara nas crianças, não obstante ter sido encontrada até mesmo em recém-nascidos, conforme demonstram as estatísticas. Para von Bergmann a úlcera duodenal tem a mesma frequência da gástrica.

Estudos anatômicos de Hart y Gruber falam em favor da úlcera gástrica, no entanto estatísticas mais recentes colocam a duodenal em primeiro plano. Na clínica universitária de Halle a percentagem de úlceras do aparelho digestivo é de 4 a 5 % dos baixados.

*Etiologia* — É bem complexa e ainda bastante obscura. Inegavelmente se destacam, entretanto, os fatores neurogênico, traumático, inflamatório, químico, infecioso, alérgico e carente. Potain defendeu a teoria traumática e Bottcher a infeciosa, que ainda hoje permanecem de pé. É indiscutível o papel que representa na gênese das úlceras do tubo digestivo a infecção focal partida das amígdalas, dentes, seios da face, bacinetes, vesícula biliar, apêndice e criptas anais. Todo portador de úlcera deve ser examinado por um proctólogo. Chamo especial atenção para esse ponto porque, fazendo a especialidade, posso afirmar que a criptite é muito frequente e responsável por distúrbios locais e gerais os mais variados.

Bensaúde insistiu sobre a influência da sífilis, e ao meu ver com toda razão. Estou convencido de que à sífilis se deve

imputar pelo aparecimento de grande número de úlceras gastro-duodenais. O doente a que já aludi, alias, apresentava reações serológicas positivas para a lues, e, após o tratamento específico, teve seu processo ulceroso cicatrizado, conforme evidenciou uma radiografia de contrôlo. A teoria da gastrite reviveu nestes últimos tempos. Foi Moskowicz o primeiro a evidenciar a gastrite e a duodenite que acompanham as úlceras do estômago e do duodeno. A ação nociva do ácido clorídrico continua a ser admitida unanimemente.

Trabalhos de necropsia realizados por Vonderahe em 14 casos de úlcera péptica, verificaram múltiplas hemorragias no hipotálamo anterior.

Estas verificações dão considerável destaque ao problema vascular e trófico. Quais os fatores que vão originariamente irritar os centros vegetativos? E' fora de dúvida que o problema etiológico ainda não encontra integral solução e vários fatores parecem estar em causa, ora isolada, ora concomitantemente. São do Prof. Anes Dias as expressões que se seguem e que nos mostram claramente o quanto teremos que caminhar ainda para chegarmos ao fim da jornada: "A questão patogênica desloca-se cada vez mais, do estômago para o sistema neuro-vegetativo, cujas relações com os equilíbrios bioquímicos e hormonais precisam ser analisados em todo caso de úlcera.

"A lesão gástrica, ou duodenal, aparece como a consequência de um distúrbio central, cuja patogenia apresenta ainda incógnitas e cujo tratamento, para ser racional, deve procurar e combater todos os fatores capazes de influência patogênica. E', pois, o organismo, inteiro que precisa ser examinado, para que a ação terapêutica possa ser esclarecida e se torne verdadeiramente útil e concienciosa".

*Anatomia patológica* — A maior parte das úlceras duodenais se assestam na porção horizontal, no bulbo duodenal. Predominam as da parede posterior, sendo que estas teem uma tendência especial para determinar hemorragias, ao passo que as da parede anterior tendem a perfurar-se. Ao contrário do que se pensava até pouco tempo, as úlceras gástricas e duodenais se acompanham sempre de gastrite e duodenite.

Como tipos de lesões ulcerosas, temos que considerar a erosão e a úlcera redonda, que pode ser aguda ou crônica. A úlcera curada deixa cicatriz, que poderá determinar transtornos muitas vezes graves ao funcionamento do estômago e duodeno. Em alguns casos, entretanto, podem não apresentar vestígios cicatriciais (Otavio de Carvalho). Quanto às úlceras gástricas, 70% se localizam na parede posterior e pequena curvatura, 16% na região pilórica, e 14% nas demais regiões (Hauser). A úlcera do duodeno, como a do estômago, é sujeita a complicações, mas, ao contrário desta, quase nunca se transforma em câncer. (H. Ribbert e C. Sternberg).

*Sintomas* — Antes de descrever a forma clássica, lembro que a úlcera duodenal pode evoluir sem sintomas de espécie alguma, simular uma dispepsia banal ou manifestar-se exclusivamente por crises dolorosas muito espaçadas e de pequena intensidade. Outras vezes o primeiro sinal da doença é uma melena de grandes proporções, ou, mais raramente, uma hematemese. Tive oportunidade de socorrer um colega com quem morava, atualmente colocado no Instituto dos Industriários em São Paulo, vítima de uma brutal hematemese oriunda de uma úlcera do bulbo duodenal, conforme ficou evidenciado posteriormente. Este rapaz não tinha nenhum passado gastro-duodenal até o momento da hematemese, e, acrescentemos, obteve a cura clínica de seu processo ulceroso graças à orientação terapêutica do Dr. Silva Melo. O caso que acabo de relatar é uma cópia da forma latente magistralmente descrita pelo grande Dieulafoy. Dentre os sintomas da úlcera duodenal, surge-nos ocupando um plano de especial destaque — *a dôr*.

Aparece por crises paroxísticas tardias em relação à ingestão dos alimentos, em média 4 a 5 horas depois das refeições. Localiza-se sempre à direita da linha mediana, irradiando-se para a vesícula biliar e para a espádua direita, durando as mais das vezes até à próxima refeição. De um modo geral é acalmada pelos alimentos, o que lhe valeu, por parte de cirurgiões americanos e ingleses, a classificação de *hunger-pain*.

O comportamento é o mesmo em relação à ingestão dos alcalinos. E' clássico o chamado ritmo de três tempos da úlcera do duodeno: refeição, bem estar, dôr.

E' de indiscutivel valor e observação frequente o fato da dôr do ulcus duodenum aparecer por períodos mais ou menos longos. Nestes intervalos o indivíduo chega a julgar-se curado, e não raro atribue o sucesso a êste ou àquele medicamento de que vinha fazendo uso. A anamnese não deve olvidar essa particularidade.

*Hemorragia* — Um outro sintoma importante é a hemorragia. Se bem que inconstante, traduz-se sempre por melena e, só excepcionalmente, por hematemesse. Quero referir-me especialmente às melenas macroscópicas, pois a presença de sangue nas fezes, evidenciada pelas reações de Weber ou Meyer, faz parte, geralmente, é do quadro sintomático das úlceras gástricas e juxta-pilóricas. Isto se explica pelo fato do duodeno não sofrer o traumatismo alimentar repetido e demorado, comportando-se apenas como ponto de passagem do bolo. Deve o clínico estar sempre avisado para as queixas relativas a distúrbios digestivos reflexos acompanhados de sangue nas evacuações, em portadores de hemorróidas e tumores malignos. Esta ocorrência é frequentíssima e, em muitos casos, o cortejo sintomático se assemelha sobremaneira ao do ulcus.

*Vômitos* — Pouco frequentes, quando existem são representados por suco gástrico, quase nunca alimentares, aliviando os doentes, que costumam até provocá-los. A ausência de perturbações gástricas constitue, aliás, excelente elemento de diagnóstico diferencial entre a úlcera duodenal pura, juxta-pilórica, da pequena curvatura etc.

*Erutações* — Nunca faltam. Os gases formam-se em tal quantidade que valeu a Graham afirmar "um duodeno ulceroso é uma usina de gás".

*Hipercloridria* — E' habitual e facilmente verificada após refeição de prova.

*Ausência de líquido em jejum* — E' de grande importância a inexistência da estase e da hipersecreção.

*Diagnóstico diferencial* — Vou referir-me apenas aos processos nóbidos mais comuns, e em linhas gerais, do contrário teria que alongar demasiado êste estudo.

*Dispepsias* — Um exame bem orientado por parte do clínico se torna indispensável, muitas vezes. Nunca esquecer, porém, que o dispéptico é um distônico, e ter sempre em mente o seu desequilíbrio vago-simpático. São queixas habituais de todo dispéptico: sensação de peso no estômago, sono depois das refeições, erupções, cefaléia etc.

*Ulcus juxta-pilórico* — A distinção é relativamente fácil. Aqui vamos encontrar com frequência o síndromo de Reichmann. Os vômitos estão sempre presentes e são alimentares. As dores são menos tardias e a evacuação gástrica é grandemente retardada.

*Ulcus da pequena curvatura* — As dores são muito mais precoces em relação à ingestão alimentar. Irradiam-se quase sempre para a esquerda e têm caráter transfixante. Os vômitos nunca faltam.

*Crises gástricas de origem tabética* — A astenia é sempre muito pronunciada, dores mais violentas, bem como os vômitos. Pesquisar os outros sinais da ataxia locomotora. Interrogar sobre o passado venéreo etc.

*Appendite* — Tem grande valor a localização do ponto doloroso. Verificar se há temperatura. Pesquisar as irradiações dôr e as reações peritoniais.

*Litíase biliar* — E' mais frequente na mulher. As crises dolorosas são menos regularmente tardias e mais breves. A ausência de hemorragias é mais da litíase, se bem que nela possa estar presente. A icterícia, quando existente, diz em favor da litíase, mas pode faltar nesta e estar presente na úlcera duodenal. Em suma, o diagnóstico diferencial não é facil e não esqueçamos que os dois processos mórbidos podem estar presentes concomi-

tantemente. Uma anamnese bem orientada e os Raios X, entretanto, poderão elucidar o diagnóstico.

*Complicações* — Precisam ser bem estudadas, pois do diagnóstico precoce depende a vida do doente. São mais frequentes na úlcera duodenal do que na gástrica, graças à grande delgadeza da parede intestinal e maior riqueza vascular da região. As complicações precoces são representadas pela hemorragia e pela perfuração. Mortal algumas vezes pela abundância, outras vezes as hemorragias se revestem de gravidade pelo estado anêmico que determinam.

A segunda hipótese é a mais encontradiça. O vaso lesado é função da localização e extensão do processo ulceroso. Convém assinalar que nem sempre o sangue se exterioriza pela boca ou pelo anus. Tuffier cita um caso em que um coágulo do tamanho da cabeça de adulto permaneceu no estômago. Na forma fulminante, o indivíduo é tomado bruscamente de profundo mal estar, extrema agonia, e cão a vomitar ondas de sangue para morrer daí a momentos, sem poder, siquer, articular uma só palavra. A perfuração engendra uma peritonite generalizada ou localizada. Em qualquer das duas eventualidades a situação é muito grave. A intoxicação que decorre de uma e os processos supurativos vizinhos que se seguem à outra expõem o indivíduo a perigo de vida.

Como sinais de perfuração não esqueçamos a dôr. Trata-se de uma dôr atroz, verdadeiramente intolerável — é a clássica punhalada de Dieulafoy, que assinala o início trágico do drama abdominal. — Um outro sintoma de importância capital é a contratura dos músculos retos abdominais (Ventre em tábua dos franceses). E' bem expressiva esta frase de Mondor: "Para mim, a contratura peritonial, visível e palpável, é um sinal quase certo; não sómente este sintoma nunca me faltou como nunca o encontrei em grau módico".

A extrema sensibilidade à pressão também faz parte do quadro. Os vômitos podem faltar. Sempre está presente uma sensação de sede intensa.

O estado geral do doente varia de acordo com a fase em que o encontramos.

Logo após processar-se a perfuração, há é um verdadeiro *schock*, fácies agônica, pulso rápido e pequeno. A esta fase segue-se a acalmia traidora, muito encontradiça também na apendicite, em que o doente melhora consideravelmente, sentindo-se mesmo aliviado. A temperatura oscila, nesta fase, entre 37 e 38 graus e meio. Uma temperatura muito elevada de inicio diz contra o diagnóstico de úlcera perfurada (Metzger). Se a intervenção cirúrgica não vier em socorro do doente, este caminhará fatalmente para a peritonite. Os erros de diagnóstico podem conduzir a uma intervenção desnecessária ou adiar e mesmo deixar de executar um ato operatório que é de extrema urgência. Esta última hipótese é mais grave, por isso mesmo que é de consequências fatais. Como complicações tardias mencionadas as pereduodenites e as retrações cicatriciais.

*Terapêutica* — Feito o diagnóstico de úlcera duodenal, cabe ao clínico a tarefa de curá-la definitivamente, o que, aliás consegue na maioria dos casos, mercê das conquistas atuais da ciência no tocante a este vasto e importante capítulo da patologia gastro-intestinal. Segundo Boas, 80% curam-se pelos meios médicos. Otávio de Carvalho eleva esta percentagem a 90 e mesmo 95. Precisa o clínico contar, porém, com a perseverança do seu cliente, pois a jornada será longa, e não deve interessar a nenhum dos dois uma cura rápida, mas aparente. Imediatamente deverá científicá-lo de que seu processo mórbido só comporta tratamento médico, reservando-se o cirúrgico para o caso, pouco provável, de uma eventual complicações. Esta afirmativa, que encerra toda a verdade científica, tem a vantagem ainda de tranquilizar o doente, dando-lhe o repouso mental tão necessário à cura. No momento atual a cirurgia cedeu terreno à clínica, e não mais se concebem as gastro-enterostomias, e muito menos as gastrectomias, praticadas a larga mano, sistematicamente, nas úlceras duodenais simples. São os próprios cirurgiões que reconhecem hoje os inconvenientes dos métodos sangrentos empregados, de brilhantes resultados imediatos, mas de incontestes consequências maléficas tardias, e restringem, ao mínimo, as intervenções, reservando-as para os casos verdadeiramente indicados (complicações e tratamento médico ineficaz).

O cirurgião C. Cuttler considera todos os casos de úlcera crônica como problemas médicos, puramente, e conforme Ochsner declara: "é nossa firme convicção de que não há tratamento cirúrgico da úlcera, sendo a cirurgia indicada só nas complicações". No Roosevelt Hospital, o paciente só é operado depois de haver tentado tratamento médico muito bem orientado e mesmo assim, após ser apreciado por um juri composto de médico, cirurgião, gastro-enterologista e radiologista. Permito-me transcrever algumas opiniões de cirurgiões de reputação mundial, emitidas recentemente, contidas nas Lições de Clínica Médica do professor Anes Dias, (1914), altamente significativas, a propósito da conduta terapêutica da úlcera duodenal:

"Há 6 meses, E. Cutter e Zolinger (7), cirurgiões do Peter Bent Brigham Hosp., de Boston, diziam que: "não se deve operar uma úlcera sem saber quanto tempo durou o tratamento médico e qual foi a qualidade dêste; a cirurgia nunca deverá ser aconselhada se o doente se submeteu apenas a um tratamento médico casual; a cada paciente é necessário assegurar o benefício de um regime médico adequado, bem estabelecido".

"Parece dispensável continuar estas citações, pois se trata de opiniões autorizadas de cirurgiões que trabalham em alguns dos mais adiantados centros médicos do mundo, mas, numa questão séria como esta, seria interessante saber como pensam os cirurgiões de uma Clínica altamente especializada, dedicada exclusivamente à cirurgia gástrica.

Mac Greery (8) afirma que, no Bellevue Hospital (de New York) nenhum caso, na ausência de complicações agudas, como perfurações etc. é considerado como cirúrgico até que o tratamento médico prolongado tenha falhado e diz textualmente: "a este respeito, é interessante notar que, na Gastric Clinoc, dirigida por cirurgiões, só cerca de 5 % dos seus casos vão à operação".

"Acha que a etiologia da úlcera é vaga e a cirurgia está atacando sintomas que podem reincidir, pois as causas continuam presentes.

"Outro cirurgião americano, De Witt Stetten (9), refletindo a tendência atual, declara: "hoje é mais ou menos geral a opinião de que a úlcera é primacialmente uma doença médica e todos os esforços devem ser feitos para curá-la por meios médicos, antes de recorrer à cirurgia".

"Clageit (10) e seus colaboradores, de Mayo clinic, em Setembro de 1938, julgam que o tratamento médico da úlcera se acha estabelecido sobre bases mais firmes e obtém resultados satisfatórios em 50-57 % de todos os pacientes; o cirurgião Hartmann (11) também de Mayo Clinic, avalia os resultados satisfatórios conseguidos com o tratamento médico em 75%, e apresenta como forte argumento em prol dêste o grande número de úlceras curadas, que Robertson verificou em necropsias".

Feitas estas considerações, passo ao tratamento médico da úlcera duodenal. Antes, porém, abro um pequeno parêntesis para declarar que dos métodos cirúrgicos empregados, parece fora de dúvida que a gastrectomia já tem hoje o seu campo muito restrito. Acarreta anemia, repercute desfavoravelmente sobre a secreção pancreática, expõe às colecistites, em mais de 56 % dos casos determina a acloridria com todos seus inconvenientes etc.

E' do prof. Grégoire (catedrático de clínica cirúrgica na Faculdade de Paris) a seguinte frase: "de fato, com muitos cirurgiões, verificámos um número bastante importante de anemias hipocrônicas em antigos operados de estômago".

Hemming, após haver procedido a uma enquete entre cirurgiões alemães, chegou à conclusão de que na gastrectomia a mortalidade média é de 10 %.

Clageit diz "a gastrectomia é uma operação séria e não deve ser considerada levianamente.

*Tratamento médico*

Se bem que todo portador de úlcera constitua um caso a merecer estudo meticoloso do clínico, dada a sua complexidade étio-patogênica, e tratamento variável de indivíduo a indivíduo, há indicações gerais que beneficiam a todos, indiferentemente, as quais devem ser observadas com todo rigor.

*Intubação* — O Dr. Gregório A. Mortola, em trabalho apresentado à Sociedade de Gastroenterologia e da Nutrição de Buenos Aires, descreveu detalhadamente êste processo de tratamento baseado em dados puramente fisiológicos. A deformidade do bulbo duodenal dificulta o mecanismo da neutralização química, fato êste que concorre para a cronicidade da úlcera. Usa uma sonda de sua invenção, com a qual faz a regorgitação dos sucos alcalinos no bulbo durante vinte minutos em média (aspira o suco bilio-pancreático e reinjeta-o no bulbo duodenal). As intubações podem ser até mesmo diárias. Refere que obteve excelentes resultados em catorze casos observados, conseguindo a cessação rápida dos sintomas mais incomodativos.

*Dieta* — Deve-se dar preferência a uma dieta nutritiva, que não excite, porém, a secreção clorídrica. O leite preenche estas condições e é alimento ideal na fase de ataque, na primeira fase. Atendendo a que a acidez gástrica se eleva nos intervalos das refeições, estas devem ser bem aproximadas, em média de duas em duas horas. Ovos quentes, arroz, mingaus, batata cozida e outros alimentos de fácil digestão serão utilizados. As frutas devem, de um modo geral, fazer parte do cardápio, exceção das ácidas. A coalhada e os cremes igualmente tem absoluta indicação. À medida que o doente melhora, a dieta vai sendo attenuada.

*Reposo* — Ao iniciar-se o tratamento, com especialidade, o repouso é absolutamente necessário, devendo ser continuado o mais possível. E, se o repouso físico beneficia o ulceroso, com muito maior razão o mental. E, indiscutível a influência do sistema nervoso sobre a gênese e a evolução das úlceras. Não é demais lembrar as experiências de De Martel e Cushing, se-

gundo as quais a irritação dos centros da base cerebral provoca hemorragias e até mesmo ulcerações. E' de toda conveniência que o médico procure animar o doente, incutir em seu espírito que se trata de uma doença destituída de gravidade, perfeitamente curável.

A psicoterapia bem orientada é parte integrante do tratamento.

*Medicamentos* — Passarei em revista os que melhor resultado tem dado. Não se pode prescindir dos neutralizantes com base de bismuto, caolim, magnésia etc. Tenho obtido bom resultado com a seguinte fórmula: — Carbonato de bismuto e caolim 5 g. Pó de folhas de beladona 3 cg. Para um papel. Tomar três por dia. O subnitrito de bismuto costuma conter impurezas (saís de chumbo), que poderão determinar intoxicações, daí a vantagem da utilização do carbonato. A beladona, por sua influência moderadora da secreção clorídrica e sua ação antiespasmódica, não pode ser desprezada. A histamina em injeções intro-dérmicas a 1/10 de mg. é de real proveito. As doses elevadas são maléficas, porque aumentam a secreção gástrica ao invés de diminuí-la.

O benzoato de sódio em injeções endovenosas tem sido utilizado com proveito. A histidina ou a pepsina em injeções intramusculares costumam dar bons resultados. A histidina é usada em séries de 21 injeções, uma por dia, separadas por intervalos variáveis entre 45 e 90 dias. A pepsina faz-se por séries de 15 injeções, três por semana, com intervalo de um mês. Bons preparados comerciais são a Larostidine, a Histidinase e a Pepsinase. A insulina pode ser tentada, mas nem sempre dá resultado satisfatório. A influência hormonal patenteia-se no fato das úlceras deterrem sua evolução durante a gravidez. O Prolan, experiências demonstraram que não só evita, em animais, a úlcera experimental, mas até cura as lesões provocadas anteriormente. O Prolan é hormônio placentário, mas apresenta grande semelhança com um hormônio hipofisário. E' provável que a hormoterapia em breves dias venha a contribuir decisivamente para a cura dos processos ulcerosos. No caso da sífilis estar em jogo, o tratamento específico se impõe. Visando auxiliar o tra-

balho de reparação da parede gastro-duodenal, torna-se indispensável o uso das vitaminas C, B 1 e B 6. Radiografias e radios-copias periódicas de controlo fazem parte de um tratamento bem orientado.

Encerrando este capítulo, julgo de toda conveniência a transcrição destas frases, que são de um grande clínico e devem ser sempre lembradas por todo aquele que se compromete a tratar uma úlcera duodenal":

"Entre outras indicações a preencher, conforme as condições próprias de cada caso, convém verificar a existência da alergia, capaz de reacender sofrimentos extintos; combater a vagotonía, extirpar focos infecciosos, curar a prisão de ventre, ou a colite, ou a verminose, porventura existentes; tratar a anemia, a sífilis, corrigir distúrbios endócrinos, cuja importância pode ser relevante.

Em suma, é o organismo todo que deve preocupar o terapeuta; este sabe quanto as condições gerais influem sobre a evolução do processo local; não é só a úlcera que ele procura dominar, mas todas as condições que a criaram e a manteem.

Só essa orientação é aceitável, os tratamento ocasionais, oportunistas, fragmentários, que visam combater sintomas ou crises, que não procuram enfrentar a complexidade do problema, não merecem o nome de tratamento médico da úlcera.

Ao considerar-se a terapêutica cirúrgica da úlcera, aponta-se como uma de suas indicações a falha do tratamento médico; é preciso, porém, verificar em que consistiu este, qual sua duração; assim procedendo, evitar-se-á muita operação inútil e, às vezes, prejudicial".

São do Prof. Dr. B. Montenegro, catedrático da 3.<sup>a</sup> cadeira de clínica cirúrgica e diretor da Faculdade de Medicina de São Paulo, as seguintes palavras: "Quando o tratamento clínico rigoroso tenha falhado ou quando o paciente não possa submeter-se a esse tratamento, resta-nos o recurso da cirurgia".

E' mais um conceito emitido por um cirurgião de elevado prestígio, que vem dizer-nos com suficiente clareza da oportunidade e do valor do tratamento médico das úlceras duodenais, confirmando a minha afirmativa de que a cirurgia havia cedido lugar à clínica.

Para concluir, passo à sucinta observação do baixado à 1.<sup>a</sup> Enfermaria, a que já tive oportunidade de referir-me no decorrer deste trabalho.

### OBSERVAÇÃO

*Identificação* — L. de O., soldado do Corpo de Bombeiros do Espírito Santo, brasileiro, 28 anos, melanodermo, casado, brevilíneo, bem nutrido.

*Antecedentes hereditários* — Pais gosando boa saúde. Tem quatro irmãos vivos, sádios; um falecido de intoxicação alimentar (sic). Desconhece que sua genitora haja abortado alguma vez.

*Antecedentes pessoais* — Nasceu a termo. Etilista e tabagista moderado. Coqueluche — caxumba e catapora. Blenorragia, há vários anos, bem como dois cancros venéreos. — Nunca fez tratamento anti-luético.

*História da moléstia atual* — Refere que, há uns três anos, vem sentindo dores no estômago, que aparecem três a quatro horas depois das refeições. A princípio vomitava. Informa que levava meses aliviado, perdurando todavia uma sensação de peso no epigastro. Nunca observara fezes negras (melenas) e nem chegára a expelir sangue pela boca (hematemese).

*Exame do doente* — À pressão do epigastro, queixa-se de dôr a ponto de não permitir um exame perfeito. Não localiza com precisão o ponto de maior acuidade e nem dá informes precisos sobre as irradiações.

*Aparelhos circulatório e respiratório* — Nada revelam de anormal.

*Exame da boca* — Dentadura boa, deixando perceber apenas dois dentes com cáries de aspecto superficial.

#### *Exames pedidos*

Radiografia do estômago e duodeno. Reações de W. e K. no sangue — Exame completo de urina.

#### *Resultados dos exames*

O de urina, de anormal revelou apenas vestígios de mucina, indol e escatol. W e K. foram positivos. Primeiro radiografia (12/10/42): estômago com enchimento normal; ausência de líquido de estase; curvaturas, tonicidade e peristaltismo normais; trânsito pilórico difícil; bulbo duodenal doloroso, deformado e com sombra de ulceração de face. Ass) Dr. Thiers Rodrigues de Almeida — cap. médico”.

*Tratamento a que foi submetido* — Cuidados do cirurgião dentista. Catorze injeções de novecentos e quatorze, perfazendo um total de 6 g de arsênico, intercaladas com carbonato de bismuto em injeções musculares. Vitaminas B 1, B 6 e C em dias alternados.

Caolim e carbonato de bismuto à 5 g. Pó de folha de beladona 3 cg. Para um papel. Três por dia (Fez uso desta fórmula durante todo o tratamento, com pequenos intervalos).

Segunda e quarta dietas hospitalares, bananas assadas, marmalada, marmeladas e puréias.

*Segunda radiografia (Contrôlo) (7/1/043)*: “estômago com enchimento normal; ausência de líquido de estase e de pontos dolorosos; órgão ortotônico e de curvaturas e peristaltismo normais; trânsito pilórico fácil; bulbo duodenal deformado, porém indolor.

*Conclusão* — Retração cicatricial do bulbo duodenal. Ass) Dr. Thiers Rodrigues de Almeida — Cap. Médico”.

No caso presente, parece fora de dúvida que à lues cabia grande responsabilidade na gênese do ulcus, do contrário seria pouco provável dar-se a cicatrização da lesão num prazo relativamente tão curto, (pouco mais de 3 meses). E acredito que L. de O. tenha obtido uma cura definitiva, tudo dependendo, entretanto, da obediência às prescrições dietéticas e medicamentosas que lhe tracei.

#### BIBLIOGRAFIA

*Alfredo Monteiro* — Tratamento do Ulcus Péptico (O Hospital — Julho de 1942).

*Augusto Paulino* — Patologia Cirúrgica.

*Dr. B. Montenegro* — Tratamento cirúrgico das Úlceras Gástricas e Duodenais (Publicações Médicas — Agosto 1941).

*G. V. Bergamann, R. Doerr, H. Eppinger etc.* — Tratado de Patologia Médica.

*Dr. Gregório A. Mortola* — Patogenia e Tratamento Fisiológico da Úlcera Gastro-Duodenal (Publicações Médicas — Agosto de 1937).

*H. Anes Dias* — Lições de Clínica Médica.

*H. Ribbert C. Sternberg* — Tratado de Patología Geral y Anatomía Patológica.

*Holler Pfleger* — Sintomatología de las Enfermedades Internas y su Valoracion para el Diagnóstico Diferencial.

*Dr. I. Boas* — Enfermedades del Estomago.

*Profs. Drs. Jorge y Felix Klemperer* — Tratado completo de clínica moderna.

*José M. Oviedo Bustos* — Ulcera gastrica y duodenal.

*Dr. Louis Ramond* — Lições de Clinica Médica.

*Otávio de Carvalho* — Estado atual do problema médico-cirúrgico das úlceras gastroduodenais (O Hspital — Dezembro de 1942).

*P. Savy* — Pratique medicale.

*Th. Brugsch* — Tratado de Patologia Médica.

*V. Romeiro* — Tratado de Patologia Médica e Formulário Clínico.

## Clínica Cirúrgica

## TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS DE GUERRA

DR. AZAIS DE FREITAS DUARTE

Major médico, chefe do Serviço de Assistência aos Oficiais. Membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar.

A guerra que veio ao nosso encontro, sem que tivéssemos previsto toda a barbárie em que se acha envolta, trouxe em seu rortejo grandes horrores.

As lesões produzidas pelo fogo, eletricidade, agressivos químicos e por não pequeno número de engenhos, orgulho da organização bélica hodierna, visando a destruição total, aumentam assustadoramente com a faina insaciável da guerra.

Muitos foram os ensinamentos tirados da última conflagração, porém para A. GOSET permanece ainda na ordem do

dia de nossas preocupações a necessidade imediata de uma terapêutica mais eficaz para as queimaduras. Esta afirmação encontra apôio nas declarações de HARKINS, relativas às baixas americanas em Pearl Harbour, das quais 60 % foram causadas por queimaduras.

As precárias situações que surgem, além das condições de emergência em que devem ser socorridos os feridos, facilitam a transformação da queimadura, estéril ou quase estéril no momento de sua produção, em uma ferida verdadeiramente infetada. Assim sendo, torna-se indispensável agir de uma maneira rápida, fácil, econômica e eficiente no tratamento das queimaduras; inúmeros teem sido os métodos indicados, deixando alguns porém falhas tais que justificam seu abandono.

Mais importante pela extensão do que pelo grau, a queimadura exige detalhes de tratamento, quer no primeiro socorro, quer no tratamento definitivo.

DEPUYTREN muito se preocupou com a determinação verdadeiramente anatômica das queimaduras, conseguindo dividí-las em seis graus.

A prática, todavia, abandonou o que por muito tempo fôra considerado clássico e reuniu em três únicos graus as diversas espécies de queimaduras: o primeiro caracterizado pelo simples eritema, o segundo, pela destruição da epiderme, com flictenas ou sem elas e o terceiro, pela destruição do tegumento, com formação de escaras.

A classificação de BERKOW constitue uma maneira simples e rápida de grupá-las, determinando unicamente a região cutânea lesada. Muitas vezes se torna difícil precisar o grau das queimaduras, o que não acontece com a determinação da região pelo método citado.

O quadro abaixo constitue o método de BERKOW, de registro das regiões cutâneas queimadas, de acordo com recente estatística.

Cabeça . . . . .	6 %
Tronco-face anterior . . . . .	20 %
Tronco-face posterior . . . . .	18 % 38 %

Membros superiores:

Braço e antebraço . . . . .	13,5 %
Mão . . . . .	4,5 % 18 %

Membros inferiores:

Coxa . . . . .	19 %
Perna . . . . .	13 %
Pé . . . . .	6 % 38 %

Os casos de morte por "shock" constituem cerca de 60 a 70 % nos queimados; WILSON regista que, em 80 casos de morte por queimaduras, 63% foram devidas a "shock". SAEGER admite uma percentagem de 64 e KLOTZ de 70 %. ATKINS, estudando os doentes evacuados em Dunkerque, chegou à conclusão de que o "shock" secundário foi o mais sério fator das queimaduras, sendo êle responsável por 60 % dos óbitos ocorridos.

A dilatação paralítica capilar, nas queimaduras, provoca a perda notável de proteínas e elementos do plasma, reduzindo notavelmente o volume do sangue, à qual se segue a hemoconcentração e a falta de estímulo cardíaco.

Alterações químicas no sangue dos queimados foram recentemente estudadas por LAM, TENERY e HARKINS, referentes ao sódio, cloro, potássio, magnésio, bilirrubina e proteínas do plasma.

WAKELEY, em recentes observações no Real Hospital de Hants, verificou que a toxemia decorrente da intensa desassi-

milação, nos queimados, com autolise dos tecidos por fermentos proteolíticos oriundos de células mortas é sobretudo devida à ação do estreptococo hemolítico.

WILSON e STEWART verificaram a frequência com a qual o quadro da toxemia se desenvolve de 6 a 50 horas após o acidente, quando este evolve para desfecho letal. Evidenciam também a presença de icterícia nestes casos, acompanhada de degeneração e necrose do fígado, verificadas após a morte.

DAVIDSON afirma que, se uma região queimada fôr prontamente coberta com um curativo, o constante perigo de infecção é eliminado, a exsudação é evitada e a perda de plasma sanguíneo diminuida.

### TRATAMENTO LOCAL DAS SUPERFÍCIES QUEIMADAS

Todo o tratamento local das queimaduras deve ser sempre precedido de cuidados cirúrgicos, bem como relativos ao estado geral do paciente, visando aliviar a dôr, combater o estado de "shock" e prevenir a infecção.

Dentre os métodos atualmente utilizados destacamos, pelos resultados obtidos, os seguintes:

1) *Ácido tânico* — Instituído por DAVIDSON, adquiriu grande utilização após os trabalhos de WELLS e BETTMAN, sob a forma de pomadas, soluções aquosas e associado ao nitrato de prata.

A ação é rápida e eficaz quando devidamente aplicado, não devendo ser usado nas queimaduras extensas das mãos, face e períneo, pois sua enérgica ação constrictora produz perturbações circulatórias locais que podem ir até a gangrena.

QUADRO COMPARATIVO DE MORTALIDADE COM O  
ÁCIDO TÂNICO E OUTROS MÉTODOS

A U T O R E S	Outros métodos		Ácido tânico	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Brancott & Rogers (N.Y.)	90	40,0 %	114	20,0 %
Beekman (N.Y.)	320	37,8 %	114	14,9 %
Wilson (Edinborough)	300	38,7 %	117	11,1 %
Harris (Toronto)	—	26,6 %	—	12,0 %
Mason (Filadelfia)	91	28,5 %	87	13,3 %
Langer (Viena)	86	16,3 %	65	7,7 %
Mitchiner (Londres)	243	9,4 %	249	2,4 %
McClure & Allen (Detroit)	118	9,3 %	358	11,7 %
Glover (Cleveland)	121	14,0 %	809	8,4 %
Total dos casos	1369		1913	
Óbitos Verificados		24,5 %		11,3 %

2) *Triplite corante*: (ALDRICH) — Muito utilizado pelos cirurgiões britânicos, e principalmente pelo Serviço de Saúde de Real Air Force, é constituído por uma solução aquosa de violeta de genciana a 2 % com verde brilhante a 1 % e acri-flavina neutra a 0,1 %.

KASDOCH e RAIS são contrários ao uso de preparados com verde brilhante pelo fato de produzir esta substância notável ação necrosante, quando em face do tecido adiposo.

3) *Violeta de Genciana*: — (ALDRICH). Dotada também de notável ação antissética, é utilizada em solução aquosa de 1 a 2 %, pura ou associada com o nitrato de prata a 10 %, a exemplo do que tem sido adotado para o ácido tânico.

4) *Sulfadiazina*: (PICKRELL) — Utilizada em solução de 3 a 5 %. Seu uso é mais corrente por via oral, na dose de 1 grama cada seis horas, durante dia e noite, por dez dias.

5) *Sulfonamidas*: Com muita frequência, em forma de ungamentos juntamente com o óleo de fígado de bacalhau, o qual sendo um meio completamente desfavorável aos germes (W. LOEHR) é dotado de grande conteúdo vitamínico A e D, possuindo notável ação regeneradora dos tecidos.

6) *Envoltórios de BUNYAN*: Muito generalizados na Grã-Bretanha, são constituídos de um manguito de seda impermeabilizada com resinas sintéticas; no interior são providos de válvulas de entrada e saída, o que permite a irrigação das queimaduras, podendo ser adaptados às mãos ou a outras partes do corpo.

Sob os auspícios da Division of Medical Sciences of the National Research Council, foram publicadas instruções para o tratamento das queimaduras, as quais, dada a facilidade de aplicação, uniformidade de técnica, a par de notável eficiência, nos faz transcrevê-las resumidamente.

## INSTRUÇÕES PARA O TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS

I — PRIMEIROS SOCORROS AOS QUEIMADOS — O paciente e as demais pessoas que o cercam devem ser instruídas de não tocarem nas regiões queimadas, afim de não contaminá-las. Entre o primeiro socorro e o tratamento definitivo não deve haver espaço maior de 2 horas.

a) O paciente deve tomar quantidade adequada de morfina para ser aliviado da dôr. A dose inicial pode ser até de 0,03 g.

b) O paciente deve receber, se possível, 500 cm<sup>3</sup> de plasma, como dose inicial, e ser aquecido, não continuando as roupas em contacto com as superfícies queimadas.

c) Todas as superfícies queimadas, exceto a face, mãos e períneo, devem ser cobertas com uma geléia contendo 10 % de tanino e 5 % de sulfadiazina e protegidas por uma gaze estéril. As superfícies queimadas não deverão ser novamente vestidas, por ser absolutamente necessário ficarem elas expostas.

d) Os queimados da face, mãos e períneo devem ser tratados com uma solução de sulfadiazina a 5 %; caso não seja possível obtê-la, será esta substituída por unguento de ácido bórico.

c) Os olhos, se necessitarem de tratamento, deverão ser instilados com óleo de rícino cocainado a 1 %.

## II — TRATAMENTO DEFENITIVO DOS QUEIMADOS.

1.º *Tratamento do "Shock"*:

a) O paciente deve ser aquecido.

b) Morfina novamente deve ser dada, se necessário, pois os queimados precisam e toleram grandes doses, as quais devem ser ajustadas em cada caso.

c) Injeção de plasma será dada para substituir o volume de sôro extravasado pelas superfícies queimadas. Se as lesões se estenderem a 10 % da superfície do corpo, o paciente deverá receber 1.000 cm<sup>3</sup> de plasma, dentro das 24 horas após o acidente; se as queimaduras atingirem 20 % da superfície do corpo, a quantidade de plasma, nas 24 horas, será de 2.000 cm<sup>3</sup>. O plasma deverá ser dado em doses fracionadas e sempre por via venosa.

d) Injeções de sôro glicosado e fisiológico, não devendo estes exceder o volume do plasma injetado nas 24 horas.

Ao paciente será permitido beber pequenas quantidades de líquidos, porém nenhum alimento lhe será dado sem que o estômago o retenha e que o estado de "shock" tenha passado.

e) Transfusões de sangue total devem ser feitas o mais cedo possível, quando num queimado tenha havido hemorragia, como pode ser o caso de um ferido ter sido também queimado.

## 2.º Tratamento das superfícies queimadas:

As queimaduras de todas as regiões, exceto mãos, face e períneo, devem ser tratadas da seguinte maneira:

a) As roupas e cobertas devem ser cuidadosamente retiradas; se houver necessidade podem ser cortadas.

b) Se as superfícies queimadas estiverem sujas de óleo, graxa, etc. deverão ser limpas com um dissolvente.

c) As flictenas deverão ser abertas e toda a superfície necrosada deverá ser excisada debaixo da maior assepsia, traumatizando o menos possível o paciente.

d) As queimaduras e a pele circunvizinha deverão ser cuidadosamente limpas com água e sabão branco, sendo em seguida abundantemente irrigadas com sôro fisiológico.

e) As queimaduras estão assim em condições de ser tratadas com o ácido tântico. Duas são as soluções empregadas, uma recentemente preparada de ácido tântico a 10 % e a outra, também a 10 % de nitrato de prata. Aplica-se primeiramente o ácido tântico e depois o nitrato de prata. O paciente que, até 24 horas após o acidente, não tiver sido tratado pelo tanino, deverá sê-lo como de uma queimadura infectada.

f) As queimaduras da face, mãos e períneo devem ser tratadas da maneira seguinte: 1.º, as roupas devem ser retiradas, as superfícies queimadas limpas e o debridamento feito da maneira descrita para as outras regiões; 2.º, as regiões queimadas serão recobertas com geléia de sulfadiazina a 5 % e, na falta, por unguento de ácido bórico.

## QUIMIOTERAPIA DAS QUEIMADURAS

A terapia com sulfanilamida ou com sucedâneos deve ser sistematicamente empregada. A sulfadiazina é a substância de escolha, devendo ser administrada por via oral, na dose de 1,0 cada seis horas, dia e noite, durante dez dias; se o paciente não eliminar normalmente urina (1.000 cm<sup>3</sup> por dia) a dosagem de sulfadiazina no sangue deverá ser determinada. A dose deverá ser diminuída quando a taxa de 10 mg. % de urina for verificada. Haverndo supressão de urina, a sulfadiazina será suprimida e líquidos deverão ser administrados em abundância, seguidos de injeções de sôro glicosado e fisiológico.

## INFECÇÃO SOB AS SUPERFÍCIES TRATADAS PELO TANINO

Se as superfícies tratadas pelo tanino apresentarem sinais de infecção, deverão ser tratadas, através de aberturas feitas nas

mesmas, com irrigações de sôro fisiológico e sulfamida em pó. Para estas irrigações podem ser utilizadas soluções recentes de sulfamida no próprio sôro fisiológico e na dose de 2 por mil

### PREPARO DA REGIÃO PARA ENXERTO CUTÂNEO

O enxerto cutâneo deverá ser aplicado logo que a região esteja preparada e, para isso, livre de infecção. Exames e culturas das superfícies devem ser precedidas ao enxerto. Se o estreptococo hemolítico for encontrado, então o uso de sulfanilamida em pó deverá ser continuado até que as culturas sejam negativas para estes germes.

### IDÉIAS MODERNAS EM TRAUMATO-ORTOPEDIA

DR. GUILHERME MACHADO HAUTZ

Cap. médico, chefe da 15.<sup>a</sup> Enfermaria. Membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar.

Havendo resolvido que o serviço de Traumato — Ortopédia fosse representado, por artigo nos "Anais" de 1943, ficamos de início indecisos quanto ao tema a ser abordado, decidindo-nos, em seguida, por um assunto de interesse clínico em geral, de utilidade prática e de especial interesse para nós médicos militares. A tudo isto, ajuntarei que fazia questão que o assunto fosse tratado de maneira tanto quanto possível original, oriundo de nossa experiência pessoal no largo período em que dirigimos a Clínica Ortopédica e Traumatológica dêste Hospital. Ao par disto, pensávamos que o assunto a

ventilar deveria mostrar mais idéias do que casos concretos, e, finalmente, não deveria ser longo.

Assim sendo, tivemos intuito de expôr numa breve síntese as várias etapas por que passou a nossa experiência, que partindo das idéias clássicas da terapêutica ortopédica, aplicadas ao pé da letra, pôde alcançar, com a seriação dos casos clínicos, uma maleabilidade útil, caracterizada por uma adaptação específica de princípios e leis que foram talvez criadas com o intuito de serem inflexíveis e imutáveis.

Como é fácil de perceber, quem dirige por tanto tempo um serviço especializado nos moldes do nosso, com a riqueza de material, quer em casos clínicos, quer em aparelhagem, que o caracteriza, termina insensivelmente exercendo uma seleção nos métodos de tratamento, e o que é mais importante, de tal maneira identificando-se com as técnicas e o mecanismo das teorias, que naturalmente vai afastando aquelas que não se justificam na prática, apreendendo, adotando e aperfeiçoando aquelas que realmente se mostram eficientes e, finalmente, apurado pela experiência pessoal, cria idéias, métodos e teorias próprias, que servirão de base para a orientação de seu trabalho diário. A sucessão de casos clínicos mostra de maneira rude, mas segura, o que há de exato ou de falso em nossas criações pessoais. E' a isto que se chama aperfeiçoamento.

Sintetizando o assunto a que nos poderia levar o título desta conferência, ater-me-ei exclusivamente, nas linhas que se seguirão, a expôr a evolução que, vista pelo nosso prisma pessoal, sofreu o problema, para nós médicos militares importantíssimo, do tratamento das fraturas.

Até o início do decênio passado, os meios cirúrgicos nacionais estavam quase que, na sua generalidade, perfeitamente integrados e convencidos das teorias e métodos preconizados pela nova Escola Francesa. Estas teorias e métodos tinham nascido como duma reação à velha escola de Lucas-Championière, que fez época e criou prosélitos. Quem diz Lucas-Championière, diz massagem e mobilização precoces, funcionamento imediato, portanto, forçosamente, má contenção e abandono sistemático da in-

tegridade anatômica perfeita, pelo restabelecimento precoce da capacidade funcional do segundo fraturado.

Ora, sem um *minimu* de reintegração anatômica não é possível a consecução de um "quantum" de capacidade funcional. E este minimum de reintegração anatômica é variável para o caso clínico, ou mais especificadamente para cada tipo de segmento fraturado. O cavalgamento, que é praticamente sem importância numa clavícula, é mal num úmero, e insuportável num rádio. Portanto, não podemos deduzir simplistamente que toda a consolidação em cavalgamento seja péssima. A escola francesa contemporânea surgiu entretanto como uma desaprovação formal à escola de Lucas-Championière e preconizou como postulados fundamentais a perfeita redução de todas as fraturas, a consequente contenção até formação do calo ósseo e a consecutiva mobilização para o restabelecimento dos trofismos músculo-articulares. E' esta escola portanto, e encarando o fato sob o ponto de vista geral, uma reação à generalização errônea dos princípios de Lucas-Championière. Mas se atentarmos bem nos seus fundamentos, havemos de ver que não é ela radicalmente diferente de sua antecessora. Ambas falam de redução, ambas falam em contenção e ambas falam em mobilização. Sómente dão valores diferentes a estas três etapas fundamentais do tratamento. Queria Lucas-Championière também uma redução dos fragmentos, mas na ânsia de mobilizar as articulações e utilizar os músculos, não tomava as providências essenciais a uma boa contenção. Como consequência, acabava sempre obtendo uma redução deficiente e um agravamento nas perturbações tróficas que ele queria exatamente impedir com o seu método.

A escola francesa, entretanto, lutava com deficiências técnicas fundamentais e ainda em muitos pontos se via amarrada a pequenos preconceitos que muito lhe tolhiam o caminho na senda de um definitivo progresso. Preconizava, como vimos, em todos os casos, uma perfeita redução, mas não dispunha de métodos técnicos apropriados para alcançar este desiderato. A tração e a contra-extensão eram feitas por meios muito primitivos e inadequados, assim como os métodos de anestesia dos focos de fratura, elemento indispensável ao bom êxito das manobras redutoras, estavam longe de ter sido regulamentados.

As trações contínuas faziam-se por meio de pegas, na pele, com esparadrapo, e, quando faziam a pega diretamente no fragmento ósseo, isto só era conseguido à custa de perigosas osteomielites, dada a falta de aperfeiçoamento dos cravos adotados. Ao par disto, os meios de contenção tropeçavam em preconceitos pouco justificados. Os aparelhos gessados circulares eram banidos com temor, e, assim sendo, apegavam-se às goteiras gessadas insuficientes.

Jeambrau, no seu tratado de fraturas, escreve em negrito, que não se deve "jamais" colocar um aparelho gessado circular. Este conceito, originado no temor da miosite retrátil, de Volkmann, e generalizado para todos os aparelhos gessados, é como hoje se sabe, injustificado, pois encerra um conceito errôneo e hoje completamente revisto da etio-patogenia da terrível síndrome neuro trófica.

As contingões sendo inefficientes, perdiam-se os trabalhosos manejos de redução. Outra causa ainda temiam êles. A imobilização pelo prazo suficiente para uma consolidação perfeita. E, nisto devemos vêr um temor sub-conciente de romper, de todo, com as velhas idéias de Lucas-Championière. A imobilização, sendo feita por prazo insuficiente, era solicitado do foco de fratura um trabalho demasiado precoce, o que entretinha e agravava os distúrbios neuro vegetativos consecutivos às ruturas ósseas, redundando tudo em um calo patológico de resultados funcionais muitas vezes precários.

Todas as deficiências teóricas e práticas existentes nos métodos de tratamento das fraturas, até esta época, refletiam a pouca importância atribuída a estas afecções, mais ou menos em todos os serviços cirúrgicos do mundo. A idéia moderna da recuperação integral dos acidentados, quer dos acidentados civis, quer dos feridos de guerra, elevou o problema do tratamento perfeito dos fraturados, ao mesmo nível de igualdade de todos os outros grandes problemas de terapêutica cirúrgica. Estas idéias surgiram incontestavelmente nos anos da primeira conflagração europeia. Foi nessa ocasião que sentiu pela primeira vez, e de maneira aguda, a necessidade de reintegrar na atividade o maior número possível de homens. Poder-se-ia dizer que foi aí, dada

a grandiosidade das tarefas a cumprir, que os homens notaram que a humanidade era insuficiente para seus gigantescos planos. Ao par destas necessidades guerreiras, as evoluções sociais de amparo remunerado aos operários acidentados obrigaram, de maneira urgente o problema da restauração integral do fraturado a sair do rol das causas de somenos importância. A Escola Vienense de Boehler nasceu de necessidades desta espécie, e como doutrina nada mais foi do que um aperfeiçoamento em todos os sentidos da escola francesa mencionada acima.

Em primeiro lugar, sistematizou a escola Vienense a questão vital da anestesia do fraturado, e não empreendem seus adeptos nenhuma manobra redutora, a não ser em foco rigorosamente insensibilizado. Para isso, e de um modo geral, estenderam aos focos de fratura suas técnicas moderníssimas de anestesia. Compreenderam o papel que desempenham nas manobras úteis de redução os violentos e variados reflexos oriundos do próprio foco de fratura. Foi assim que, aperfeiçoando e sistematizado a anestesia regional do foco, a erigiram em primeiro tempo, indispensável a toda manobra redutora.

Depois disto, socorreram a escola francesa com meios técnicos completamente aperfeiçoados, no sentido de conseguirem as mais perfeitas reduções. As trações com esparadrapo foram completamente abolidas como meio propriamente de redução. Era, aliás, pouco compreensível que as trações praticadas na pele, orgão elástico e sem conexão com o esqueleto, pudessem ser processo útil para exercer tração sobre um fragmento fraturado.

Os perigosos cravos de Steinmann foram substituídos com definitiva vantagem pelo sistema dos fios de aço Krupp de Kirchnern. A motorização invadiu a Ortopedia, e isto devemos muito em parte aos pendores mecânicos dos Norte-Americanos. A tração contínua pôde assim ser aproveitada em sua maior amplitude. Os progressos foram formidáveis, e para isso muito contribuiu a aplicação às técnicas de redução, da idéia de posição de relaxamento dos músculos que é um dos aperfeiçoamentos mais notáveis, sob o ponto de vista prático, instituídos pela mo-

derna Escola Vienense. Esta posição, de semi-flexão em todos os segmentos do membro a tratar, pela ação eficaz contrária ao jogo dos reflexos, é a equivalente nas extensões contínuas, às anestesias empregadas nas reduções imediatas. Finalmente, a Escola Vienense não teme nem os aparelhos circulares, nem as rijezas articulares, o que permitiu a perfeita imobilização pelo tempo suficiente à obtenção de completas consolidações. Realmente, obtendo perfeitas restituições anatômicas, podemos conseguir também completo restabelecimento da rede neuro-vegetativa perióstea, cuja interrupção é a causa preponderante, com os hematomas compressores de todos os vários distúrbios tróficos, desde as precoces flictens, até os consequentes edemas e acrociâse e, finalmente, as tardias e persistentes causalgias.

---

Meus senhores, a Humanidade pensante tem uma incoerível predileção pelas generalizações. A causa está, a meu ver, em que as primeiras preocupações intelectuais que afligem uma inteligência em formação, são de natureza matemática, e esta espécie de labor intelectual se faz exclusivamente à custa de generalizações. Augusto Conte teve o mérito de mostrar que os métodos de correlação em ciência são tanto menos gerais quanto mais se sobe na escala hierárquica dos fenômenos. O agrupamento dos fenômenos se faz em escala crescente de complexidade e decrescente de generalidade. Mesmo dentro do grupo das ciências exatas, nós encontramos a matemática pura, onde tudo é exclusivamente generalização. Integrada pelos fenômenos mais simples que nos pode oferecer a natureza, apresenta a matemática o campo idéal para as grandes generalizações. Generalizando a noção de número criou-se o cálculo. Da mesma maneira, a noção de espaço gerou a geometria. Em seguida, a astronomia e a física, onde, sobre uma base ampla de generalização matemática, já se esboçam grupos de fenômenos com caracteres próprios e complexidade crescente. Depois de passar pela química, que é bem uma ciência de transição entre o grupo das ciências matemáticas e o grupo das ciências biológicas, muito curiosa

porque, já possuindo em sua estrutura o fenômeno da combinação entre os corpos, permite ainda, pela fraca complexidade que os caracteriza, uma boa margem de generalização matemática, entramos no grupo das ciências biológicas, onde só a custo conseguimos generalizar. Não nos podemos furtar à necessidade de concluir que em biologia o fenômeno químico ascende a tais transcendências de complexidade que faz surgir uma característica fundamental até então desconhecida nas outras ciências: a vida. Na biologia propriamente dita ainda a custo podemos formular leis gerais, leis entretanto que apresentam já a característica de serem evitadas de exceções e não possuirem mais a mesma capacidade de previsão. Estes fatos tem profunda repercussão em medicina e esta aplicação da biologia nos mostra, cada vez mais, que suas leis tem muitas vezes caráter bem efêmero. Há quem diga com propriedade que a medicina é, em cada época, um conjunto de verdades provisórias. Temos com a esplanação feita acima a explicação de tais verificações.

Finalmente, na mais avançada das ciências biológicas, a sociologia, a generalização só pode ser tentada com um alto grau de artificialidade, razão por que é tão difícil prever a história, e o futuro, de um modo geral, é para nós um terreno impenetrável.

Esta digressão teve por fim mostrar porque em medicina as escolas dogmáticas jamais alcançam os fins a que tem em mira. Procurando criar leis gerais pela observação de fenômenos que não guardam definidas relações entre si, sómente criam leis artificiais que, pelo muito de exceções que encerram, já trazem em seu bojo o germe da dissolução. Para tratarmos convenientemente os variados casos clínicos, devemos sempre procurar estabelecer um método especial para cada caso. O aforisma, tanto do nosso agrado, não há doenças e sim doentes, é uma confirmação desta verdade.

Procurando sempre utilizar supostas relações entre os variados fenômenos biológicos, incidimos no êrro de julgar que o referido fenômeno é para nós conhecido em sua essência. Devemos recordar que o fenômeno biológico é ainda um fenômeno

químico de complexidade especial, onde aparece a característica vida, cuja origem e situação no mecanismo interno do fenômeno ainda não conseguiram ser determinadas. Foi a isto que Comte chamou de causa primária, e que, com a clareza que o caracterizava, vaticinou ser assunto interdito ao conhecimento humano. Tenho a convicção íntima de que este dique, por enquanto intransponível, é a barreira onde se quebram os nossos esforços na pesquisa dos segredos de tantas incógnitas patológicas. Voltando a tratar da aplicação à prática dos princípios fundamentais instituídos pelas grandes escolas ortopédicas, observarei que também podem ser afetadas pelos inconvenientes que apontamos acima das grandes generalizações em biologia. Assim, quando dizemos que toda a fratura para ser bem tratada deve antes ser perfeitamente reduzida, não estamos, em rigor, levando em conta as necessidades reais que se apresentam em cada caso clínico. Se a verdade é consistente para uma fratura do rádio, uma fratura inferior da diáfise femural ou uma fratura de extremidade inferior dos ossos da perna, podemos entretanto obter perfeitas curas clínicas em clávulas cavalgadas, em fraturas cominutivas mal reduzidas da extremidade superior da diáfise femural, ou até em fraturas da diáfise tibial imperfeitamente coaptadas. As sinostoses que são fatais para a capacidade funcional do ante-braço, podem em alguns casos ser até úteis para a solidez estática de uma perna. A perfeita coaptação e a adequada imobilização, indispensáveis à cura de uma fratura do colo do fêmur, são positivamente fatores de enfermidade, pela rijeza articular que engendram, se aplicadas a uma fratura do colo do úmero. Tivemos há tempos neste Hospital um exemplo interessantíssimo da asserção feita acima. Dois casos de fraturas cominutivas do colo do úmero. Um, em um ancião de setenta e poucos anos, outro em um homem de 35. O primeiro, após seis dias de imobilização, sem qualquer redução, foi posto em massagem e mobilização precoces. O segundo, foi cuidadosamente reduzido e imobilizado até verificação radiográfica da consolidação. Ao todo 25 dias. O velho, no fim de 15 dias, penteava o cabelo com o braço fraturado, enquanto o moço não conseguia nem após o quinquagésimo dia da fratura. O tratamento das fraturas do colo do úmero pela mobilização precoce,

sem excessivas preocupações de redução e de contenção, chegou a constituir assunto para um trabalho do nosso competente colega Dr. Humberto de Melo, trabalho que ainda se conserva inédito. Suas observações, em número de seis, foram colhidas, na maioria, em nosso serviço.

Na realidade, as várias escolas clínicas, a que me venho referindo, não apresentam entre si diferenças no que se refere às idéias fundamentais. Podemos mais encará-las como constituindo marcos de aperfeiçoamento das referidas idéias. Entretanto, o que a acurada experiência nos tem mostrado, é que mesmo a aplicação destas idéias fundamentais na prática, deve ser feita com elasticidade e oportunidade, decorrentes da própria natureza dos fenômenos com que nos defrontamos. Devemos estar sempre aptos a reconhecer quando o fenômeno se apresenta exigindo uma adequada adaptação da regra estabelecida, por mais fundamental que ela seja. Realmente, a experiência nos tem levado a compreender de tal forma os fenômenos de persi, que cada caso particular nos dá a impressão de que para tratá-lo convenientemente há necessidade de efetuar uma adaptação específica de todas as regras e processos preestabelecidos.

De tudo quanto exposto podemos ter como completamente justificadas as seguintes conclusões:

I — Na direção de um serviço de fraturas, não há conveniência em seguir sistematicamente a orientação de determinada escola clínica.

II — Os próprios princípios classicamente estabelecidos não devem ser impostos inflexivelmente a todos os casos clínicos.

III — Em cada segmento ou peça óssea fraturada impõe-se, que cada caso particular nos dá a impressão de que para anatômica e fisiológica que este segmento fornece à atividade geral do conjunto somático.

IV — Há seguramente eventualidades onde cada escola doutrinária pode encontrar formal e justa aplicação de cada um de seus postulados e métodos.

V — De um modo geral, a conduta que mais se coaduna com a natureza do fenômeno biológico é encarar cada caso patológico como devendo ser tratado de acordo com a sua característica anátomo-fisiológica específica.

## PSICOCIRURGIA

DR. GODOFREDO DA COSTA FREITAS

Cap. médico, chefe do Serviço de Transfusão de Sangue. Livre docente de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Universidade do Brasil.

O fato de encontrarmos crânios trepanados, sem vestígios de fraturas, retirados de escavações e que pertenceram a épocas remotas, é um testemunho incontestável de que já houve um tempo em que alguns povos faziam o tratamento cirúrgico das doenças mentais.

No entanto, a Bíblia, os papiros do Egito, a civilização da antiga Grécia nenhuma referência fazem a este tratamento.

Foi no Ocidente que os povos primitivos do Perú deixaram o sinal da prática da cirurgia nas doenças mentais, uma vez que deduzimos a finalidade de centenas de crânios trepanados encontrados e estudados por Hrdlicka.

Daí, conforme muito bem ponderam Freeman e Watts, os dois processos terapêuticos, que neste instante se defrontam e que despertam a nossa atenção, vieram de campos opostos: a psicoanalise teve por berço Viena, mais próximo do Oriente, e a psicocirurgia, mais do lado do Ocidente, nasceu em Lisboa. Não posso deixar de referir aqui uma certa coincidência que une os destinos dos seus criadores: ambos foram vítimas de dementes, pois Freud morreu no exílio, expulso pelo tirano que domina a Europa, e Egas Muniz foi atacado e ferido por um louco que tratava...

Em alguns povos, principalmente no Oriente, tempo houve em que se praticava, muito antes da era antissética, a retirada do prepúcio ou do clítoris, assim como faziam uso da acupunturas para o tratamento das doenças mentais. Mais tarde, já em um período mais avançado da cirurgia, procuravam os cirurgiões uma solução ao problema, baseados na teoria dos antigos gregos, retirando os órgãos genitais dos pacientes, principalmente o ovário, devido aos desvios do útero (histeria), cuja disfunção repercutia na economia geral.

Semelhante operação faziam no homem, castrando-o, ora para diminuir a valentia do inimigo prisioneiro, ora para preservar os que tinham voz de barítono, ora para punir crimes sexuais.

Depois de diversos anos de experiências, principalmente na mulher, quando se sacrificaram milhares de ovários, verificaram que ficava sem solução o problema das doenças mentais, e que, ao contrário, os padecimentos das doentes eram aumentados pelo desânimo, no sofrimento.

E' dos nossos dias o fato de relacionarmos as perturbações endócrinas da glândula tiroide aos estados mentais. E resultados satisfatórios foram observados em casos de tensão nervosa, perda de peso, palpitações e insônias. Pecou-se, porém, pelo exagero, e Sawyer, que fez interessantes estudos das tiroidectomias sobre as psicoses de involução, observou que nestes pacientes as psicoses eram mais prolongadas, mais aptas a recidivas.

O mesmo poderemos dizer sobre outras glândulas, enxertos de ovário, tiroide, paratiroide, testículos, etc., até mesmo sobre a cirurgia do pâncreas, em determinados casos de hiperinsulínismo, com resultados mais ou menos satisfatórios.

A teoria da focal infecção abriu também um campo não pequeno para que a cirurgia entrasse com o seu contingente na cura de determinadas psicoses. Haja vista para as infecções dentárias, apendiculares, uterinas e anexais etc. Muitos pacientes se beneficiaram com este tratamento, outros nada lucraram com os sacrifícios a que se expuseram. Quis-se também atribuir os benefícios alcançados por alguns doentes submetidos a intervenções ao choque cirúrgico, assim como atualmente se consegue curar pacientes pelo emprêgo de altas doses de insulina, cardiazol etc., que lhes produzem choque.

### PIONEIROS DA PSICOCIRURGIA

Há cinquenta anos, após a experimentação de Goltz em animais, Burckhardt propôs curar as doenças mentais por intervenções nos centros nervosos. Este autor acompanhava na época as teorias de Maiot, que dizia que as circunvoluçãoes hipertrofiadas eram responsáveis por determinadas alucinações, assim: alucinações auditivas — hipertrofia do lobo temporal. Ele relacionou estes fatos a outras circunvoluçãoes, elabora Goltz, que fazia experimentações em animais, já tivesse afirmado o seguinte: os cães, cujos lobos frontais foram removidos, apresentavam maior hostilidade e fúria que aqueles que sofreram extirpação das regiões parietais.

Burckhardt tinha como lema a seguinte frase latina: "Meilius anceps remedium quam nullam", e daí ele não ficar indiferente aos doentes mentais sob sua guarda. Sua primeira doente era uma mulher de cinquenta anos de idade, com 15 anos de asilo, crises de mania, agressiva, com alucinações, era a pior esquizofrénica do asilo. O fim de sua intervenção não era curá-la, mas torná-la uma doente mais dócil, menos perigosa e que pudesse viver fora dos extremos de contensão a que se viam obrigados a sujeitá-la. Quatro intervenções consecutivas foram executadas nessa doente. A primeira, na região pre-central esquerda, donde foram retirados 5 g. da corteza cerebral; da região temporal esquerda, 2 1/2 g., da região parietal, lado esquerdo, 5 1/2 g.; finalmente, da 3.<sup>a</sup> circunvolução frontal retirou 5 g. Na segunda operação teve ela uma hemiplegia. Após essas intervenções ela comia bem, dormia bem e andava entre os ou-

etros doentes. Não mais agrediu ninguém, não se notando nenhuma perturbação da inteligência; mostrando-se eufórica, apresentando apenas ainda alguns fenômenos alucinatórios.

Buckhardt operou seis doentes, tendo um deles voltado aos seus trabalhos, porém morreu pouco mais tarde, não se sabendo bem se de um acidente ou suicídio; dois outros melhoraram, mas apresentavam convulsões epiléticas; um morreu no 6.º dia, após a operação, e o último caso, continuou em igual demência, menos violento e menos desagradável que antes, no entanto.

Apesar de Burckhardt não ter continuado com essa cirurgia mutilante e audaciosa, ele é considerado hoje como um dos pioneiros da psico-cirurgia, porque nos seus trabalhos deixou antever esta cirurgia que no momento atual vai pisando em terreno mais seguro. Este cientista de Genebra, poucos anos antes do nascimento da neuro-cirurgia, abandonou suas tentativas, e assim a psiquiatria naquela época ficou privada dessa contribuição formidável.

Foi naquele período em que a neuro-cirurgia extirpava os tumores da cortiça cerebral, curando as epilepsias sintomáticas; nas cendo então a cirurgia do gânglio de Gasser, cujo aperfeiçoamento vemos em nossos dias, com a neurotomia retrogasseriana.

Depois de Burckhardt, é de justiça lembrar o nome de Puusepp, o grande cirurgião, ora na Estônia, que também foi um dos criadores da neuro-cirurgia, e que deve ser considerado um dos pioneiros da psico-cirurgia, porque de 1906 a 1910 foi o primeiro a praticar três operações em casos de perturbações mentais, psicosis maníaco-depressiva, equivalentes epiléticos.

Sua intervenção consistia na transecção das fibras de associação, introduzindo o bisturí a três centímetros de profundidade entre o lobo frontal e o parietal até atingir a substância branca. Em 1914, ele apresentou um trabalho ao Congresso International de Moscou. Seus resultados, no entanto, não corresponderam à sua expectativa.

Em 1935, reuniu-se em Londres o Segundo Congresso International de Neuro-Cirurgia, e nele foram discutidas largamente as funções do lobo frontal, assim como foram revistas as mesmas pelas contribuições de Henri Claude, Barré, Delmas

Marsalet, Goldstein, Donaggio e Vincent, bem como novas comunicações de Fulton, Brickner e Jacobsen.

A exposição destes conhecimentos incitou Egas Muniz, presente a esse Congresso, a pôr em prática suas idéias, desenvolvidas dois anos antes no tratamento das psicoses, tratamento este que consistia na interrupção das vias de associação do lobo frontal. Assim, sua primeira operação neste sentido foi feita a 12 de Novembro de 1935, sendo publicada em Junho de 1936, com 20 casos.

Não faltou a crítica aceríma aos trabalhos e às teorias do inovador português, quando afirmou que a fluidez do caráter é até certo ponto normal no indivíduo, dada a necessidade de adaptação do mesmo ao meio e às contingências da luta pela vida, ao passo que a fixidez do mesmo é uma condição inerente aos indivíduos afetados de determinadas psicoses.

Egas Muniz, na sua monografia, pôs em evidência a complexidade da arquitetura do cérebro, com milhares de milhões de células e nervos, com incontáveis cilindros-eixos de incalculáveis relações entre si, por colaterais cuja fisiologia desafia a argúcia dos mais experimentados.

A atividade psíquica não é nada mais nada menos que o resultado da função nesta enorme massa de células e cilindros-eixos em suas mais variadas conexões.

O psiquiatra português acredita que as desordens mentais resultam da função exagerada e fixa dum determinado grupo de células, reunidas em determinada zona. Essas células são normais, seus cilindros-eixos não apresentam alterações anatômicas, porém, suas conexões não variam, como nos indivíduos normais. Ao contrário, seus arranjos, suas conexões persistem, fixas. Daí a explicação que ele encontra para certos fenômenos e determinados estados de idéias fixas e desilusões, observados nesses pacientes.

Propôs então que, para curar êstes pacientes, seria preciso destruir essas conexões fixas que existem no cérebro e, em particular, no lobo frontal.

Egas Muniz e Almeida Lima fizeram a primeira intervenção neste sentido, trepanando o crânio do paciente a 3 cm. para a frente do plano vertical que passa pelo conduto auditivo externo e a 3 cm. da linha sagital média do crânio. Aberta a tábua

óssea, foi introduzido um instrumento chamado leucótomo, que consiste num trocáter, por cujo centro passa um estilete terminado em lâmina. Introduzido êsse estilete à distância de 4 a 5 cm. dá êle cortes circulares num diâmetro de 1 cm. Retirado o estilete, são introduzidos, pelo trocáter, pequenas quantidades de 0,2 g. de álcool absoluto, afim de produzir a separação do polo frontal do resto do cérebro. O primeiro daqueles cientistas chama a isto barreira do lobo frontal.

Após essa operação, os pacientes apresentavam elevação de temperatura, dor de cabeça, vômitos e sonolência; alguns apresentavam contração dos masseteres, diarréias, incontinências de urina, distúrbios do reflexo pupilar e, em alguns casos, ptosis da pálpebra e fenômenos psíquicos, como apatia, perda de iniciativa, etc.

Estes fenômenos duravam de 3 a 4 dias. Alguns pacientes apresentavam fome constante e outros mostravam um comportamento infantil, divertindo-se em fazer bonecos com as toalhas. Outros ainda davam para esconder objetos alheios. Em 20 casos obteve 7 recuperados, 7 casos melhorados, principalmente quando apresentavam agitação motora, e 6 pacientes em nada se beneficiaram com o tratamento. Em alguns pacientes as melhorias foram imediatas, noutros as melhorias foram mais tardias. Alguns melhorados recaíam.

Outros investigadores também se interessaram pelo tratamento das psicoses por meio da cirurgia.

Ody, de Gênova, em Junho de 1936, operou um doente de Morel. Este autor conduziu suas experiências baseado na longa prática que adquirira com Cushing, no diagnóstico dos tumores do lobo frontal, o que lhe permitiu afirmar que a parcial ou total ressecção do lobo frontal não traz perturbações mentais ou psíquicas. O demente desfrontalizado, apesar de uma vida intelectual simplificada, é capaz de atos elementares, muito melhores que antes, com seus lobos íntegros, porém em disfunção.

O desfrontalizado pode recuperar o equilíbrio e pode sofrer uma nova readaptação à vida social. Ody fez uma pre-frontal lobectomia em 6 de Abril de 1936 em um doente de 23 anos de idade, cuja doença começara entre 4 e 5 anos, com os caracteres clássicos da esquizofrenia. Este indivíduo era desagradável, instável, e não tolerava contradição alguma. Não foi possí-

vel conservá-lo na escola, apesar de manifestar excepcional memória: em poucos segundos êle era capaz de dizer o dia da semana em qua cairia uma determinada data. Antes de operá-lo êle não ria e pouco falava. Na cama permanecia todo o dia com a cabeça coberta; por vezes agredia sua mãe, quando esta entrava no quarto. Após a intervenção, êle sorria quando vinham vizitá-lo, sentava na cama quando as pessoas entravam e as convidava a sentar; cruzava as pernas; sua memória e seu vocabulário começaram a provocar a admiração de todos; andava de bicicleta. Catorze meses mais tarde apresentou dois ataques de epilepsia.

Morel disse: "As lobectomias, nos casos de demência precoce, coincidem com as melhorias do estado geral do paciente, embora o processo fundamental da doença persista".

A primeira apresentação dos trabalhos de Egas Muniz foi feita na Europa, onde, no entanto, encontrou êle uma acolhida fria e reservada. Na Itália, ao contrário, foi bem animado o eco de suas comunicações. Rizzatti, que mais tarde trabalhou com Pussepp, inaugurou uma considerável série de leucotomias nos doentes mentais do Hospital de Racconigi. Ventura, também na Itália, observou um grande número de doentes operados por Ayala, porém não ficou entusiasmado com o método. Fiamberti modificou o processo de Egas Muniz, fazendo sua via através da órbita (teto da órbita), injetando na substância branca 2 cm<sup>3</sup>. de formol a 10 %, após ter empregado um leucótomo.

Donaggio faz anestesia com procaína nos lobos frontais, e acredita que êsse método é vantajoso, afim de impedir ou isolar as fibras nervosas de associação. O melhor documento é de Rizzatti e Borgarello: em 200 operações, apenas tiveram duas mortes, porque nestes dois pacientes havia ainda gliomas nos lobos frontais. Praticaram suas operações de preferência em doentes crônicos, em hebefrênicos mais de 9 anos de doença, catatônicos com mais de 4 anos, paranoicos de mais de 6 anos.

Obtiveram 15 % de curas completas, 31 % de melhorias acentuadas. Noutra relação de 200 casos, êstes autores associaram aos lobotomizados a insulina, o metrazol, obtendo os melhores resultados.

O mesmo sucesso não obtiveram Bagdasar e Constinesco, Bucarest, apesar de se acentuarem as melhorias de seus operados.

Na Alemanha foi feita uma só operação; o paciente, tendo morrido, não mais se tentou o processo. Na literatura americana temos os seguintes autores: Davidof operou um doente de Bricker; Roussell Meyers operou dois casos, tendo um ficado bom e outro melhorado; Strecker, Grant e Palmer apresentaram cinco casos de esquizofrenia, tendo obtido melhorias em todos, que antes haviam resistido ao tratamento do cardiazol, metrazol, etc. Grant apresenta 26 casos de lobotomias; Lyerly apresenta um trabalho com 27 casos, todos com melhorias acentuadas. Este operador prefere aberturas largas no cérebro, dizendo que obtém 56 % de sucesso.

Entre nós, em São Paulo, Matos Pimenta, em Fevereiro de 1937, na "Revista de Cirurgia", publicou um trabalho intitulado "Técnica da leucotomia cerebral". Nesta comunicação descreve êle três casos. Um deles não obteve melhorias, outro melhorou consideravelmente e um terceiro teve uma melhora lenta, progressiva, até completo restabelecimento.

Finalmente, para terminarmos estas citações, não podemos deixar de fazer menção ao trabalho de Freeman e Watts, publicado êste ano, em Washington, onde os autores fazem um estudo muito interessante sobre a fisiologia do lobo frontal.

Neste trabalho apresentam êles 80 lobectomias em casos de doenças mentais. Cinquenta dêstes operados foram recuperados; 16 deles foram regularmente, 11 maus, 3 mortes imediatas e 4 mortes em períodos tardios de seis meses a um ano.

### SIGNIFICAÇÃO DOS LOBOS FRONTAIS

Os escultores e pintores gregos costumavam representar seus deuses e seus heróis nacionais com uma fronte larga, cabeça grande e um ângulo facial bem aberto. Gall e Spurzheim mediram o crânio de várias pessoas em posição destacada na sociedade, o que veio concorrer para a incentivação do estudo da localização cerebral, porém, a existência de protuberância e de maior ou menor volume da caixa creaniana não coincidia com a ausência ou presença de determinadas faculdades observadas nos indivíduos.

Daí êles não terem grande entusiasmo pela frenologia, e o debate da localização cerebral veio a ter maior precisão após os

trabalhos de Fritsch, Hitzig e Flourens. No entanto, a comparação entre o homem e os outros animais, conforme os trabalhos de Tilney, feitos entre o macaco e o homem primitivo, mostra que a maior diferença está no lobo frontal, onde se nota a especialização desta parte do encéfalo, principalmente na 3.<sup>a</sup> circunvolução frontal, em que está localizada a função da palavra e da razão.

### TOPOGRAFIA — ANATOMIA DOS LOBOS FRONTAIS

Chama-se lobo frontal à parte anterior do cérebro que está para diante da cisura de Rolando. A divisão do lobo frontal em área pre-central, pre-motora e pre-frontal corresponde, mais ou menos, à cito-arquitetura de Vogt, Campbell Koskran Brodmann. Estes autores demonstraram que há uma certa relação entre a função e a forma, e daí verificarem êles que as camadas do encéfalo estão dispostas num determinado arranjo, assim classificados por Von Economo:

- 1.<sup>a</sup> camada — Molecular ou plexiforme, onde existem fibras ao lado de células fusiformes;
- 2.<sup>a</sup> camada — Granulosa externa, constituída por células granulosas;
- 3.<sup>a</sup> camada — Células piramidais, dispostas em grandes, médias e pequenas;
- 4.<sup>a</sup> camada — Granulosa interna, constituída por células numerosas e pequenas;
- 5.<sup>a</sup> camada — Piramidal interna ou camada granglionar. São células grandes e disseminadas;
- 6.<sup>a</sup> camada — Células fusiformes.

Von Economo dividiu estas camadas em cinco grupos porque verificou que, em determinadas zonas da cortiça cerebral, havia variações relativas à densidade e agrupamento de células. Assim temos: o tipo frontal, as células piramidais, volumosas e em grande número, e as granulosas, nítidas e pouco espessas.

Temos o tipo parietal, que é o contrário dêste: células granulosas grandes, espessas, e as células piramidais pequenas. Temos ainda o tipo polar, comum no polo frontal e occipital.

No polo frontal as células piramidais são volumosas e em grande número; no occipital, as células piramidais são menores.

Em ambos êstes tipos existem numerosas células glanglionares. Temos ainda o tipo agranular, que é a frontal ascendente, onde só vemos células piramidais, não havendo células granulosas. O tipo granular, onde somente vemos células granulosas.

Comparando a constituição das diferentes camadas, verifica-se que no lobo frontal a constituição dêstes elementos parece realizar um tipo misto de células piramidais e granulosas, daí muitos autores atribuirem ao lobo frontal um poder de compensação, de substituição nas determinadas funções de um mesmo hemisfério cerebral, ou na falta da função do lado oposto. I chiamam a isto função equipotencial do lobo frontal.

### CONEXÃO DO LOBO FRONTAL

As diferentes partes do encéfalo estão ligadas entre si por fibras de conexão, a saber:

1 — Fibras arqueadas, que ligam a córtice de uma circunvolução à sua vizinha.

2 — O sínsgulo ou girus límbico, que liga o lobo frontal parte anterior do occipital. Esta circunvolução recebe e emite fibras em todos os sentidos.

3 — O feixe longitudinal inferior, que vai do occipital à ponta do lobo temporal.

4 — O feixe occipito-frontal ou longitudinal superior, que vai do lobo frontal ao occipital, dando fibras que vão ao lobo temporal.

5 — Feixe unciforme, que vai do lobo orbitário ao lobo temporal.

Neste nosso estudo queremos chamar a atenção para algumas fibras de projeção, que são as fibras córtico-talâmicas, principalmente as radiações anteriores do tálamo, ligando êste ao lobo frontal.

Os estudos de Flechsig mostraram que o feixe tálamo-frontal se torna mielinizado, ao mesmo tempo que o temporal e as projeções occipitais, e antes das fibras de associação frontais.

Conforme trabalhos de Walker, o núcleo mediano do tálamo dos primatas degenera quando se incisa o polo frontal. Sabemos que no tálamo estão localizados os sentidos das sensações, assim como das emoções. E' por intermédio destas fibras que o lobo frontal recebe toda a carga das sensações afetivas que chegam até o tálamo e estas associações afetivas emocionais, que se traduzem no cérebro por sentimentos afetivos, que podem ser voluntários ou involuntários. Daí a importância da secção destes sexes para alterar a constituição psíquica da personalidade.

### FUNÇÕES DO LOBO FRONTAL

Entre as mais comuns queixas dos pacientes tratados pela lobectomia são: indigestão, palpitação, frio nas mãos e nos pés. Alguns pacientes, após as lobectomias apresentam: incontinência urinária, aumento de apetite. Em 1934, Watts e Fulton demonstraram que a estimulação do lobo frontal produz aumento do peristaltismo, chegando mesmo até à intussusseção, chegando à obstrução fatal.

Bochefontaine demonstrou que a estimulação do girus sigmoide dos cachorros aumenta o peristaltismo do estômago e inibe o piloro. Cushing demonstrou a relação que existe entre a úlcera do estômago e as lesões dos lobos frontais.

### TUMORES DO LOBO FRONTAL

Há uma enorme literatura sobre os tumores dos lobos frontais. Bernhardt e Schuster, nas suas coleções de mais de 1.000 casos, mostraram a frequência dos tumores nos lobos frontais. Estes tumores, na sua mais variada sintomatologia, concorreram, de certo modo, para o estudo da fisiologia do lobo frontal; no entanto, não devemos tirar conclusões definitivas a seu respeito porque:

1 — alguns tumores crescem com extrema rapidez, podendo matar o paciente em pouco tempo, sem dar o sinal clínico conveniente;

2 — estes tumores, às vezes bilaterais, não crescem progressivamente, lentamente, comprimindo regiões vizi-

nhas dos lobos frontais, trazendo, por conseguinte, uma sintomatologia complexa de difícil precisão; 3 — nem sempre o tumor lesa a substância nervosa sómente; os vasos também são lesados, o nervo ótico é comumente interessado e daí o acréscimo de outra sintomatologia, como dores, perda da visão, vomitos e outras perturbações que não correm por conta do lobo frontal.

Donath menciona que na lesão do lobo frontal há perda da intuição e do interesse, apatia, dificuldade de adaptação às novas circunstâncias da vida, incapacidade para aprender, moral obtusa, e acentua ainda que os sentimentos de consciência, atenção, percepção e comparação, abstração, ideiação, volição, são prejudicados. Com estas perturbações a faculdade de síntese, assim como as faculdades de julgamento, discernimento e auto-critica, apresentam uma grande alteração, ao que eu denomino: "ataxia psíquica do lobo frontal".

### ATROFIA DOS LOBOS FRONTAIS

Não faltou, para melhor esclarecimento das funções do lobo frontal, o estudo de certas formas clínicas, como atrofia presenil, descrita por Alzheimer e a atrofia esclerótica descrita por Pick. Ambas estas lesões são simétricas e pertencem aos lobos frontais. Os indivíduos portadores deles apresentam perda de iniciativa e memória. Estes doentes tem consciência da perda destas faculdades e não é raro vê-los com seu bloco de notas, a tomar apontamentos das coisas mais triviais. Goldstein chegou mesmo a construir testes, feitos por casas, ruas etc., e faz um estudo profundo, chegando separar uma memória subjetiva e uma memória objetiva, importantes sob o ponto de vista para o estudo psicológico dos doentes.

### AMOLECIMENTO DOS LOBOS FRONTAIS

Tem-se verificado o amolecimento do lobo frontal após traumatismo do encéfalo e, por conseguinte, a contribuição dessas lesões tem concorrido para o conhecimento das funções desse

orgão, assim como os acidentes verificados por traumatismo advindos nos fatos de guerra.

Feuchtwanger estudou o maior número dos feridos de guerra dos lobos frontais, ferimentos transfixantes e verificou este autor que as manifestações psíquicas em lesões mais ou menos semelhantes apresentam sintomatologia bem diversa. Assim, alguns doentes apresentam estados hipomaníacos; outros caem em profunda depressão, indiferentes a tudo, não falam; outros apresentam mórias, eritismos sexuais; outros apresentam ainda os chamados estados psicopáticos, com delírios etc. Mas, quem melhor estudou a sintomatologia do lobo frontal, por efeitos de ferimentos de guerra, foi Kleist, que chegou mesmo a criar campos arquitetônicos das funções cerebrais. Por exemplo: a perda da espontaneidade no movimento está localizada no terço médio da primeira e segunda circunvolução frontal. Preguiça no falar, — mutismo, — na área 44 B do lado esquerdo no lobo frontal. Perda da mimica facial — lesão da área 9. Perturbação do cálculo e da ideiação — lesão da área 46 etc.

### LOBECTOMIAS

Entretanto, o que mais tem concorrido para o conhecimento da função do lobo frontal é a lobectomia.

Antes, porém, de entrarmos na apreciação das lobectomias, convém lembrar a afirmação de Pavlov, que diz que a córtice é um mosaico de funções, na qual nenhuma função está predeterminedada, está fixa, a não ser a função motora e a função sensitiva, nas suas áreas bem conhecidas. Diz mais que a córtice é um calidoscópio de infinitas possibilidades, de inibição, de adaptação, substituição, tantos nos processos mentais como nos processos emocionais.

Jefferson também afirma que a dificuldade da localização cerebral é devida a que as funções não estão limitadas à áreas estreitas. Penfield, Evans, Jefferson fizeram as mais extensas lobectomias, sem nenhuma perturbação da vida psíquica de seus pacientes, presseguindo em seus labores.

## TÉCNICA DAS LOBOTOMIAS

Após os cuidados de assepsia natural do couro cabeludo, é feita uma cruz atrás da glábelia, à distância de 13 cm da mesma. Perpendicular a esta linha, numa distância de 3 cm do rebordo lateral da órbita, marca-se um ponto.

Levanta-se em direção a este ponto uma perpendicular que sai da arcada zigomática e sobe a uma altura de 6 cm. No encontro destas duas linhas é que deve ser feita a incisão, afim de iniciarmos a operação. Corta-se em seguida a pele, tecido celular sub-cutâneo, aponeurose da gália, incisam-se os músculos, afasta-se o periosteio, e rugina-se o mesmo. No fundo da ferida descobre-se a sutura coronária. Com o trépano de mão, sobre a linha previamente demarcada, faz-se um pequeno orifício de um centímetro de diâmetro na tábua óssea; isto feito, faz-se a mesma coisa do lado oposto: abre-se a meninge e introduz-se na massa cinzenta do cérebro a cânula ou a faca de Watts e Freeman ou então o nosso leucotomo. Este leucotomo, semelhante à pinça de Hartman, em cuja extremidade, num dos ramos da mesma, existe uma lâmina cortante, com o fio para cima. Acionando o ramo desta pinça, obteremos uma abertura de meio centímetro. Num dos lados da pinça existem 3 traços que marcam a distância que vai da ponta da mesma, indicando o último traço 3 cm. Introduzindo-se a pinça a esta distância não temos mais senão abrir os ramos da pinça. Feita esta abertura, são fechados os ramos da mesma, faz-se uma rotação completa da pinça para cima, depois da qual, novo movimento de abertura dos ramos, fechamento dos ramos, e retirada da pinça. No lugar da pinça é colocada uma agulha, como para a punção do ventrículo, e injetam-se 2 cm 3 de "thorotrust" ou lipiodol.

Lava-se a ferida com sôro morno e, não havendo nenhuma hemorragia, aproxima-se com 1 ou 2 pontos de cat-gut a meninge e fecham-se as partes moles, como em qualquer outra intervenção.

Há às vezes pequenos choques após a lobotomia, tais como queda da pressão arterial e diminuição dos movimentos respiratórios.

As secções das fibras de profundidade não devem ser feitas nem para diante, nem para trás do ponto marcado previamente.

Vê-se que o lobotomia produziu efeito quando o doente apresenta sonolência, apagamento da memória e desorientação. Entre as perturbações neurológicas mais comuns, temos: trismo dos masseteres, que dura poucos minutos; distúrbios pupilares, às vezes acompanhados de queda das pálpebras.

Nas perturbações viscerais temos náuseas, vômitos e incontinência. A desorientação desaparece no quinto dia da intervenção e coincide com o aparecimento de um certo grau de animação, iniciativa, e assim o *deficit* do lobo frontal parece ter uma compensação.

## O LOBO FRONTAL E AS PSICOSIS

Os indivíduos, cujas áreas de associação do lobo frontal foram inativadas por uma pré-frontal lobectomy, apresentam um certo número de particularidades que os distinguem do seu estado pré-operatório.

Destante ficou livres da ansiedade e dos sentimentos de inferioridade, não se preocupando mais consigo mesmo, nem com o que se passa em derredor de si, no que diz respeito à sua pessoa, não mais relacionam as perturbações do seu coração, nem as contrações do seu estômago, nem mais fazem associação destas perturbações. Seus pensamentos ficam como que voltados para fóra de si e as idéias obsessivas se tornam completamente abolidas. Suas respostas são prontas, vivas; apresentam uma emoção incontrolada, que os faz rir alto e de um modo petulante, mostrando humor elevado; porém tudo neles é superficial. Há de quando em vez um certo grau de infantilidade em suas idéias.

Como deficiência intelectual notamos primeiro: uma certa rigidez nas atitudes, que são categóricas; incapacidade para achar métodos para a solução de problemas mais ou menos difíceis, incapacidade de síntese. Todos estes fenômenos tendem a desaparecer com o tempo.

A função do lobo frontal, conforme Freeman e Watts, caracteriza-se pela capacidade que temos de fazer uma imagem de nós mesmos e a projetarmos no futuro. Ela visualiza todas as relações do ego, não só no mundo externo como nas relações inercânicas do nosso corpo. Pelas virtudes desta função temos conhecimento de nossas dúvidas e obrigações para conosco mes-

mo e para com os outros, bem como das obrigações dos outros para conosco. Por ela temos consciência de nossas ambições e de suas possíveis realizações. Vêmo-nos nós mesmos como julgamos que nos veem os outros.

Graças ao lobo pré-frontal é que pesamos e dosamos nossas deliberações ou conveniências, de acordo com o meio. Graças ao lobo frontal nos é permitido selecionar entre milhares e milhares de impressões aquelas que mais nos convém. Poi esta faculdade é que filosofamos, especulamos, edificamos castelos, vencemos dragões e conquistamos princesas.

Agora, imaginemos a córtice do lobo frontal relacionada com o tálamus por uma quantidade enorme de ligações por fios que sobem e por filhos que desem, recebendo descargas contínuas de emoções sucessivas e vermos as dificuldades que podem suceder em determinadas condições.

Qualquer idéia entretida de um modo mais ou menos longo pode torna-se uma obsessão. Daí concluirmos que é bom que todo indivíduo tenha um pouco de medo, um pouco de ansiedade, uma discreta ambição, um desejo de aperfeiçoamento espiritual, uma previsão clara dos fatos que nos cercam, um conhecimento perfeito de nós mesmos em relação, não só à nossa função social externa, como nos fenômenos ntimos da nossa economia. E' mesmo agradável termos um pouco de fantasia e edificarmos alguns castelos, mas tudo isto que é bom poderá tornar-se máu, principalmente quando o medo nos trás indecisão, a inação, ou quando a fantasia, os sonhos nos enchem de sentimentos inferiores e nos julgamos culpados de todos os nossos insucessos.

Em tal estado, a descarga emocional faz com que estes complexos fiquem fixados e a fixação dos complexos é que produzem as psicoses.

Karpman escreveu um trabalho "Os lobos frontais" inimigos da humanidade". Os lobos frontais, nos indivíduos normais, são indispensáveis; nos indivíduos doentes devem ser destruídos.

Sem lobo frontal não pode haver psicoses funcionais, afirmou Watts e Tremam.

## O METABOLISMO GASOSO NAS QUEIMADURAS GRAVES

DR. OSCAR NICHOLSON TAVES  
Cap. médico, chefe da 8.<sup>a</sup> Enfermaria.

Da importância das queimaduras como entidade nosológica dizem bem os inúmeros trabalhos de autores nacionais e estrangeiros que, nestes últimos anos, tem estudo e encarado o problema sob um ponto de vista inteiramente novo.

Do esforço conjugado de clínicos e fisiologistas vêm surgindo, modernamente, noções capitais para a interpretação dos mais variados processos patológicos e dos meios de os combater. O método físi-clínico vai dando à nosografia uma concepção diferente mostrando que as funções mais importantes são realizadas não por órgãos isolados mas por aparelhos complexos (Anes Dias).

Com Davidson inicia-se uma nova era no tratamento local das lesões. Aperfeiçoam-se a técnica do tratamento de urgência. Os fenômenos de choque e toxemia são estudados clínica e ex-

perimentalmente, resultando daí uma série de conhecimentos básicos da maior importância prática.

Modernamente, o problema do queimado deve ser encarado sob o aspecto físiopatológico, sendo pois indispensável um exato conhecimento das condições de cada caso clínico, único meio de prever, evitar e combater com acerto e eficiência as perturbações orgânicas delas decorrentes. No queimado, essas perturbações se traduzem por um verdadeiro cataclisma humorai, consequência do acometimento dos mais importantes órgãos e sistemas bio-reguladores.

Diversas alterações importantes do metabolismo gasoso ocorrem nas queimaduras graves.

A vida extra-uterina se inicia graças à anoxemia que provoca a primeira incursão respiratória no recém-nascido. Por sua vez, a falta de oxigênio perturba toda a atividade celular e pode levar rapidamente à morte.

À luz das recentes aquisições físiopatológicas e anatômicas ficaram bem estabelecidas as relações entre o centro respiratório e os corpos carotídeo e aórtico. Sabe-se atualmente que a região do seio carotídeo não é somente uma bifurcação vascular. Tem uma sensibilidade particular, ponto de partida de uma série de reflexos de repercussão vegetativa. A sensibilidade reflexógena não se restringe à percepção de excitações experimentais; ela intervém de maneira bem definida na regulação do ritmo respiratório e cardíaco e da pressão arterial.

A principal causa do ritmo respiratório pode ser encontrada no próprio sangue. Por outro lado exerce-se a ação da pressão arterial que, estimulando os elementos nervosos do corpo carotídeo, provoca uma série de impulsos que se transmitem ao centro respiratório. Assim, quando a pressão sobe, a inspiração torna-se mais superficial e o ritmo é mais lento. Se a pressão continua a elevar-se, a respiração cessa para só recomeçar quando a pressão começa a cair. Baixando mais ainda a pressão arterial, aumentam o ritmo e amplitude respiratórias.

Além desta sensibilidade física, ocorrem outros fenômenos ligados à sensibilidade química destes elementos nervosos, cujos principais fatores são a privação de oxigênio e a concentração de CO<sub>2</sub> no sangue.

Normalmente, o ar contém 20,9 % de oxigênio e a satura-

ção da hemoglobina depende da tensão do oxigênio alveolar. Os efeitos do baixo teor de oxigênio no ar são bem conhecidos: taquipneia, taquicardia, incoordenação, desfalecimento. E' o que ocorre nas grandes altitudes, em virtude da hemoglobina não atingir o seu limite de saturação. Por sua vez, a anoxia, por intermédio do seio carotídeo, excita o centro respiratório, aumentando o número de movimentos respiratórios. Esses reflexos constituem um meio de defesa do organismo afim de manter a tensão do oxigênio alveolar e consequente saturação da hemoglobina.

Alguns autores pretendem explicar as alterações do ritmo respiratório pela maior concentração do CO<sub>2</sub> no sangue. Nestes casos, entretanto, tal não se dá. A hiperventilação pulmonar provoca maior expulsão de CO<sub>2</sub> pelos pulmões. A causa primordial das perturbações reside na anoxia, em virtude da baixa concentração do oxigênio no ar (14 % ou menos).

As trocas gasosas entre o sangue e os tecidos resumem-se, praticamente, no fornecimento de oxigênio do sangue aos tecidos e na eliminação do CO<sub>2</sub> resultante das combustões celulares. Dependem, como se sabe, de diversos importantes fatores:

- 1) As propriedades biológicas da hemoglobina.
- 2) A concentração do oxigênio no sangue.
- 3) A morfologia da hematia.

O sangue contém normalmente 20 volumes por cento de oxigênio, sendo 19,5 % combinados com a hemoglobina e 0,5 % dissolvido no plasma. E' por intermédio do plasma que o oxigênio chega aos líquidos intersticiais e aos tecidos. Neste particular, o oxigênio combinado à hemoglobina constitue uma reserva cuja função primordial consiste em manter a taxa de oxigênio do plasma. Desta noção depreende-se a importância de se manter a taxa de oxigênio combinado à hemoglobina.

As combustões celulares produzem CO<sub>2</sub> continuamente e este precisa ser eliminado. Esse mecanismo depende das propriedades da hemoglobina, seu meio de transporte mais adequado, sendo que só um pequeno volume deste gás se transporta em dissolução no plasma.

Compreende-se assim a importância de uma perfeita circulação no que diz respeito às trocas gasosas no organismo. A

estase capilar causa a baixa da concentração do oxigênio no sangue e perturba todo o metabolismo celular.

A anoxia resultante provoca, por sua vez, uma série de perturbações, que se traduzem por sinais de desequilíbrio funcional dos mais importantes órgãos e sistemas bio-reguladores.

Antes de estudarmos os efeitos da anoxia sobre os diversos setores da economia, descreveremos rapidamente os seus diferentes tipos, segundo a classificação de Barcroft, Peters e Van Slyke, à qual acrescentamos um quinto tipo, misto.

1. *Anoxia anóxica*: Resulta de um obstáculo mecânico que impede a livre difusão do oxigênio alveolar para o sangue. Embora a circulação seja eficiente, a hemoglobina não atinge o seu limite de saturação. E' o que se observa, por exemplo, na pneumonia, no edema agudo etc.

2. *Anoxia anêmica*: Como o nome indica, resulta de menor taxa de hemoglobina combinada com oxigênio. A tensão alveolar pode ser suficiente, mas o meio de transporte é insuficiente. Pode resultar da queda real da taxa de hemoglobina, como ocorre nas anemias, ou porque grande parte de hemoglobina se encontra ocupada, como ocorre no envenenamento pelo monóxido de carbono.

3. *Anoxia estagnante*: Resulta da estase circulatória e do menor volume de sangue circulante. A tensão alveolar é normal, a concentração no sangue suficiente, mas o fornecimento para os tecidos é muito lento, não bastando às necessidades celulares.

4. *Anoxia histotóxica*: Por incapacidade dos tecidos em utilizar o oxigênio fornecido pelo sangue. A tensão alveolar é suficiente, o transporte eficiente, mas em virtude de perturbação celular o oxigênio não pode ser utilizado de maneira a satisfazer as necessidades da célula. Ocorre no envenenamento pelos compostos cianídricos e na auto-intoxicação celular do período de toxemia das queimaduras.

5. *Anoxia mista*: Resulta da associação de dois ou mais tipos acima descritos. Ocorre com frequência. No choque por hemorragia temos os tipos anêmico e estagnante. Nas queimaduras graves, o estagnante e o histotóxico (este em grau menos acentuado).

## EFEITOS DA PRIVAÇÃO DE OXIGÊNIO

Os seus efeitos são variáveis e dependem do grau de anoxia. A anoxia, mesmo passageira, altera profundamente todo o metabolismo das células nervosas. Estas, para o seu metabolismo, necessitam de cloreto de sódio, glicose e oxigênio, este último de maneira contínua. As células corticais são as primeiras a sofrer os efeitos da privação do oxigênio, seguindo-se os centros nervosos cerebrais e medulares.

A anoxia, mesmo moderada, provoca cefalalgia, perturbações visuais e incoordenação. Se a concentração de oxigênio baixa, no sangue, a 24% ou menos, surge o coma.

De acordo com os trabalhos de THOMER e LEVY, a anoxia das células nervosas é causa de lesões de natureza degenerativa, especialmente nas células corticais. COURVILLE observou esclerose das células piramidais e necrose cortical.

O miocárdio normal necessita de grandes quantidades de glicose e oxigênio para o seu metabolismo. Os trabalhos experimentais de KROGH demonstraram que a anoxia aumenta a permeabilidade dos capilares. Este fato tem grande importância no que respeita ao tratamento do grande queimado que, como sabemos, em virtude das perturbações vasculares provocadas pelo choque, é portador de estase capilar e maior permeabilidade vascular. Assim, as alterações cardio-vasculares do choque provocam o tipo estagnante de anoxia e esta, por sua vez, aumenta a permeabilidade vascular. Estes estudos demonstram que no grande queimado a anoxia existe como causa e efeito das perturbações vasculares.

A anoxemia altera o ritmo respiratório (taquipnêia) e a amplitude (hiperpnêia) dos movimentos. Aumenta, por este motivo, a tensão do oxigênio alveolar (medida de defesa do organismo).

Se a anoxemia persiste, surge a brandipnêia, diminue a ventilação pulmonar, a respiração torna-se superficial, surgem as perturbações do psiquismo e da coordenação muscular, coma e morte. A cianose é frequente, mas nem sempre cons-

titue um índice seguro, pois pode existir anoxia sem cianose, não tendo a hemoglobina reduzida atingido a taxa de cinco miligramas por cento necessárias para provocarem esse sintoma.

Além desses efeitos, a anoxia agrava a deshidratação (vômitos, diarréia), impede o perfeito funcionamento hepático, renal, suprarrenal e hipofisário, não só em virtude das combustões se realizarem incompletamente, mas também pelos seus efeitos sobre o aparelho cardio-vascular (estase, permeabilidade vascular etc.).

Por outro lado, as imperfeitas trocas gasosas concorrem para a insuficiência do mecanismo que regula o equilíbrio ácido-básico, mantendo e agravando a acidose do período de toxemia das queimaduras.

A noção de anoxia tem, pois, especial interesse na evolução das queimaduras graves.

### OXIGENOTERAPIA NOS QUEIMADOS

Estudamos o mecanismo patogênico da anoxia nas queimaduras graves e vimos que se associam freqüentemente os dois tipos, histotóxico e estagnante.

O tipo estagnante é, de início, o mais importante e concorre para manter a estase vascular e a permeabilidade anormal do sistema capilar.

Está, pois, plenamente justificado o emprego da oxigenoterapia no grande queimado. Para dar os melhores resultados deve ser empregada precocemente. A administração de oxigênio poderá ser efetuada por intermédio da tenda própria, máscaras especiais (das quais a mais útil é a máscara B.L.B.) ou com o emprego da sonda ou dupla sonda de Nelaton nas fossas nasais. Com a dupla sonda consegue-se uma tensão alveolar aproximada de 30 %; com a máscara B.L.B. 90 % e mesmo mais.

A oxigenoterapia deverá ser associada a outras medidas de combate ao choque (sôro gomado, pitressina, corticosterona, transfusão de sangue, de plasma etc.), pois os seus efeitos são mais evidentes quando, por aqueles meios, foi possível conseguir a elevação da pressão arterial e um tono capilar mais favorável.

### Clínica Dermato-Sífilo-Venereológica

#### EM TORNO DA PADRONIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA SÍFILIS RECENTE

DR. ALVARO DE SOUZA JOBIM

Major médico, chefe da Clínica  
Dermato-Sífilo-Venereológica.

Problema de magna importância em nosso meio é o da profilaxia e tratamento da sífilis.

A sífilis mantém-se em incidência alta em nossas estatísticas por isso que as disposições regulamentares existentes sobre a profilaxia da mesma, em rigor, não têm podido ser postas em execução em toda a sua plenitude, em virtude do exíguo nú-

mero de médicos existentes nos corpos de tropa, onde são obrigados a múltiplas atividades, desde a equitação até à confecção de fichas biométricas, impedindo-os de exercer rigoroso controlo sobre as doenças venéreas.

Outro óbice, maior ainda, é a penúria de recursos resultantes do custo elevado da medicação químico-específica, da qual os arsenicais trivalentes constituem a terapêutica básica.

Resultados eficientes só poderão ser obtidos quando se dispor de largos recursos tanto em pessoal como em material, bem como quando houver noção exata da importância do problema.

Por isto torna-se necessária, para se obter algo satisfatório que na consciência médica-militar se sedimente, de uma maneira precisa e uniforme, a importância e a necessidade de um tratamento bem conduzido.

Impõe-se a formação de uma mentalidade bem orientada no tratamento da sífilis, para que no Exército seja adotado um método profilático e terapêutico uniforme que melhor se adapte às contingências da vida militar e que seja do conhecimento de todos os médicos.

Para isso torna-se necessário que, na Escola de Saúde do Exército, sejam ministrados, em uma aula, ensinamentos sobre padronização do tratamento da sífilis recente, divulgando-se, dêste modo, um esquema básico de tratamento. A continuidade terapêutica é de importância fundamental no tratamento da sífilis.

O tratamento incompleto é de resultado contraprodutivo pela reativação resultante do emprêgo de doses insuficientes, concorrendo para a instalação de lesões muitas vezes irremediáveis, tais como: hemiplegias, aneurismas e manifestações de neuro-lues.

Só um tratamento intensivo, sistemático, precoce e uniforme evita ou diminui consideravelmente os acidentes tardios da sífilis recente.

Na sífilis, o tratamento deve ser precoce, de preferência no período correspondente à fase sôro-negativa.

No CENTRO DE TRATAMENTO DA SÍFILIS dêste Nossocomio é adotada, em seus princípios fundamentais, a padro-

nização aconselhada em 1935 pela Comissão de Higiene da Sociedade das Nações, composta dos professores Th. Madson, Harold Westergaard, Svend Lomholdt, Coronel L. W. Harrison, H. Stokes, Y. Yadassohn, L. Queyrat, Gougerot, C. Rasch e Hans Martenstein, como presidente e relator. Esta Comissão, que examinou 25.000 fichas provenientes de observações realizadas na Dinamarca, Inglaterra, Estados Unidos, França e Alemanha, adotou e aconselhou dois métodos básicos de tratamento, um contínuo em séries alternadas e outro descontínuo em séries intercorrentes.

O método contínuo-alternado, preconizado pela referida Comissão, consiste em administrar cinco a seis gramas de arsenical trivalente, cinco gramas de Salvarsan (arsfenamina dos americanos) ou seis gramas de Neosalvarsan (Neoarsfenamina), (0,40 g. ou 0,60 g. quando se tratar de Arsenox), por via endovenosa, dentro do prazo de dez a doze semanas seguidas, durante quatro semanas de quatro doses de 0,20 g. de Bimetal, semanalmente. Preconizam o salicilato de bismuto em óleo-suspensão. No caso de intolerância pelo bismuto aconselham o mercúrio associado ao iodureto de potássio. Este tratamento compõe-se de quatro séries arsênico-bismúticas. Após cada série, fazer o controlo sorológico e, após a segunda, o do liquor. Durante o tratamento o paciente é submetido a um controlo clínico. Teminado o tratamento deve o paciente ser submetido ao controlo clínico sorológico e radiológico, por um prazo de três anos e liquorológico semestral.

O tratamento descontínuo-intercorrente, organizado pelo Prof. Martenstein e aprovado pela Comissão, consiste em administrar as mesmas cinco gramas de Salvarsan ou seis gramas de Neosalvarsan (0,40 g. a 0,60 g. de Arsenox), durante dez semanas, simultaneamente combinado ao bismuto, na dose de 0,40 g. de Salvarsan ou 0,60 de Neosalvarsan, semanalmente, em uma injeção (0,04 g. ou 0,06 g. de Arsenox) e 0,20 g. a 0,24 g. de Bi-metálico em uma injeção também semanal, seguidas de duas semanas de somente bismuto. Terminada esta série, o paciente faz um repouso de três a cinco semanas. Neste período faz-se um exame sorológico. No caso de obter-se a sôro-

negativação, administram-se quatro séries idênticas, separadas por intervalos de três a cinco semanas. Quando não se obtiver a sôro-negativação no fim da primeira cura, persistir no tratamento até que o paciente tenha recebido, no mínimo, mais três curas de consolidação após a que fôr terminada com reação sôro-negativa. O contrôlo clínico e liquorológico é também indispensável.

O tratamento descontínuo em realidade é um tratamento contínuo, pela absorção lenta do bismuto durante as semanas de interrupção temporária do tratamento. Neste Nosocomio, em seu Centro de Tratamento da Sífilis, atendendo à premência do tempo no sentido de ser o tratamento feito no mínimo prazo possível, conciliando-o com as contingências da vida da caserna, afim de recuperar, no mais curto tempo, o maior número de praças, adota-se em suas bases gerais o método descontínuo-intercorrente, reduzido a sete semanas, durante as quais são administradas seis gramas de Neo-arsfenamina ou 0,60 g. de Arsenox, combinado simultaneamente com 1,12 g. de bismuto-metálico em catorze injeções bi-semanais, seguidas de mais quatro injeções de bismuto em mais duas semanas. Terminada a série, se obtida a sôro-negativação, o paciente tem alta, levando consigo uma ficha na qual consta o tratamento feito, afim de continuar, em Ambulatório, o tratamento de consolidação, que consiste, após um repouso de quatro semanas, em mais três séries arsênico-bismúticas, observando-se sempre o repouso de quatro semanas entre as séries.

No caso de não se obter, após a primeira série, a sôro-negativação, o paciente continua matriculado neste Centro, persistindo-se no tratamento até que seja obtida a sôro-negativação, procedendo-se também, então, ao exame liquorológico. Quando da positividade do liquor, é o paciente encaminhado ao Serviço de Neuro-Psiquiatria. Neste Centro o tratamento é continuado apenas como complementar. Quando ainda da sôro-resistência, após a primeira série e da negatividade do Wassermann no liquor, mais três séries de consolidação são aplicadas após conseguir-se a sôro-negativação. Todo o doente matriculado no C.T.S., mesmo os anteriormente tratados de modo incompleto,

são submetidos à cura segundo o método adotado, não se levando em conta o tratamento anterior. Todo o doente com lesão primária clinicamente diagnosticada é submetido ao tratamento específico, de preferência na fase sôro-negativa, enquanto se aguardam as reações sorológicas.

As injeções de arsenical trivalente e as de bismuto são, neste Centro, feitas bi-semanalmente e não semanalmente como recomenda a Comissão da Sociedade das Nações. As doses do arsenical trivalente são também mais altas, pois se aplicam 0,90 g. de Neo-arsfenamina ao invés de 0,60 g. a 0,75 g. e 0,12 g. de Arsenox semanais ao invés de 0,06 g. geralmente aconselhados, fracionando-se em duas doses semanais. Obtém-se assim um nível mais constante da substância química espirilicida na intimidade dos tecidos, sem risco de expôr de uma só vez o organismo a uma dose elevada. Estas doses são satisfatoriamente toleradas pelos doentes. Desta maneira, faz-se atualmente em sete semanas o que se fazia anteriormente em quinze, quanto ao 914, e em cinco semanas e meia o que se fazia em quinze, quanto ao Arsenox, sem que surjam acidentes de maior monta e sem que êstes sejam mais frequentes. O tratamento é precedido sistematicamente de um exame físico, sorológico de Wassermann, Kahn e Kline, de urina, bem como da pesquisa do treponema nos casos de lesão inicial e liquorológico quando de indicação clínica ou da sôro-resistência. As injeções do arsenical trivalente são feitas estando o paciente em jejum, às segundas e quintas-feiras, e as de bismuto às terças e sextas-feiras, na dose de 0,08 g. de bismuto-metal para injeção bi-semanal, iniciando-se a primeira dose de 914 com 0,15 g. ou com 0,02 g. de Arsenox, elevando-se para 0,30 g. de 914 e para 0,04 g. de Arsenox na segunda dose, mantendo-se em 0,45 g. de 914 e 0,06 g. de Arsenox nas demais doses, sendo que a última dose de 914 é levada para 0,60 g.

Faz-se assim 6 gramas de 914 ou 0,60 g. de Arsenox. Faz-se, dêste modo, doses mais altas de arsenical trivalente e menores de Bi-metal, que as recomendadas pela Comissão da Sociedade das Nações.

**ESQUEMA DO TRATAMENTO MISTO, ADOTADO NESTE CENTRO**  
**(MÉTODO DESCONTÍNUO, COMBINADO E SIMULTÂNEO)**

Semanas	Dias	914 ou Arsenox	Bi-metal
1. <sup>a</sup> semana	2. <sup>a</sup> feira	0,15	0,02
	3. <sup>a</sup> feira		0,08
	5. <sup>a</sup> feira	0,30	0,04
	6. <sup>a</sup> feira		0,08
2. <sup>a</sup> , 3. <sup>a</sup> , 4. <sup>a</sup> , 5. <sup>a</sup> e 6. <sup>a</sup> semanas	2. <sup>a</sup> feira	0,45	0,06
	3. <sup>a</sup> feira		0,08
	5. <sup>a</sup> feira	0,45	0,06
	6. <sup>a</sup> feira		0,08
7. <sup>a</sup> semana	2. <sup>a</sup> feira	0,45	
	3. <sup>a</sup> feira		0,08
	5. <sup>a</sup> feira	0,45	
	6. <sup>a</sup> feira		0,08
8. <sup>a</sup> , 9. <sup>a</sup> , 10. <sup>a</sup> e 11. <sup>a</sup> semanas	3. <sup>a</sup> feira		0,08
	6. <sup>a</sup> feira		0,08
12. <sup>a</sup> , 13. <sup>a</sup> , 14. <sup>a</sup> e 15. <sup>a</sup> semanas	repouso		

O Arsenox vai até a 2.<sup>a</sup>-feira da 6.<sup>a</sup> semana.

O paciente toma 14 injeções de 914 ou 11 de Arsenox e 18 de Bismuto.

Dos sais de bismuto, é usado neste Centro o carbonato de bismuto em óleo-suspensão, em empôlas de 2 cm3., na dose de 0,10 g. de sal, contendo 0,08 g. de Bi-metal. Nos casos de manifestações viscerais cardíio-vasculares é usado o óxido-iodeto de bismuto em óleo-suspensão, em empôlas de 2 cm3., na dose de 0,05 g. de sal, contendo 0,03 g. de Bi-metal. Ainda é usado,

quando da necessidade de uma ação mais rápida, o complexo de citro-bismutato cálcico em soluto glucônico, produto hidrosolúvel, contendo 0,02 g. de Bi-metal por empôla de 2 cm3. Dos arsenicais trivalentes é usado a Neoarsfenamina por via endovenosa. Na impossibilidade de utilização desta via, é empregada a Sulfarsfenamina por via intramuscular. Como terapêutica complementar anti-tóxica, utiliza-se o extrato desalbuminado hepático, no decorrer do uso do 914, no sentido de reduzir ao mínimo as complicações pelo 914. Algumas vezes, em virtude de reações febris surgidas com este arsenical, é obrigada a interrupção temporária do seu emprêgo.

Aliás, com o 914 observa-se muitas vezes cefaléia, febre, náuseas, vômitos, vertigens, mal-estar e iterícia, não tendo sido notado, como fenômeno de intolerância, reações mais sérias. A tolerância do organismo ao Arsenox é muito maior, não havendo necessidade de interromper temporariamente o tratamento, pois os acidentes são nulos ou quase nulos. Raros doentes acusam cefaléia, diarréias passageiras e dôr venosa, não se observando casos de alergia cutânea ou iterícia. O Arsenox é um arsenical trivalente muito melhor tolerado que a Neoarsfenamina, mesmo na dose de 0,12 g. fracionada em duas injeções semanais. Deve-se dar preferência ao mesmo por sua menor toxidez e por sua ótima tolerância, possuindo entre os preparados específicos da sífilis pela sua fraca toxidez, alto índice terapêutico, ação rápida e fácil administração, as qualidades ideais exigidas pelo Prof. H. N. Cole.

Por motivos alheios à nossa vontade, atendendo o tempo limitado de permanência das praças nas fileiras e levando em conta do mesmo modo o tempo limitado que podem permanecer baixados os doentes, é administrada neste Centro, de um modo geral, somente a primeira série do tratamento específico. Concluída esta série, os pacientes tem alta com o parecer da Clínica, afim de que se lhes façam as três séries de consolidação em tratamento ambulatório. Forçoso é confessar, pelas razões já expostas, que este tratamento, em rigor, não é feito ou então é feito incompletamente. Nestas condições, constitue imperativo

formal a criação de dois ambulatórios de tratamento da sífilis, um na Policlínica Militar e o outro no Posto Médico da Vila Militar, onde deverão ser obrigatoriamente matriculados todos os que tiveram alta dêste Nosocomio, após a conclusão da primeira série, afim de completarem o tratamento de consolidação.

Só com a criação de serviços complementares se poderá fazer um tratamento "lege-artis" profilático dos acidentes tardios da sífilis.

## Clinica Oftalmo-Oto-Rino-Laringológica

### FERIDAS DE GUERRA DA LARINGE

DR. OTAVIO JOSÉ DO AMARAL  
Cap. médico, chefe da 17.<sup>a</sup> Enfermaria. Membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar.

e  
DR. OLIVIO VIEIRA FILHO  
Cap. médico, auxiliar da  
17.<sup>a</sup> Enfermaria.

A experiência clínica dos melhores autores, não só no tirocínio civil como na prática da guerra, afirma, com elementos estatísticos, a gravidade vital imediata dos ferimentos da laringe, e, consequentemente, a necessidade de atender-se-lhes com previdência e urgência.

A asfixia, enfisema e hemorragia, complicações imediatas dos traumatismos da laringe, junta-se, na guerra, para engraver-lhe sobremodo o prognóstico, já de si tão sombrio, a in-

feção local (condrites, pericondrites, artrites cricoaritnoidéas, etc.).

Tentaremos resumir aqui o que apuramos, na inquirição dos autores, sobre o tratamento imediato das feridas de guerra da laringe.

A ferida de guerra da laringe, se não é frequente, também não deve ser considerada rara.

Em tese publicada em 1918, Pommereau apresenta as estatísticas dos dois principais centros de laringologia (10.<sup>a</sup> região e centro de Lyon), para onde se encaminharam, durante a guerra de 1914-1918, os feridos de face e pescoço. No primeiro, a proporção de feridos da laringe atingiu 30 casos em 2.000 dos de face e pescoço; no segundo orçou em 80 casos entre 3.000.

E' provável que, com a multiplicação dos engenhos automáticos, aumente também a frequência de tais ferimentos. As guerras modernas trouxeram para a laringe nova arma: os gases irritantes e vesicantes. A ulceração endolaringea poderá determinar lesão estenosante. Os gazados como os feridos precisam também de vigilância laringológica permanente, a qual pode, igualmente, exigir recurso cirúrgico. Multifários apresentam-se os traumatismos de guerra da laringe.

Do ponto de vista do procedimento terapêutico, é possível, porém, grupá-los em duas formas essenciais:

1.<sup>o</sup>) — Arrebentamento da cavidade laringea por projétil de grande força viva (bala, estilhaço de granada): grande brecha no arcabouço da laringe com o corpo estranho ou sem ele.

2.<sup>o</sup>) — Pequena fenda, fisga ou fratura laringea, produzidas por projétil de pequena força viva: ferida contusa ou sedento com pequeno orifício de entrada e outro, um tanto maior, de saída.

No primeiro caso, a sintomatologia é ruidosa, impressionante: grande brecha cervical por onde, em borbotões, rebentam sangue e ar a cada movimento da expiração; o ferido cianótico; às vezes, em plena asfixia, baba uma espuma sanguínea.

À palpação dos tegumentos vizinhos à ferida, sensação de sangue e ar derramados nos tecidos cérvico-torácicos.

Urge, manter a respiração, como se puder, com o que se tiver a mão, se possível, colocando uma canula através da ferida. Urge ainda obstar-lhe à hemorragia: curativo sumário, pouco compressivo. Impõe-se a traqueotomia de extrema urgência que deve ser realizada no G.P.D. mais próximo. Evacuação do ferido para a primeira formação cirúrgica organizada, por fim.

No segundo grupo, os sinais funcionais são discretos: disfonia, pequena tiragem que se atenua com a imobilização em posição sentada. A hemorragia é pequena; às vezes, um silvo característico acompanha cada movimento expiratório, coincidindo com o aparecimento de algumas bolhas de ar na região cervical. O esputo hemorrágico indica lesão da mucosa da laringe. O exame da região cervical revela empastamento por infiltração sanguinéa; à palpação reconhece lesões cartilaginosas e a crepitação do enfisema.

Enfim, o exame laringoscópio observa a extensão das lesões laringeas, geralmente edema de uma parede com hematoma cujo volume pode aumentar ou diminuir.

E' possível ainda recorrer-se a radiografia que mostrará a importância dos danos anátomicos, a presença de corpos estranhos na laringe ou na árvore traqueo-brônquica.

A traqueotomia, é ainda aconselhável aqui apesar da descrição dos sinais funcionais, pois o ferido se expõe a complicações que lhe podem ser fatais. Deverá ser praticada na 1.<sup>a</sup> formação cirúrgica organizada, porém a este respeito, referem-se numerosos casos de contusões da laringe, cujo êxito letal foi consequente à abstenção ou intervenção muito tardia. Por isso, é muito recomendável a traqueotomia em todo o traumatismo, principalmente de guerra, cujo exame endoscópico mostra lesão da laringe (edema ou hematoma).

#### Técnica operatória:

1.<sup>o</sup>) — Traqueotomia-Anestesia local; executá-la abaixo do istmo da glândula tiroide, logo acima da fúrcula esternal. Há conveniência nesta traqueotomia baixa. Ela diminui os riscos do enfisema do mediastino; efetivamente, ao traumatismo da laringe associa-se muitas vezes, fenda traqueal, abaixo da qual

há vantagem em colocar-se a cânula. Por outro lado, provê os riscos do futuro, tornando mais fácil as intervenções ulteriores na laringe, quer a exploração imediata da ferida quer a laringostomia secundária, em consequência de estenose cicatricial.

2.º) — Exploração exolaringéa-Anestesia local. Desbridamento da ferida: exerese tão econômica quanto possível da pele, muito mais generosa dos músculos que se esfacelam facilmente e cujo sacrifício não tem inconveniência. Hemostasia meticulosa. Abeirar-se com cuidado do plano cartilaginoso e não ressecar senão os fragmentos absolutamente livres. Em suma, tratamento conservador para o revestimento cutâneo e escudo cartilaginoso, com o fim de facilitar as operações plásticas futuras, se forem necessárias.

3.º) — Exploração endo-laringéia. Faz-se mister examinar a cavidade laringéia (procura de corpos estranhos ou hemorragia), praticando deliberadamente a tirotomia ou uma laringostomia mediana.

#### TRECHOS E CONCLUSÕES DE UM RELATÓRIO (1)

DR. PAIVA GONÇALVES  
Cap. médico, chefe da 16.º Enfermaria.  
Membro titular e secretário geral da  
Academia Brasileira de Medicina Militar.  
Livre docente da Universidade do  
Brasil etc.

Indicado para representar o Brasil, e em particular o Serviço de Saúde, em dois congressos médicos e para estagiari em algumas clínicas especializadas, atendendo assim ao convite feito pela União Pan-Americana, por intermédio de seu Departamento Sanitário, que se propunha a me dar assistência durante dois meses, facilitando-me transportes, visitas etc., seguí

1) Desejando atender à solicitação que me foi feita pela Comissão encarregada da elaboração destes Anais, de concorrer com algum trabalho para a referida publicação, decidi-me entregar-lhe as presentes notas extraídas do relatório que apresentei ao Exmoº. Sr. General Diretor de Saúde dando conta do desempenho da missão que me fôra confiada nos Estados Unidos. E' bem de ver que sómente alguns trechos são divul-

para os Estados Unidos a 12 de Outubro do ano findo levando, entre outras, as incumbências abaixo mencionadas, ditadas por V. Ex. a seu tempo:

- a) estudar o recrutamento e organização dos Quadros de Especialistas do Serviço de Saúde do Exército Norte-Americano;
- b) verificar os métodos e critérios de seleção dos contingentes;
- c) providenciar o embarque por via aérea da instalação e acessórios para a produção de plasma líquido, já adquiridos;
- d) adquirir e fazer embarcar por via aérea:
  - 1.º 200 empôlas de plasma humano seco;
  - 2.º 50 empôlas da "Army-Navy package of albumin";
  - 3.º completamento da instalação de plasma líquido, para produção de plasma seco;
  - 4.º acessórios para embalagem do plasma seco: vidaria, gôta a gôta, filtros, tubos de borracha transparente, agulhas, etc. (200 ou 300 empôlas).

Entrementes deveria atender à programação que me fôsse traçada pela Pan-American Union e satisfazer meus propósitos de aproveitar a oportunidade para aperfeiçoar conhecimentos oftalmológicos e aprender algo de novo, especialmente a elucidação do problema da anisocônia e seu tratamento e a recuperação funcional de olhos amblíopes por meio da terapêutica ortóptica. São na realidade duas questões importantíssimas em oculística e de grande interesse prático, com a característica de ainda não terem sido tratados em nosso país devidamente.

---

gados, pois longe iria se pretendesse a reprodução integral do relatório. Todavia, as conclusões permitirão um juízo seguro sobre os assuntos versados. Voltarei mais tarde, e provavelmente em outra Revista, a minuciar a questão relativa à seleção de pessoal para as Forças Armadas, como pretendo em outra oportunidade cuidar das observações que fiz nos meios oftalmológicos norte americanos e no seio do "Board of Ophthalmology" — instituição prestigiosa em cuja lei básica se inspirou o Conselho Nacional de Oftalmologia do Brasil.

Devo dizer que a princípio imaginei me aprofundar também em cirurgia plástica, mas que do intento desisti antes mesmo de atingir a etapa final da viagem de ida, e isso porque mui escasso era o tempo para tão vasto projeto.

.....

— De São Louis rumei para o Sul afim de assistir à Convenção Anual dos Cirurgiões Militares, proveitosa reunião onde se congregaram delegados do Brasil, México, Canadá, Paraguai, Chile e Uruguai, assim como muitos membros do Corpo de Saúde do Exército Norte-Americano. Não preciso descrever o desenrolar das atividades congressuais porque V. Ex., chegando a San Antonio no dia da inauguração dos trabalhos e tendo comparecido a todas às sessões foi testemunha da importância das comunicações em pauta e do interesse que a discussão dos temas despertou, especialmente os referentes ao Serviço de Saúde nas Unidades Mecanizadas, nas tropas de Paraquedistas e o deserto pelo Cl. Gallispie, do Exército Canadense, nas colunas atuando no front norte-africano.

Foi neses conclaves, quando de seu encerramento, que recebi o título de Sócio Honorário da "Association of Military Surgeons" e que me foi imposta a medalha daquela instituição — quiseram por certo os membros dessa instituição científica valer-se da oportunidade para homenagear mais um oficial do Corpo de Saúde do Exército Brasileiro em visita aos Estados Unidos.

Em San Antonio do Texas, servindo-me da obsequiosa interferência do Cel. Erskine Hume, oficial pertencente ao "Public Relations Officier", admirador entusiasta do Brasil e amigo de todos os brasileiros que visitam a América do Norte, percorri detidamente o Fort Houston e Randolph Field, esse último constituindo um dos centros de instrução e seleção de aviadores e dispondo de excelente centro de pesquisas médicas e de uma Escola para o preparo de Médicos especializados em Medicina Aviatória. Devo declarar a bem da verdade que reputo o existente no Campo dos Afonsos melhor dotado que aquele, embora conte com menos pessoal técnico para investigações e exames.

Em Randolph Field, cujo céu vive coberto de aviões em vôos de instrução e o solo com numerosos aparelhos pousados, informei-me dos exames de rotina para seleção de pessoal e do sistema de ensino dos médicos, e procurei elucidar uma questão muito deformada atualmente entre nós — a do aproveitamento dos discromatópsicos na aviação. A resposta foi pela negativa. Qualquer perturbação do senso cromático, tal como aqui, motiva incapacidade.

O Fort Houston — e os americanos dão o nome de Fort às guarnições militares onde se agrupam unidades de diversas armas e que no enorme recinto recebem instrução e realizam exercícios — comprehende uma extensa zona com 30.000 homens aquartelados, em grande número de dependências ligadas umas às outras por ruas pavimentadas e ajardinadas, com perfeita sinalização para o tráfego e guardas policiando-as. Dois grandes teatros com sessões diárias, enorme cantina com limite no montante das compras, um club de oficiais fornecendo refeições indenizáveis pelo oficial e sua família, campos esportivos, um cassino para praças e residências para todos os oficiais e sargentos — eis o que aí existe.

Dentro dêsse forte foram levantados vários edifícios de madeira, de dois andares, para a Escola de formação de enfermeiros, manipuladores etc., a qual dispõe de abundante material propedêutico. São 25 prédios semelhantes, ocupados pela Escola. A impressão colhida foi magnífica. Os livros e polígrafos são cedidos aos alunos que vivem em regime escolar com uma única saída semanal.

No interior da praça ainda se encontram o Hospital com seis pavimentos e setecentos leitos, dispondo de um pavilhão de ortopédia e um outro para convalescentes, além da secção para convalescentes, com 75 leitos e um grande edifício anexo para alojamento das "nurses" em número de 200. Aliás na América, nos hospitais civis e militares, enorme é a quantidade de enfermeiras ligadas aos hospitais, sendo que nas forças armadas elas têm uma graduação, um posto. Visitei com vagar a secção de Oftalmo-oto-rino a qual dispõe de três médicos no ambulatório e quatro na enfermaria com 35 leitos. Achei modestíssimas as instalações. A melhor aparelhada era a secção

de optometria (nos Estados Unidos o exame de refração é efetuado por optometristas). Um major chefe, auxiliado por diversos optometristas e alguns sargentos treinados no preparo de lentes e montagens de armações, procede ao exame para escolha dos vidros corretores, os quais são fornecidos gratuitamente pelo Exército (dois pares para cada um) do mesmo modo como a prótese dentária, muitas vezes de elevado custo. Juntamente com os óculos recebe o militar cópia de sua receita, a qual em campanha é entregue ao Quartel-General, de sorte que quando necessita reparo ou substituição esse serviço é feito pela *Mobile Optical Unit*. Essas unidades são montadas em veículos equipados de maneira tal que neles o preparo e conserto dos óculos é possível, aumentando-se destarte a eficiência do pessoal portador de óculos cujo número é estimado em 15 % dos efetivos.

Voltando nos outros dias ao Fort Houston assistí à campanha de educação sexual por meio de cinema. Cada arma posse um cinema para instrução, onde são passados filmes educativos e instrutivos — o Exército tem impresso um catálogo de fitas desse gênero. Presentemente promovem as autoridades sanitárias dos Estados Unidos uma intensa campanha anti-venérea, alarmadas como estão com o crescente número de casos surgidos, não obstante seja a prostituição aberta proibida na América. Nos filmes a que assistí o perigo era mostrado com côres bem carregadas e a medida aconselhada era a abstinência, a qual, repete a todo instante o "speaker" nenhum inconveniente oferece à saúde do espírito e do corpo. A castidade até o casamento, é o conselho dado, e o isolamento do contagiante, como medida profilática e também como velado castigo, o recurso posto em prática na luta anti-venérea e na campanha contra a difusão da sifilis.

.....

— Depois dêsse longo contato com as coisas médicas e militares, voltei a Washington, prosseguindo nas visitas. Estive no Centro Médico Naval, edificado não há dois anos e de uma imponência extraordinária. O conjunto faz lembrar nosso

palácio da guerra, com um grupo central de 18 andares e duas alas mais baixas com 10 andares cada uma. Não está terminado mas a afluência de pacientes obrigou a construção de alas perpendiculares ao corpo central do edifício, feitas de madeira, porém de acabamento impecável.

Assinalo neste estabelecimento sua formidavel biblioteca para ilustração do corpo clínico e dos alunos da Escola de Saúde Naval, a canalização em todos os quartos de oxigênio para ser utilizado quando preciso, a instalação no enorme conjunto cirúrgico de uma invejável arsenal e seis salas de operações, possuindo cada uma delas lâmpadas de ultra-violeta, como havia visto no John Hopkins (êsse dispositivo é recorrido para esterilização do ambiente).

Assinalo também a enorme cozinha com seus 89 empregados impecavelmente vestidos, a preparar, segundo regras precisas, as diferentes dietas, e faço referência às ricas despesas com salas refrigeradas para armazenamento dos alimentos. A comida é transportada por trinta carros dotados de aquecimento elétrico e com dispositivo para fornecimento de gelados e sorvetes.

Nesse hospital, dirigido por um almirante médico e com sub-diretor vice-almirante, se encontra, como já o dissemos, a escola que prepara médicos e instrue subalternos que irão se encarregar das perícias microscópicas, enfermagem, manipulações, etc., etc.

Em Washington, nessa ocasião, fui ao antigo hospital naval, no centro da cidade para observar o funcionamento de um banco de sangue, entregue aí aos cuidados do comandante médico Dr. Newhauser. Vi o fichamento dos doadores encaminhados pela Cruz Vermelha, como colhem o material e o examinam sorologicamente. Vi o preparo do plasma líquido e o seu estocamento.

Seja dito de passagem que a propaganda em todas as cidades do norte e do centro dos Estados Unidos, nas regiões vizinhas aos laboratórios que preparam plasma líquido ou seco, é intensíssima, por meio de cartazes, cinema, préstimos, etc., etc., e devo acrescentar que o sucesso tem sido enorme.

Voltei novamente a Washington, onde visitei o "Walter Reed Hospital". Estivera antes nesse grande nosocômio, logo que desembarcara na capital norte-americana, da primeira vez, mas aí tornei então para uma visita mais demorada.

A descrição dêsse hospital dispenso-me de fazê-la. O Cel. Humberto de Melo que aí estagiou longo tempo ocupou-se detalhadamente de suas instalações, da maneira como se entrosam os serviços e da categorização de seu pessoal técnico e administrativo. Vou evitar repetições inúteis.

Trata-se de um hospital construído há algum tempo, de pavilhões separados, ainda que se intercomunicando por galerias a maioria deles, e ocupando um lindo parque a algumas milhas do centro da cidade. Dentro desse mesmo parque encontra-se a Escola de Saúde para o preparo de técnicos habilitados.

Vi a maior parte de suas dependências e me demorei mais, como é natural, na secção de oftalmo-oto-rino-laringologia. Suas instalações são modestas. Devo dizer que em nenhum dos estabelecimentos hospitalares do Exército e da Marinha, por mim visitados, encontrei serviço de olhos e oto-rino aparelhado como o do Central do Exército.

Quero assinalar a biblioteca existente e a excelência dos gabinetes de fisioterapia, com aparelhos de todo gênero e dispondo de grande número de enfermeiras especializadas. Na ocasião da visita contei dezoito moças a darem maçagens, a cuidarem de doentes praticando ginástica passiva e ativa. Isso precisamos reproduzir em nosso H. C. E., necessitando antes preparar os técnicos e adquirir a convicção do valor da fisioterapia. No Brasil ela ainda não tem o conceito que merece e seus cultores, na sua maioria, são curiosos na matéria. E' verdade que aparelhagem precisa preceder à intensa formação de técnicos e que essa formação lucraria com a ida de pessoal à Norte-América.

— Em Carlisle, onde estagiei alguns dias, partilhei da vida vivida pelos homens aí destacados, usufruindo as alegrias

de seus laços e me informando de suas ocupações — essas numerosas e intensas, como passarei a narrar.

Nessa cidade de Pensilvânia, para onde se vai escalando em Harrisburg, fica localizada a Medical Field Service School, cuja função é o preparo dos médicos que ingressam no Exército, transmitindo-lhe os conhecimentos fundamentais de organização e funcionamento do Serviço de Saúde e ministrando-lhe a instrução militar.

Nela há um severo regime disciplinar; seus cursos são intensos e são ministrados a médicos, como disse, e aos contadores que se destinam aos estabelecimentos e unidades do Serviço de Saúde. A escola é dotada de excelente biblioteca, de um conforto admirável, de alfaiataria, oficina tipográfica com duas máquinas de linotipos, duas rotativas, um laboratório experimental dispondendo de excelentes oficinas e habilitados artífices. Vi os boletins e livros impressos em sua tipografia, vi as pesquisas que vem sendo feitas para escolha de novo material para padiolas, o modelo de amarras para retirada de feridos de dentro dos carros de combate, o novo curativo individual, o papel que está sendo escolhido para talhar as vestes que deverão proteger aqueles que lidarão com gazados e objetos contaminados, assistí a algumas de suas aulas, em salas e no campo, comparei os três modelos de veículos escolhidos para transporte de doentes e feridos, a unidade móvel para o serviço dentário e me beneficiei com a projeção de alguns films retirados de sua rica filmoteca.

Carlisle prepara em seis semanas seus homens — a duração de um curso de emergência — e entrega ao Exército em média 500 médicos por mês.

Não me demoro na descrição das Carlisle Barracks, porque o Cap. Abelardo Lobo, diplomado nessa escola, já a tornou conhecida em nosso meio, quando da América retornou. Não minudencio o fruto de minhas observações no Medical Field, citando-os apenas, porque o Cel. Marques Porto, que co-migo esteve em Carlisle, fará o estudo crítico do observado com mais justeza e maior profundez. O seu relatório há de fazer referência aos pontos enunciados mais acma como há de entrar na apreciação dos tipos de aparelhos para fraturados,

adotados atualmente no Exército norte-americano e na equipagem do Serviço de Saúde, nas tropas de paraquedistas e unidades motorizadas.

.....

Desejando fixar todas as minhas impressões nestas páginas não posso deixar de apreciar a maneira perfeita como era orientada a propaganda em todos os Estados da Federação. A mobilização das mulheres, a doação de sangue, a incorporação voluntária de rapazes de dezessete a dezenove anos, os "teens" como chamam, e a aquisição de bonus de guerra — coisas que dependem nas democracias da vontade do povo — constituem o objeto de suas cogitações. As regiões mais infensas ao Serviço Militar, os habitantes do centro e os homens do oeste, são solicitados pelo cinema e de maneira sutil pelas exposições que se fazem em praça pública de agentes bélicos. Em S. Louis vi a rapaziada inspecionando internamente um tank, em Nova Orleans entrei em carro blindado e assistí em jardim público ao desenrolar de um film sobre exercícios de unidades motorizadas. As regalias de que gozam os homens fardados, com atenções e descontos especiais em casas de negócio, cinemas, campos esportivos, etc., não deixam de constituir a propaganda de simpatia que faz nascer em todos o desejo de partilharem dessas considerações e vantagens. Se juntarmos a isso o sentido heroico que os cartazes profusamente espalhados possuem veremos como se transforma com facilidade uma nação de paisanos em país de militares.

### CONCLUSÕES

— Os Estados Unidos da Norte América impressionam-nos pela sua grandeza para a qual muito contribuiu a riqueza de seu sub-solo e mais do que isso a educação do Povo, cujo sentimento do cumprimento do dever e espírito de colaboração são notáveis.

— Na América do Norte a tarefa dos brasileiros é extraordinariamente facilitada pelo ambiente de simpatia que en-

contra e pelos prontos e rápidos recursos que lhes propiciam autoridades e Povo.

— As clínicas melhor aparelhadas e melhor dotadas para a observação e aprendizado são, das que percorri, as de Nova York, especialmente o "Eye Institute" (Medical Center).

Só é possível participação ativa nos trabalhos cirúrgicos a quem permanece mais de um ano. Os exercícios em laboratórios e exames clínicos são todavia permitidos em curto prazo.

---

— As unidades localizam-se em regiões onde os homens vivem em rigoroso regime disciplinar, mitigado contudo por razoável período de entretenimento em clubes, teatros, campos esportivos etc.

— As condições higiênicas são impecáveis e a saúde é tropameticulosa e cuidada.

— A questão alimentar é motivo de especiais atenções, havendo a fixação de refeições, nas quais o teor vitamínico domina.

— Escolas de cozinheiros e padeiros preparam pessoal para direção e execução desses departamentos nos estabelecimentos e unidades.

— A propaganda contra doenças venéreas faz-se de preferência por meio de films, escolhidos entre os existentes nas filmotecas das guarnições.

— Os hospitais por meio de seus ambulatórios fornecem gratuitamente o tratamento e bem assim óculos e próteses dentárias.

---

— A organização do Serviço de Saúde em sua essência não difere na doutrina seguida por nós, mas possue ao envés de Formação Sanitária, Batalhão de Saúde, mais de acordo com sua atuação na Divisão.

— Em Carlisle preparam-se os médicos que deverão receber o título de oficial do serviço de Saúde e também os aprovadores do Serviço de Saúde.

— Em Carlisle existe um laboratório experimental que opina sobre modificações de material propostas ou desejadas, submetendo-as a diferentes provas e análises.

---

— Os bancos de sangue instalados nas vizinhanças dos laboratórios encarregados do preparo do plasma líquido ou seco são entregues à Cruz Vermelha e ao Corpo Clínico de Hospitais Civis.

— Deve-se preparar plasma líquido e seco sendo essa modalidade preferível na maioria dos casos mas requerendo a existência no país de fábrica de gelo seco.

— Três processos existem para o preparo do plasma seco porém o imaginado por Kendrick é o mais prático, mais rápido e mais barato.

---

— A seleção do pessoal segundo os moldes americanos procura atender à situação do registante quanto ao número de dependentes, importância da tarefa exercida para o esforço de guerra, etc.

— O sistema para ser exequível deve contar com a perfeita exação no cumprimento de seus deveres por parte dos cidadãos que integram as juntas de alistamento.

— Esse serviço não é remunerado.

---

— Por ocasião da apresentação aos centros de recepção vários dados são tomados para classificação do incorporado sob diversos pontos de vista e um exame psíquico é feito por meio de tests.

— Na inspeção médica todos os departamentos orgânicos são examinados por diferentes especialistas.

— Uma atenção particular se dá ao exame neuro psíquico.

---

A capacidade pode ser para todo serviço ou condicionada, essa decorrente de afecção que restrinje o aproveitamento em

qualquer situação mas não impede que se utilize e homem em setor outro.

— Para prestar serviços diferentes, tais como o de condutor de veículos, mensageiro, escriturária, interprete, etc. existem organizações femininas auxiliares do Exército ou Marinha.

— A WAAC e a WAVES recebem instrução Militar, seus membros envergam uniformes semelhantes aos das forças regulares com as alterações próprias do sexo e possuem graduações análogas.

---

— A Nação dá ao soldado um tratamento privilegiado, assegurando-lhe precedencia em muitas circunstâncias, vantagens na aquisição de artigos, no ingresso de diversões, oferecendo-lhe espetáculos e multiplicando as oportunidades de entretenimento.

— À iniciativa particular organizada em associações e mantida pela contribuição voluntária de muitos, se deve essa assistencia aos "service men".

## Clínica Neuro-Psiquiátrica

### SOBRE UM CASO DE PERSONALIDADE PSICOPÁTICA PARANÓICA COM REAÇÃO CARCERÁRIA (\*)

DR. HENRIQUE FERREIRA CHAVES,  
Ten. Cel. médico,  
Sub-diretor do H. C. E.  
Membro correspondente da Academia  
Brasileira de Medicina Militar.

DR. NELSON BANDEIRA DE MELLO,  
Cap. médico, chefe de Enfermaria de  
Clínica Psiquiátrica.  
Livre docente de Clínica Psiquiátrica  
da Universidade do Brasil.

"HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — PAVILHÃO DE NEUROLOGIA  
E PSIQUIATRIA. Enfermaria "E". Observação clínica de H. C. L. G., cabo do

---

(\*) Comunicação feita ao Centro de Estudos do Hospital Central do Exército, em 24 de dezembro de 1942.

3.º R.I., branco, com 23 anos de idade, solteiro, natural do E. do Rio, baixado a 23 de julho de 1942. Caderneta n. 5657.

*Antecedentes hereditários:* Pai com 58 anos, sadio, funcionário estadual (tesoureiro da Prefeitura de Casemiro de Abreu, no Estado do Rio) e ministro da religião protestante. A mãe tem 46 anos e é sadia. Tem nove irmãos, dos quais um faleceu de causa que ignora. O paciente é o terceiro filho do casal; o mais velho tem 27 anos e o mais moço, sete. Não há doenças mentais propriamente ditas na família, mas o paciente reconhece que o progenitor não deve ser muito normal, pois trata de muitas coisas ao mesmo tempo: é funcionário público, farmacêutico, construtor, ministro protestante etc.

*Antecedentes pessoais:* Nasceu a termo e de parto normal. No passado mórbido não refere doença de espécie alguma, a não ser uma fraqueza mental, em 1937. Fuma, mas não bebe. Aos 19 anos teve a primeira relação sexual normal, mas desde os 10 pratica o onanismo. Nega outras perversões sexuais. Frequentou escola dos 15 aos 17 anos, mas desde os 6 sabe ler e escrever, tendo aprendido e estudado muito em casa, com a progenitora e a irmã mais velha. Em fins de 1937, deixou a casa dos pais e, até o momento de sentar praça, perambulou pelo interior dos Estados de São Paulo e Mato Grosso, lembrando-se de ter permanecido por mais tempo em Bauru — 7 meses — e Corumbá — pouco mais de um ano. Teve apenas uns três empregos fixos, em que se demorou por alguns meses, entre três e sete; em geral, procurava qualquer trabalho, na lavoura, na mineração, na construção de estradas, propaganda política, etc. e, assim que perfazia importância mais avultada, demitia-se do emprego. Estava em Corumbá, quando recebeu carta da família, comunicando-lhe haver passado a insubmissão. Regressou e apresentou-se à 2.ª C.R., de onde foi mandado servir no 3.º R.I., em Niterói. Incorporado em agosto, em dezembro inscrevia-se no Curso de Candidatos a Cabo e era promovido em julho do corrente ano. Em sua vida militar consta

apenas uma detenção por falta de pequena importância. É benquisto por todos — praças e oficiais de sua unidade.

*História do crime:* Conta que havia sido promovido recentemente e dava seu segundo serviço como cabo da guarda. No xadrez de sua unidade, os presos disciplinares e de guerra ficavam misturados, sendo praxe saírem todos para fazer serviços de faxina e para o rancho. Como não tinha prática do serviço, pediu ao sentinela, que era soldado antigo e acostumado àquele mister, que cuidasse bem de tudo, para que não houvesse alteração. Às 7,20 da manhã, os presos saíram para a faxina, como de costume, e ao voltarem, às 9 horas, o paciente fez uma verificação e notou a falta de um preso. Comunicou o fato imediatamente ao sargento comandante da guarda e, por sua vez, fez várias diligências no intuito de encontrar o fugitivo. Todos os esforços foram baldados e ao voltar foi preso.

*História da doença atual:* Como já referimos nos antecedentes pessoais, em 1937 o paciente teve o que chama "uma fraqueza mental". Tinha então muita insônia e preocupava-se com estudos e literatura. Os olhos fatigavam-se facilmente quando lia. Com algumas injeções aplicadas por seu progenitor melhorou. Todas as informações sobre essa perturbação são muito vagas, de forma que não é possível fazer qualquer diagnóstico retrospectivo. Quanto à sua baixa a este serviço, conta que já se achava preso no xadrez de sua unidade havia 20 dias, quando cometeu algumas infrações disciplinares. Respondeu de maneira desatenciosa a um sargento, que o repreendera por ter subido em um móvel para espiar para a rua através das grades; depois escreveu um bilhete a lápis ao Comandante, a quem pedia que o condenasse logo, mas deixasse sua caderneta limpa. Levado à presença do médico, à medida que ia respondendo as perguntas dêste, exaltou-se de tal forma, que o mesmo o baixou extraordinariamente ao hospital.

Neste serviço sua conduta tem sido má. Com grande esforço foi levado à enfermaria, quando de sua chegada, onde não tem sido possível conservá-lo por muitos dias, em virtude das graves alterações que produz. Julgando-se superior aos

demais — doentes e pessoal de serviço — reclama por qualquer motivo, dizendo-se alvo de tratamento injusto. Irrita-se por qualquer nonada e adota linguagem agressiva, mesmo para o sargento enfermeiro. Contudo, não perde por completo a noção da disciplina em nossa presença, mas acusa os serventes e o enfermeiro de maltratarem-no. As suas acusações não são falsas, mas injustas, pois fatos de pequena importância são muito exagerados ou mal interpretados. Em suas explosões de cólera, vinga-se nas vidraças e nos pratos, canecos e copos de alumínio, em que lhe é fornecido o alimento. Não admite mais leve advertência pelo modo como se conduz. Quando procuramos conhecer o motivo de sua conduta, explica-nos dizendo que não pode tolerar a falta de liberdade, mas não é maluco; quando não o tratam como acha que deve ser tratado, perde o controle, explode em cólera. Diz que antes de ser preso não havia brigado com quem quer que seja. Nunca teve alucinações, nem delírios e, a não ser a excitação e irritabilidade, nenhum outro sintoma psicótico foi observado.

*Inspeção geral:* E' um leptossômico robusto, corado, em bom estado de nutrição. Pêlos escassos, mas distribuídos e implantados normalmente. No pé esquerdo nota-se cavalgamento do 2.º podáctilo, defeito que diz ter sido ocasionado por acidente. A dentadura é bem conservada e os órgãos genitais são bem desenvolvidos.

*Exame neurológico:* Não apresenta distúrbios da estática, nem do equilíbrio. Não há sinal de Romberg. Não há perturbação da marcha, nem da força muscular. Não há movimentos involuntários. Os reflexos patelares, aquileos, plantares, bicipitais, abdominais, pupilares, estão presentes e normais. Não há distúrbios tróficos, nem vaso-motores.

*Exame psíquico:* Apresenta-se ao exame calmo umas vezes, excitado outras. Barba crescida, asseio corporal descuidado, vestes em ordem. Aos primeiros momentos do interrogatório, verifica-se tratar-se de indivíduo arrogante, com acentuada hipertrofia da personalidade. Logorreico, fala sem ser solici-

tado, fuma em nossa presença, comportando-se de maneira indisciplinada, conscientemente. Toda sua linguagem é, porém, coerente. As funções psíquicas do plano representativo efetuam-se de maneira normal ou acelerada. Está bem orientado no tempo e no meio. A atenção espontânea é aumentada, a voluntária diminuída; a percepção é normal; a memória boa; a associação rápida e fácil; quando ao juízo e raciocínio, nota-se certa tendência a exagerar os fatos; contudo, não se pode falar em idéias delirantes. No plano afetivo, assinala-se: humor variável, indo do depressivo ao colérico; emotividade normal; sentimentos superiores presentes. No plano volitivo-motor: psicomotilidade aumentada, tono volitivo baixo, pragmatismo satisfatório.

*Exames complementares:* Urina — Nada de anormal apresenta.

Sangue: Uréia — 0,40  $\text{‰}$ . R. Kahn — Negativa.

Liquor: R. Wassermann — Negativa. Pleiocitose — 7 por  $\text{mm}^3$ . R. Nonne-Appelt — Negativa. R. Ross-Jones — Negativa. R. Pandy — Negativa. R. Weichbrodt. — Negativa. R. Takata-Ara — Negativa. Albumina — 0,25  $\text{‰}$  (Sicard).

*Diagnóstico:* A longa observação aqui efetuada nos autoriza a formular o diagnóstico de PERSONALIDADE PSICOPÁTICA PARANÓICA. Este defeito constitucional é, porém, discreto, e a gravidade dos sistemas manifestados após a prisão é apenas aparente, pois não há a menor dúvida de que os mesmos teem sido consciente ou inconscientemente exagerados pelo paciente, que realiza, destarte, uma forma de reação carcerária.

*Parecer:* E' incapaz definitivamente para o serviço do Exército. Sob o ponto de vista psiquiátrico, é responsável pelo crime cometido. Portador de leve defeito congênito da personalidade, tem discernimento bastante para entender o caráter criminoso do fato de que é acusado. Não teve, porém, intenção criminosa e acha que a acusação é injusta porque em sua unidade era praxe serem os presos retirados do xadrez para a faxina e o rancho; era, além disso, novo naquele serviço e não havia recebido instruções especiais sobre o mesmo.

Em 14 de novembro de 1942, (a) Dr. Nelson Bandeira de Mello, Cap. Médico, Chefe da Enf. "E" do P.N.P.».

*Meus Senhores:* E' por demais sabido que o grande capítulo das constituições e temperamentos remonta aos velhos tempos hipocráticos e galênicos, até se firmar em bases sólidas com o requinte e desenvolvimento das teorias constitucionalísticas.

Todos nós sabemos que o indivíduo reage de acordo com o seu temperamento; todos nós somos o produto do nosso sistema glandular endócrino. Áquela expressão que é lugar comum "o homem tem a idade de suas artérias", devemos opôr essa outra, a nosso ver, de um "cachet" mais positivo: "o homem tem a idade do seu sistema glandular endócrino". O conceito de personalidade psicopática substituiu o de constituição psicopática "del próprio modo como éste reemplazó al de degeneración mental" (Mira — Manual de Psiquiatria).

Pois não estamos a ver como cresce dia a dia o número de indivíduos que, sem serem propriamente doentes mentais, no sentido genuino da expressão, vivem num estado de equilíbrio intra-psíquico por demais precário? Mitômanos, fantasistas, sonhadores, patenteando um verdadeiro puerilismo de idéias, pseudologistas, certos de que as suas narrativas nada teem de ficção, eternos enamorados de suas idéias claudicantes, quais outros Don Quixotes e Tartarens de Tarascon, inconstantes, despreocupados, impulsivos, a arrastar, digamos assim, *o seu mal estar endógeno*; excêntricos, originais, esquisitões, misóginos, reticentes, timoratos, em constante e inacabável solipsismo, eternos queixosos de males imaginários, ou então, transbordantes de uma alegria fora do comum; sentimentais impressionáveis, susceptíveis, como se fossem originais "mimosa pudica", não vivem tais pessoas em conflito constante com o meio externo?

E cresce, meus Senhores, dia a dia, o número de incomprendidos, principalmente entre pessoas do sexo feminino, dos prepotentes, dos mandões, dos lunáticos, dos que estão convencidos de sua grande importância, dos pleitistas e querelantes, dos que chamam a si as dores da humanidade, dos grandes glicroïdes e incomodativos, desenrolando-se o quadro da "paranoia psicopática", muitas vezes, como enxerto, em um indivíduo portador de personalidade psicopática; cresce, meus Senhores, o número dos grandes recalados da função sexual, dos que se entregam à prática de um "onanismo imaginativo", dos homossexuais congênitos ou pervertidos, dos fetichistas, dos portadores da *personalidade perversa*, possuidores de uma debilidade genotípica, motivo impediente do desenvolvimento "del juízo normal" (moralische Schwachsinn). Estes últimos (os psicopatas perversos), desde a infância, revelam-se pelo instinto da maldade, frios, indiferentes ante o sofrimento alheio, com o embotamento mais completo da afetividade, tiranetes familiares e futuros algozes da humanidade. Aí, desenha-se a personalidade psicopática a que não é indiferente o problema da herança, "um dos fatores principais do estudo das constituições" (M. de Campos — "As constituições em Psiquiatria). Há indivíduos que trazem já do berço a personalidade bem definida; uns arrastam a vida bem humorados, palradores, *blagueurs*, barulhentos, estardalhaçantes, sintonizando bem com o meio, bem adaptáveis à ambência; outros, idealistas, auto-analisadores, racionalistas, de rigidez sistemática, sempre a dizerem "Não", construindo um mundo à parte, sendo nestes muito mais difícil do que nos cicloides, "separar a personalidade saudável patológica". A desharmonia, a irritabilidade, a irregularidade dos atos vitais, são características de grande importância no estudo das personalidades psicopáticas. Diz Mira que as

personalidades psicopáticas oferecem algo "do primitivismo mental, assim comparáveis às mentalidades infantis e selvagens em que predominam as reações afetivo-emocionais e a concepção fisiognómica da realidade".

E' possível admitir-se num mesmo indivíduo a mescla de várias personalidades psicopáticas? Acreditamos que sim, fixando-se então o tipo de personalidade, conforme a manifestação dominante.

As anomalias psíquicas se revelam a cada passo e a cada momento em indivíduos portadores de personalidade psicopática quando neles são frequentes os desvios, os vícios e as perversões sexuais. E isto é tão importante que o próprio Mira diz no seu excelente tratado de Psiquiatria: "Si bien no todos los psicopatas llegan a exhibir perturbaciones o vicios sexuales, un altíssimo porcentaje de quienes los tienen habitualmente son psicopatas". E assim, meus Senhores, desfila aos nossos olhos a legião dos psicopatas hipertímicos, depressivos, inseguros, fanáticos, ostentativos, inconstantes, explosivos, insensíveis, abúlicos, astênicos, com os característicos próprios de suas personalidades, ou combinados estes tipos, dando as variantes depressivos-inseguros, fanáticos-explosivos, astênicos-abúlicos etc., como nos mostra Kurt Schneider em seu excelente trabalho intitulado "Lições de Psiquiatria para Médicos", traduzido pelo Dr. Fernando Ferreira, assistente da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa. Algumas facetas bem interessantes devem ser apreciadas no estudo das personalidades psicopáticas. De modo geral, aquele marco divisório entre a personalidade sã e a patológica é, *strictu sensu*, tão frágil que algumas vezes o indivíduo o transpõe sem saber como e porque. Então, a linha de separação entre as denominadas personalidades normais e as anormais (psicopáticas) não pode ser tra-

çada de maneira muito esquemática. Outro aspecto também não menos interessante: Quando um psicopata hipertímico e depressivo pode nos dar a impressão da ciclotimia, quando certos fanáticos e embotados da sensibilidade aparecam a esquizofrenia, isto é, focalizar o que possa haver de relação entre as personalidades psicopáticas e as psicoses, quando se oferece a transição entre as personalidades anormais, as normais e as psicoses ciclotímidicas e esquizofrênicas, sabido que estas expressões *psicopatia* e *psicose* devem estar separadas.

*Meus Senhores.* Neste caso concreto trazido à vossa apreciação, em que o sentimento egofílico, a resistência às persuasões, a irritabilidade, a indisciplina, as acusações injustas e exageradas, as explosões de cólera, as depredações estão presentes, não fazendo parte do quadro descrito, nem alucinações, nem delírios, vemos que, excluindo-se a excitação e a irritabilidade, nenhum outro sintoma psicótico foi observado. Tudo o que o paciente tem feito durante o internamento na Secção de Neuro-Psiquiatria, foi de modo consciente ou inconscientemente exagerado, conforme nos diz o Dr. Bandeira de Mello em sua observação, acrescentando que ele, H., realiza neste caso, "uma forma de reação carcerária". O diagnóstico de "personalidade psicopática perverso-paranóide" não pode sofrer a menor contestação. À primeira vista, dada a grande agitação e loquacidade do paciente que foi aqui trazido, o que se tem notado frequentemente a ponto de ser necessária sua permanência em logar separado, não seria descabido pensar-se em que ele é atingido, de quando em quando, por *crises maníacas*.

Notando-se bem o caso, vemos que esta idéia pode ser afastada.

O doente H. tudo pratica conscientemente. Está perfeita-

mente enquadrado, dentro, no conceito das personalidades psicopáticas.

Nós nos permitimos, depois deste arrazoado, tirar as seguintes conclusões:

1.<sup>a</sup>) — O marco divisório entre a personalidade sã e a patológica é, *strictu sensu*, tão frágil que, algumas vezes, o indivíduo o transpõe sem saber como e porque.

2.<sup>a</sup>) — A linha de separação entre as denominadas personalidades normais e as anormais (psicopáticas) não pode ser traçada de maneira muito esquemática.

3.<sup>a</sup>) — Quase todo o indivíduo possue um ou vários atributos das personalidades anormais, pois que estas (as anormais) são, como diz Kurt Schneider, o exagero caricatural das personalidades normais.

#### UM CASO DE MIOAGENESIA PEITORAL

DR. FRANCISCO DE PAULA RODRIGUES LEIVAS,

Cap. médico, chefe de Enfermaria  
de Clínica Psiquiátrica.

Ocorreu-nos ensejo de observar, no Serviço de Neurologia a nosso cargo, o caso cuja história clínica aqui reproduzimos e que merece consignado pela sua relativa raridade na nosografia dêste Hospital. A anomalia de que nos vamos ocupar tem sido estudada de preferência por anatomicistas e cirurgiões, só agora tendo entrado no domínio da neuro-patologia. No meio militar os primeiros casos foram observados e comentados pelo major médico Dr. Ernestino de Oliveira. A nossa observação é a seguinte: E.I. (figuras 1 e 2), soldado, com 21 anos de idade, branco, solteiro, natural do Estado do Rio Grande do Sul. Caderneta n.<sup>o</sup> 621.

*Antecedentes hereditários:* pai vivo com 57 anos, sempre gosou boa saúde; sua mãe, contando 47 anos, foi há tempos apendicectomizada e ultimamente operada de um tumor (sic) do ovário. Tem dois irmãos sádios. Nada informa de importante sobre demais parentes.



Fig. 1

*Antecedentes pessoais:* nascido a termo, de parto natural. Na infância teve sarampo. Aos 12 anos foi operado de apendicite. Refere que o desenvolvimento do seu hemi-tórax esquerdo não foi perfeito e que, de dois anos para cá, quando faz grande esforço físico, há embaraço em alguns movimentos. Ausência de passado venéreo, não fuma e por vezes faz uso de bebidas alcoólicas. Fez o curso primário e frequentou por pouco tempo uma escola profissional e o Ginásio Pelotense. Vindo para o Rio, trabalhou em várias casas comerciais e, sendo reservista de segunda categoria, foi convocado e incluído na 5.ª Cia.

M. de Transmissões. Sua vida sexual foi iniciada aos 18 anos e sem irregularidades. Vida social: — tendo sido criado em ambiente de vida simples, não tendo até hoje frequentado camadas sociais mais adiantadas, pois se limita a ir de vez em quando a um cinema, formou-se assim uma personalidade algo mediocre, de ideais restritos. É solteiro. Não tem religião definida, acreditando, entretanto, no espiritismo.

*História da moléstia atual:* diz que seu defeito é congênito. Comparecendo à visita médica de sua unidade por não poder fazer muita força com o braço esquerdo, principalmente os movimentos de elevação, foi pelo respectivo médico baixado ao H.C.E., estando internado na enfermaria "A" do P.N.P. para ser observado pelo neurologista.

*Exame do doente:* Leucodermo, leptossomático (Kr), disráfico (F. Leitão) sistema piloso pouco desenvolvido. Hemi-tórax esquerdo medindo 0,39 m. e o hemi-tórax direito 0,45 m. O exame dos diferentes aparelhos nada revelou digno de nota.

*Semiótica das formas exteriores:* facies — nota-se certo grau de protusão dos globos oculares. Pés e mãos cianosados. Tórax assimétrico — achatamento do hemi-tórax esquerdo devido à ausência dos músculos grande e pequeno peitorais, atrofia do mamilo, que se acha mais alto e mais próximo da linha mediana. Escavação na região xifoidiana. Atitudes — cifo-escoliose e genu-valgus esquerdo.

*Funções neuro-orgânicas:* não apresenta distúrbios da sensibilidade. Motilidade: ligeira redução dos movimentos do membro superior esquerdo. Dinamometria: 38 à direita e 15 à esquerda. Ausência de incoordenações motoras e hipercinesias. Refletividade: reflexos rotuliano e aquileus mais vivos à esquerda. Cremasterinos — tórpidos. Plantares e abdominais — vivazes. Os demais reflexos sem anomalias.

*Sistema nervoso vegetativo* — dermografismo vermelho e certo grau de acrocianose. R.O.C. — 72 e 84. Troficidade — atrofia do mamilo esquerdo; aplasia — do grupo peitoral. O exame elétrico dos músculos e nervos dos membros torácicos não revelou R.D. Palavra — normal. Aparelhos ocular e vestibular — nada revelam ao exame.

*Orientação e equilíbrio* — conservados.

*Sensopercepção* — não apresenta distúrbios sensoperceptivos.

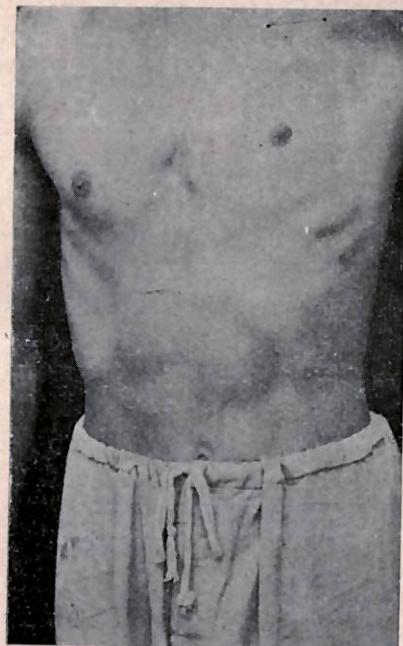


Fig. 2

*Afetividade* — humor lábil. *Emotividade* — não revelou durante as várias sessões de exame crises de hiperemotividade. *Ligações afetivas* — conservadas.

Temperamento esquizotípico pouco pronunciado.

*Vontade* — não apresenta disbulias. Pragmatismo pouco desenvolvido.

*Inteligência* — os processos fundamentais estão conservados elementarmente.

*Imaginação* — limitada aos fatos mais elementares da vida.

*Capacidade lógica e senso crítico* — de acordo com o seu nível mental que é aproximadamente de dez anos.

*Exames complementares* — Sangue — Reações de Kahn e Wassermann — negativas. Radiografia do tórax — Arcos costais, coração e pulmões — sem anormalidades.

*Conclusão diagnóstica* — Tratando-se de processo restrito aos músculos peitorais, afastamos a hipótese de uma amiotrofia e concluímos pela existência de uma agenesia dos peitorais esquerdos — mioagènesia de Ayala ou amioplastia congênita (Comby).

Trata-se, diz o prof. Aloysio de Castro, citando casos do seu serviço, bem assim de Fajardo e Batista Neto, de anomalia rara, apesar da opinião dos autores franceses, que julgam ser a mais frequente das ausências musculares congênitas. Wendell conseguiu reunir 172 observações. Por vezes há ausência total de um ou de ambos os músculos peitorais, outras vezes total de um e parcial de outro, quando não parcial dos dois. Em qualquer caso é sempre mais rara a anomalia bi-lateral. Também acontece, às vezes, se acompanhar de outras anomalias, como ausência da glândula mamária ou dos arcos costais, bem assim reduzir-se o grande peitoral a feixes erráticos ou haver separação de suas duas porções por largo interstício. Pode também, diz ainda o mestre, haver diferença na posição dos mamilos, mais apagado, mais vizinho da linha mediana e em plano mais alto o mamilo correspondente ao lado da anomalia, o que acontece com o nosso caso. Pode ainda ocorrer ausência dos pelos torácicos e, mais raramente, encurtamento do membro e malformações da mão com sindactilia (casos relatados por Souques).

Apesar da complexa função dos músculos peitorais, as suas anomalias não se陪同ham, de ordinário, de distúrbios motores do braço, devido à ação supletória da musculatura do dorso e espádua; entretanto, o nosso observado não tem perfeito o movimento de elevação do braço, por existir, no vão da axila, uma membrana ou brida que lembra a "asa de morcego" (Brieger). E' justamente este fato que dá ao nosso caso um cunho de raridade. Estas anomalias têm sido diversamente interpretadas pelos autores. Os médicos portugueses Amandio Tavares, Bastos Monteiro, Martins D'Alte e Alvaro Moitas estudaram vários casos à luz da embriologia. Fajardo fala em reprodução na espécie humana de disposições normais em outras espécies zoológicas. O prof. Aloysio de Castro acha que não está ainda dirigida a significação morfológica desta anomalia. Admite-se, segundo Froriep, origem periférica e traumática, compressão

localizada exercida no útero pelo membro superior do feto sobre o tórax, variando a deformidade com o grau e duração desta compressão. Nós pensamos de maneira diversa, atribuindo, ao caso em questão, mecanismo disráfico, isto é, embarago de fechamento do canal neural, pois o nosso paciente, além da miogenesis, apresenta, ainda, tórax ligeiramente em infundíbulo, cifoescoliose, genu-valgus, acrocianose, aderência do lóbulo da orelha e desproporção entre tronco e membros, anomalias estas que integram o estado disráfico de Bremer.

Para terminar, estamos convencido, após a leitura dos trabalhos do nosso brilhante colega Dr. Francisco Correia Leitão, que é o divulgador brasileiro das idéias de Bremer, que o estado disráfico irá esclarecer muitos pontos obscuros da neuropatologia.

#### BIBLIOGRAFIA

- Aloysio de Castro — *Notas e observações clínicas* — 1.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> séries. Rio.
- Ernestino de Oliveira — *Ausência congênita de peitorais* — “Medicina, Cirurgia e Farmácia”. Rio. 1936.
- Francisco Leitão — *Status disraphicus* (Considerações). *Constituição, Endocrinologia e Metabolismo*. Rio.
- Idem — *Estado disráfico* — “Jornal dos Clínicos”. 1937.
- Bandeira de Mello — *Diagnóstico da epilepsia* (Tese).
- Pereira Rebelo — *Noções de teratologia*. Baía.
- Kroll — *Síndromes Neuro-Patológicas*. Barcelona.
- Testut — *Traité d'Anatomie Humaine* — 1.<sup>o</sup> vol. París.
- Apert — *Maladies familiales*. París.
- Patologie chirurgicale*. Tomo III. Col. Masson. París.

#### A PSIQUIATRIA MILITAR EM TEMPO DE PAZ E EM CAMPANHA (\*)

DR. NELSON BANDEIRA DE MELLO  
Cap. médico, chefe de Enfermaria de  
Clínica Psiquiátrica do H. C. E.  
Livre docente de Clínica Psiquiátrica da  
Faculdade de Medicina da Universidade do  
Rio de Janeiro.

“A Psiquiatria Militar em tempo de paz e em campanha” é tema vasto demais para ser contido numa conferência de 50 minutos. Assim, é minha intenção, apenas, trazer ao vosso conhecimento os resultados das observações que temos feito em tempo de paz, das que já estamos fazendo em tempo de guerra e as

(\*) Conferência pronunciada no Curso de Emergência do Serviço de Saúde do Exército, em dezembro de 1942.

previsões do que será provavelmente feito em campanha. Tendo mouejado alguns anos na clínica psiquiátrica civil — como assistente do Prof. Henrique Roxo — e na militar — como chefe de enfermarias de doentes mentais do Hospital Central do Exército, — além do convívio de alguns anos na tropa, sobraram-me as oportunidades para apreciar as diversas circunstâncias em que agem o psiquiatra civil e o militar.

Gata Borralheira da Medicina, a Psiquiatria também tem sido, no meio militar, alvo da campanha geral de descrédito que, felizmente, vem cedendo aos esforços dos psiquiatras de todo o mundo, os quais porfiam em torná-la conhecida e compreendida dos demais colegas. Manter abaixado o véu de mistério que a envolve é prestar-lhe um desserviço, assim temos compreendido os que, desde Murillo de Campos, vimos dedicando as nossas atividades médico-militares a este sector especializado. Por isso, quer na imprensa médica, quer na tribuna dos nossos Centros de Estudos, temos demonstrado aos nossos colegas que a Psiquiatria, como qualquer outro ramo da Medicina, exige estudo, esforço, perspicácia e habilidade de seus cultores.

Já disse alhures e repito:

“Conhecido mestre da psiquiatria indígena costuma dizer que as doenças mentais se cifram entre as mais curáveis da Medicina. Reconhecemos certo exagero nessa asserção, mas do modesto tirocínio que temos da especialidade, não hesitamos a afirmar que, salvo grande parte das doenças infecciosas, — que se curam com ou sem médico e apesar dele, — a clínica médica não leva nenhuma vantagem sobre a clínica psiquiátrica.

“Para corroborar esta afirmação, basta que mencionemos as endocardites, as miocardites crônicas, as aortites, os aneurismas, as gastrites crônicas, as cirroses, as nefrites, a diabete, o reumatismo crônico deformante, a síndrome de Addisson, a síndrome de Basedow, para não citar as numerosas outras afecções, compatíveis com atividades completas ou reduzidas de seus portadores, mas desafiando todas a pertinácia dos terapeutas.

“Então aí também, como na Psiquiatria, fazem os clínicos um belo diagnóstico sindrômico, declaram a etiologia certa ou provável, enumeram as hipóteses patogênicas, mas quanto a tra-

tamento, para não cruzarem os braços, tentam combater os sintomas pelos mais diversos processos, dando-se por mui satisfeitos quando êles se atenuam de intensidade, o que aliás nem sempre acontece.”

E' justo dizer-se que ultimamente a Psiquiatria vem merecendo das altas autoridades o apreço que lhe é devido. Os oficiais combatentes, obrigados a lidar com as mais diversas naturezas humanas, reconhecem a necessidade da assistência psiquiátrica para distinguir os casos de inadaptação dos de simples disciplina. As Juntas Militares de Saúde solicitam os nossos pareceres todas as vezes que devem pronunciar-se sobre casos da especialidade. A Justiça Militar não profere julgamento sem a nossa perícia psiquiátrica, quando há no réu qualquer suspeita de afecção mental.

Até 1922, os doentes mentais do Exército eram tratados no Hospital Nacional de Alienados e na Casa de Saúde Dr. Eiras. Segundo dados estatísticos publicados pelo Dr. Murillo de Campos (*As Moléstias Mentais no Exército*, Arq. Bras. de Psiq. Neurol. e Med. Legal, ns. 1 e 2 de 1913, pág. 141) o total de doentes mentais hospitalizados de 1880 a 1913 foi de 241 no Hospício e 17 na Casa de Saúde Dr. Eiras. Desde então, com o aumento dos efetivos, as necessidades foram-se tornando prementes, de modo que, em 1922, foi criada a Secção Militar de Observações junto ao Hospício e, em 1939, foi inaugurado o Pavilhão de Neurologia e Psiquiatria do Hospital Central do Exército. O funcionamento dêste Pavilhão vem demonstrando a perfeita exequibilidade de um serviço de doentes mentais num hospital geral. E' claro que aí foi prevista apenas a hospitalização dos agudos ou daqueles para os quais ainda existe esperança de melhora. Os crônicos devem ser removidos para as Colônias. O P.N.P. abriga ordinariamente um total de 90 a 100 doentes.

#### O EXAME PSIQUIÁTRICO NA INCORPOERAÇÃO

Não há exame psiquiátrico sistemático por ocasião da incorporação. As Juntas Militares de Saúde julgam incapazes imediatamente os que apresentam alterações mentais grosseiras,

facilmente verificáveis. Em face de qualquer caso duvidoso, é pedido o parecer do psiquiatra do H.C.E. Sempre que há suspeita de simulação é o examinando julgado apto e incorporado, pois a solução de tais casos exige, não raro, observação demorada e paciente, antes que se chegue a qualquer conclusão.

Em relação ao recrutamento de oficiais, porém, há tendência a exigir-se exame psiquiátrico sistemático. Já o regulamento da Escola de Saúde do Exército determina a presença de um psiquiatra na Junta Militar de Saúde Especial designada para examinar os candidatos à matrícula.

Os autores norte-americanos não se cansam de salientar a importância do exame psiquiátrico por ocasião do ingresso do soldado. A propósito cita-se o famoso telegrama do General Pershing em julho de 1918: "A prevalência de desordens mentais nas tropas de substituição recentemente chegadas sugere a importância de esforços intensivos no sentido de eliminar os incapazes mentais na nova incorporação, antes da sua partida dos Estados Unidos".... Na realidade, naquele momento nos Estados Unidos, já se sabia da importância do exame psiquiátrico prévio. No começo de 1917, Salmon, em um estudo sobre as doenças mentais e neuroses de guerra no Exército Britânico, mostrara a necessidade daquele exame. Muitos soldados que regressaram da frente para encher os hospitais militares da Grã-Bretanha eram portadores de doenças mentais manifestas já antes de sua incorporação. Muitos eram oligofrênicos, alguns criminosos, um número considerável tinha psicoses sifilíticas, vinte por cento tinham sintomas de psicose maníaco-depressiva e muitos desses já tinham manifestado a doença antes do alistamento. Mais de sete por cento eram epilepticos que haviam tido crises anteriormente. Muitos dos 14 % de esquizofrênicos já apresentavam a moléstia antes de ingressar no Exército. Os Estados Unidos, porém, não aproveitaram a lição. Investigando os motivos que deram lugar à reclamação do General Pershing, o Departamento Médico apurou que 3.035 homens haviam sido enviados para a Europa, na Fôrça Expedicionária, apesar da recomendação dos psiquiatras, no sentido de os considerar incapazes. Eram portadores de doenças facilmente diagnosticáveis, como tabes dorsalis, dementia paralítica, epilepsia, psicoses,

psico-neuroses e imbecilidade. Até 1.º de maio de 1919, tinha havido 69.394 rejeições. Desse total, 11 % foram devidas a psicoses, 17 % a neuroses, 31 % a debilidade mental, 9 % a personalidades psicopáticas, 6 % a alcoolismo e outras intoxicações, 9 % a epilepsia, 10 % a doenças nervosas orgânicas e 7 % a desordens glandulares. De 4.500.000 homens examinados, 3.000 foram incapacitados por psicoses e 11.000 foram atacados de psiconeuroses. Os cuidados com soldados e veteranos doentes mentais dos Estados Unidos já custaram \$ 1.000.000.000 em 14 anos (1926-1940). Não cremos, porém, que o exame psiquiátrico prévio seja a melhor solução. Tal exame deve ser tornado obrigatório na seleção dos candidatos às Escolas Militares formadoras de oficiais. Para a seleção de praças sorteadas e voluntárias, a sua execução exigiria um psiquiatra em cada Posto de Concentração de conscritos, o que decididamente não seria possível, nem mesmo apelando para os civis residentes nessas localidades. Achamos, por isso, que os médicos componentes das Juntas Militares de Saúde devem afastar desde logo os portadores de afecções nervosas e mentais grosseiras. Os casos mais discretos sofrerão um segundo expurgo nos primeiros meses de instrução.

#### O EXAME PSIQUIÁTRICO APÓS A INCORPORAÇÃO

De fato, é durante os primeiros meses de incorporação que se verifica o maior número de baixas por distúrbios mentais. Tais distúrbios são, via de regra, preexistentes. Trata-se, em ordem de frequência, de personalidades psicopáticas, epilepsia, debilidade mental e esquizofrenia. São todos casos de síndromes discretas que o exame prévio, em massa, feito por médicos não especialistas, não conseguiria descobrir. Em relação às personalidades psicopáticas, salvo casos especiais em que são presentes reações neuróticas ou psicóticas, nem mesmo o exame do especialista em tal ocasião seria bastante. Pois estabelecido que fosse o diagnóstico, teria sido preciso avaliar o grau da perturbação que, discreta, é compatível com o serviço. Quanto às personalidades psicopáticas, tenho verificado que a contra-prova do serviço é quase sempre necessária. Um julgamento "a priori" poderia fazer-nos correr o risco de deixar de aproveitar certos

indivíduos com pequenos distúrbios de conduta no meio civil facilmente corrigidos no meio militar. Desde que, porém, nos três primeiros meses de incorporação se mostrem inadaptados, ou dificilmente adaptáveis, a sua exclusão não se deve fazer esperar. Do contrário passam a constituir o problema do quartel. Atrasam-se na instrução, tornam-se indisciplinados, passam a maior parte do tempo entre a enfermaria ou o Hospital, de um lado, e o xadrez, de outro. A anamnese desses pacientes revela uma vida pregressa mais ou menos inútil. Desde a infância são turbulentos, pouco aplicados aos estudos. Começam a trabalhar desde cedo, em vista das dificuldades financeiras da família, mas não conseguem manter-se no emprêgo por muito tempo. Inconstantes nas profissões, chegam aos vinte anos sem conhecer com proficiência qualquer delas. Inconstantes nos empregos, vivem sempre em má situação, até que sentam praça "para tirar o certificado" e "porque estão desempregados". Alistam-se em geral como voluntários, por sugestão paterna, ou mesmo da polícia, "para endireitar". Temos recebido alguns que, órfãos desde tenra idade, foram educados nos institutos de menores e patronatos, donde saem aos 17 anos sem capacidade para conseguir emprego e, após alguns meses de vagabundagem, são encaminhados para o Exército pelo Juiz de Menores, ou pelos Delegados de Polícia.

Quanto aos epilépticos, trata-se em geral de pacientes poucas crises, de uma a três por trimestre. Os epilépticos com crises frequentes são facilmente afastados na inspeção de saúde prévia. Os que conseguem ingressar são em geral bons soldados. Fortes, cumpridores dos deveres, não denotam no serviço nenhuma perturbação mental aparente, até que um dia a crise os surpreende no alojamento ou na instrução. A contra-gosto são enviados para o Hospital, afim de serem observados e incapacitados. Entre êles está o maior número de dissimuladores. Tal é o desejo de fazer o serviço militar que dificilmente confessam a existência da moléstia.

Os débeis mentais que conseguem ingressar, via de regra apresentam a idade mental entre 8 e 10 anos, pela escala de Binet-Simon. Soldados com idade mental superior a 10 anos só raramente são mandados à observação, motivo por que os con-

sideramos compatíveis com o serviço, quando não apresentem distúrbios de outra natureza. Os débeis entre 8 e 10 anos dificilmente poderiam ser descobertos nos exames em massa, por peritos não especialistas. A falta de aproveitamento escolar é indício muito forte da debilidade mental. Mas nas inspeções de saúde prévias, por falta de tempo suficiente, o julgamento da veracidade das informações do examinando é tarefa difícil. Por isso, a nosso ver, o melhor indício é fornecido pela falta de aproveitamento na instrução teórica ministrada no quartel. Ao cabo de poucos dias, os oficiais subalternos são capazes de apontar um a um os recrutas merecedores de exame psiquiátrico para pesquisa de idade mental.

A propósito convém salientar aqui o papel importante desempenhado por êsses oficiais. São verdadeiros psicologistas práticos que muito contribuem para a seleção dos recrutas. Os seus pareceres na orientação dos soldados para as diversas especialidades da tropa são quase sempre acertados. Seria de máximo interesse que os mesmos recebessem, quando alunos das Escolas Militares, algumas lições de psicologia para que podessem exercer essa função selecionadora e orientadora com maior conhecimento de causa.

Os esquizofrênicos são, via de regra, portadores de distúrbios discretos que passam despercebidos na inspeção de saúde, máxime quando se considerar que tais indivíduos são conduzidos ao quartel pelos progenitores que, não sabendo a que atribuir as leves alterações de conduta que coincidiram com a adolescência, acham que o melhor lugar para "desembaraçar" o filho é o quartel. Auxiliam da melhor maneira possível o assentamento de praça do mesmo e a dissimulação do seu estado mórbido. Quando, porém, verificam que a vida de caserna só pode contribuir para a agravamento da moléstia, tornam-se aflitos e pedem insistente a sua exclusão.

Após os três primeiros meses de incorporação é que as outras psicoses se vão tornando mais frequentes. A esquizofrenia vem em primeiro lugar. Menos encontradiças entre os soldados são a paralisia geral, o alcoolismo, a psicose maníaco-depressiva e a confusão mental. Essas moléstias são, ao contrário, mais frequentes entre os graduados, que podem permane-

cer no Exército até os 45 anos de idade e às vezes mais. As chamadas demências terminais incidem quase exclusivamente nos reformados e asilados.

Na secção de psiquiatria do Pavilhão de Neurologia e Psiquiatria do H.C.E. existem quatro enfermarias: uma destinada a observação e tratamento de oficiais; uma destinada a observação e tratamento de sargentos; a terceira destinada a observação de soldados e, finalmente, outra para observação e tratamento destes. Os casos que não comportam tratamento são hospitalizados na enfermaria "F"; são em geral os casos de personalidades psicopáticas, debilidade mental, epilepsia e outros. Concluída a observação, se apurada a incapacidade, são mandados à Junta; caso contrário, são mandados de volta ao quartel. Na enfermaria "E" são hospitalizados, de modo geral, os portadores de psicoses evolutivas, que são submetidos aos modernos tratamentos, findos os quais são apreciados os resultados e avaliada a sua capacidade para o serviço. No caso de haver cura incontestável é o paciente enviado novamente para a unidade, afim de terminar o tempo de serviço. Os pacientes curados com defeito e os portadores de moléstias incuráveis são encaminhados à J.M.S., acompanhados de minuciosa observação justificando o pedido de incapacidade. Também ao psiquiatra cabe declarar se o paciente é ou não alienado e se é ou não inválido para efeito de percepção das vantagens estabelecidas pelos arts. 208 e 215 do Código de Vencimentos e Vantagens dos Militares do Exército, que estatue deverem ser reformados com todos os vencimentos os militares que se tornarem inválidos em consequência de tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, lepra, paralisia e cegueira. A declaração de incapacidade e invalidez deve ser feita com o máximo cuidado: incapaz é o indivíduo que apenas não pode prestar serviço militar, mas pode exercer função civil; inválido é o indivíduo que não pode prover os meios de subsistência. Praticamente o alienado é inválido. Mas o conceito de alienação mental que adotamos no Exército é o estabelecido pelo Cap. Méd. Gabriel Duarte Ribeiro, em artigo publicado na *Revista de Medicina Militar*, n. 4, de 1940: "1.º O

conceito de alienação mental deve restringir-se aos casos de doença crônica, primitiva ou secundária do encéfalo e que conduzam a personalidade à condição de invalidez decorrente da impossibilidade de socorrer-se das funções psíquicas para atender suas obrigações sociais, privando-a dos meios donde auferia seus proventos. 2.º Escapam à esfera de aplicação do termo alienação mental os casos de inferioridade congênita — personalidades psicopáticas, oligofrenias — por não constituirem doenças, propriamente ditas, senão anomalias constitucionais que, embora determinantes de incapacidade, jamais deverão ultrapassar as barreiras defensivas do serviço público, pelo que só chegarão a interessar as Juntas de Saúde, encarregadas da seleção inicial dos que forem chamados a servir o Estado".

Contudo, numerosos são os casos de personalidades psicopáticas e oligofrenias que atravessam as barreiras defensivas a que se refere Gabriel Duarte. Mas, a menos que apresentem psicoses evolutivas enxertadas, não devem fazer jus ao amparo do Estado, porque os casos que conseguem atravessar são sempre compatíveis com funções civis, donde podem ser auferidos os meios de subsistência. Mesmo em relação às psicoses evolutivas, o parecer só pode ser expedido, após esgotados todos os recursos da terapêutica. Se esta tiver conseguido melhorar o paciente a ponto de lhe permitir o emprêgo de suas atividades com o fim de angariar os meios de subsistência, o amparo do Estado não lhe é concedido.

Anexa à enfermaria de observações, há uma secção de presos, para onde são mandados os soldados que estão à disposição da Justiça e para os quais se pede exame de sanidade mental. Na Justiça Militar a perícia está se tornando uma praxe. Tem sido pedida pelos Conselhos de Justiça, pelos Auditores, pelos advogados e sugeridas, muitas vezes, pelo próprio médico da unidade. O crime mais comum cometido pelo soldado é o de deserção, o qual em tempo de paz se consuma ao oitavo dia de ausência do quartel, sem permissão. Os portadores de psicoses evolutivas e os débeis mentais são, em geral, inimputáveis por tal crime. Quanto aos epilépticos e às personalidades psicopáticas, só o exame cuidadoso de cada caso permite um julgamento acertado. Caso típico de irresponsabilidade pelo crime de des-

serção, por exemplo, foi o do paciente epiléptico que, no oitavo dia de ausência, saíra de casa com intenção de ir para o quarto; mas sabendo que ia ficar preso por vários dias pela ausência sem permissão, que constitue apenas transgressão disciplinar, resolveu antes ir ao cinema, para aproveitar bem o tempo de liberdade que ainda lhe restava. Ao meio do filme foi acometido de uma crise epiléptica, sendo retirado da sala de projeções e levado em ambulância para o Pronto Socorro, onde ficou até o dia seguinte em estado crepuscular. No dia seguinte foi transferido para o Hospital Central do Exército. Redigí a perícia e opinei pela sua inimputabilidade.

O Código Penal Militar em vigor data de 1891. Interessam à Psiquiatria os seguintes tópicos:

“Art. 21. Não são criminosos:

§ 3.<sup>º</sup> Os que por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil forem absolutamente incapazes de imputação.

§ 4.<sup>º</sup> Os que se acharem em estado de completa privação de sentido e de inteligência no momento de cometer o crime.”

“Art. 23. Os indivíduos isentos de culpabilidade, em resultado de afecção mental, serão entregues às suas famílias ou recolhidos a hospital de alienados, se o seu estado mental o exigir para a segurança do público.”

“Art. 33. São circunstâncias agravantes:

§ 15.<sup>º</sup> Ter sido cometido o crime em estado de embriaguez.”

As fórmulas do art. 21, parágrafos 3.<sup>º</sup> e 4.<sup>º</sup>, foram inspiradas pelo antigo Código Penal Comum, e é de todos conhecida a avalanche de críticas que suscitaram. O novo Código Penal comum adotou fórmulas mais racionais, como a do art. 22:

“E’ isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”. No parágrafo único do mesmo artigo, estabelece a redução da pena, quando o agente, em virtude de perturbação mental incompleto ou retardado, não possuia, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. E’ mais ou menos esse o critério que adotamos no Serviço de Neurologia e Psiquiatria do H. C. E. Convém notar que o conceito de irresponsabilidade criminal não implica o de incapacidade para o serviço militar, nem vice-versa. E’ até frequente, após longa observação, concluirmos ser o examinado incapaz definitivamente para o serviço militar e responsável pelo crime cometido. Esses conceitos são independentes entre si. O portador de confusão mental que deserta em tal estado não é passível de pena e, uma vez curado, pode ser apto para o serviço do Exército. Da mesma forma o epiléptico, sem perturbação mental aparente, que deserta para visitar, em localidade distante, a progenitora enferma, é responsável porque está em condições de entender o caráter criminoso do fato, mas é incapaz definitivamente para o serviço do Exército, por ser portador de epilepsia.

#### INFLUÊNCIA DO ESTADO DE GUERRA SÔBRE O SERVIÇO PSIQUIÁTRICO

Nas atuais circunstâncias, o serviço aumentou mas não se modificou. Oferecem novo aspecto, apenas os reservistas de 2.<sup>a</sup> categoria convocados. Pertencem em geral às classes mais favorecidas. A exigência de certificado de reservistas, que se torna cada dia mais premente, força-os a matricular-se nos Tiros de Guerra desde cedo, afim de aprender a instrução militar. Nessas sociedades não há inspeção de saúde regular. Um simples atestado médico a supre. Vários defeitos mentais são dissimulados e como o curso é fácil, ao cabo do ano letivo, rapazes saúes e doentes recebem da mesma forma o certificado de reservista. Ao serem convocados, a família movimenta-se. Comunica claramente à Junta que o examinando está em tratamento com tal especialista,

ou já esteve internado em tal sanatório, ou mesmo no hospício, e obtém o julgamento de incapacidade às vezes antes da incorporação. Temos visto vários débeis mentais, imbecís, epiléticos com crises frequentes e acentuada bradipsiquia, esquizofrênicos e outros visivelmente enfermos de posse do certificado de 2.<sup>a</sup> categoria.

Também já tivemos os primeiros casos de neurose, simulação e exageração de doenças relacionados com a atual guerra. Pouco depois dos afundamentos de navios mercantes nas costas brasileiras, recebemos alguns pacientes que já se achavam com suas unidades a bordo de navios destinados ao nordeste. Foram estados ansiosos, estados maníacos e alguns casos de simulação e exageração de perturbações digestivas e outras. Todos foram imediatamente recuperados e enviados aos seus corpos, exceção dos que deviam ser julgados incapazes, por serem portadores de predisposição psicopática evidenciada ao exame clínico.

### A PSIQUEIATRIA EM CAMPANHA

A psiquiatria militar brasileira não possui experiência de guerra. Muitos de nós já tiveram seu batismo de fogo em pequenas pelejas revolucionárias, mas ao que saiba, os efetivos engajados não chegaram a exigir serviço psiquiátrico na frente. Também a literatura existente refere-se principalmente à guerra de 1914. E' sobre êsses trabalhos e os publicados por psiquiatras que assistiram à guerra civil espanhola que se calca a maioria das conferências em nosso meio. Sobre a organização e funcionamento do serviço psiquiátrico nos poderosos exércitos que se chocam nos campos de batalha dos continentes atingidos pela voragem da guerra atual há pouca informação. Na nossa organização de Serviço de Saúde em tempo de guerra está previsto para cada Exército de 3 DI um Centro de Neuro-Psiquiátria e Medicina Legal, fazendo parte do chamado Centro Hospitalar de Etapas e destinado a receber para observação e pesquisas todos os doentes do Exército portadores de perturbações nervosas ou mentais e os suspeitos de simulação, exagero ou provocação de afecção médica e cirúrgica. Realiza a pronta recuperação dos que não estiverem doente, propondo, quando julgar oportuno,

tunais, medidas disciplinares adequadas. Conserva para tratamento e recuperação ulterior os casos rapidamente curáveis (até 4 ou 5 semanas). Evacua os casos graves ou de evolução lenta para as formações da Retaguarda e do Interior, com as quais mantém ligação. Procede às perícias médico-legais quando for mister. O Centro de Neuro-Psiquiatria e Medicina Legal está localizado nas proximidades do Hospital de Evacuação de Etapas, o qual deve receber feridos no máximo 24 horas depois do ferimento. Vê-se, pois, que o paciente destinado ao Centro de Neuro-Psiquiatria deve aí chegar dentro do prazo de 24 horas. Como as Formações Hospitalares de Etapas, o Centro de Neuro-Psiquiatria é semi-fixo, isto é, não deve ser muito influenciado pelas situações da batalha. Por isso, a distância a que fica da 1.<sup>a</sup> linha é variável para cada caso e é geralmente função do tipo de guerra a que se procede. Nas guerras de posição fica situado muito mais próximo da linha de frente, ao passo que nas guerras de movimento é de toda conveniência colocá-lo mais distante. Todo o Serviço de Saúde é regido por dois princípios básicos: evacuação e tratamento. Compete aos Chefes determinar quando e onde deve começar o predomínio de um sobre o outro. Na guerra estabilizada que caracterizou a segunda fase do conflito mundial, faziam-se grandes intervenções em abrigos muito próximos às trincheiras. No Blitzkrieg alemão contra a Polônia, ou no avanço fulminante de Montgomery sobre o deserto, é claro que as formações de tratamento não podem acompanhar o deslocamento das forças motorizadas com o mesmo ritmo.

E' verdade que a nossa organização só prevê a existência de especialistas na zona de Etapas; mas é preciso notar que ao Centro de Neuro-Psiquiatria das Etapas só devem chegar os verdadeiros casos de doentes mentais, ou os simuladores muito astutos que não conseguiram ser desmascarados nas formações da Frente. E, a propósito, devo lembrar aqui que os médicos militares, durante seu curso de Formação na Escola de Saúde do Exército, fazem um estágio de três meses na Clínica Psiquiátrica. Isso os habilita a formular prováveis hipóteses diagnósticas da especialidade. Além disso, o convívio com a tropa os familiariza com os truques empregados pelos soldados quando desejam furtar-se ao serviço. Não é fácil ao simulador atra-

vessar as triagens dos Postos do G.P.D., das ambulâncias divisionárias e a barragem sanitária de Exército. Por outro lado, os não predispostos portadores de reações neuróticas já podem ser influenciados psicoterapeuticamente pelos médicos da frente, os quais na realidade só evacuam para as formações seguintes aqueles que devem ser evacuados.

Os médicos e enfermeiros em serviço na frente devem porém ser instruídos quanto à conduta a observar em relação aos neuróticos, pois é certo que no desenvolvimento ulterior da reação muito influe a conduta do primeiro médico ou do primeiro enfermeiro que cuidou do paciente. O conhecimento de noções de psiquiatria e psicoterapia pelos médicos em serviço nos Postos de Socorro avançados é uma necessidade que nunca é demasiado salientar. Ela decorre principalmente da impossibilidade de colocar um psiquiatra em cada Posto avançado e do fato de que sintomas neuróticos podem aparecer em qualquer formação, em qualquer espécie de doente e em qualquer tempo.

Vallejo Nágera, psiquiatra militar espanhol, assim se expressa: "Denomina-se genericamente psicoses ou neuroses de guerra uma série de reações distímicas, hipocondríacas, neurasteniformes, histeróides, e síndromes agitadas, paranóides, crepusculares, confusionais etc., que soem observar-se nos militares combatentes como efeito de reação psicógena. Nesta definição redigida antes da atual guerra mundial não se incluem a população não combatente do Interior sujeita às vicissitudes da guerra total. O Cap. Médico Lucius Johnson, da Armada Norte-Americana, baseado em relatórios de observadores na China, Espanha, Polônia e Finlândia, afirma que durante os bombardeios aéreos há de início o pânico em vários graus. Mas quando o bombardeio é severo e repetido, produz, em geral, nos sobreviventes uma forte determinação de viver e continuar a resistência. Na China e em Barcelona, por exemplo, o número de neuroses foi muito menor do que se esperava. Muitos psiquiatras foram transferidos para o serviço médico geral. Diz o citado autor: "Observa-se comumente nos momentos de perigo que as pessoas cuja conduta na emergência foi tal que satisfez os seus próprios ideais

não desenvolvem neuroses. Aqueles que sentem ter mostrado covardia ou impropriedade de conduta estão mais aptos a produzir algum sintoma neurótico, como um esforço subconsciente para salvar o ego ofendido e mudar de desprezo para "simpatia" a opinião pública a seu respeito. Por fim, afirma aquele autor que o uso do gás e o metralhamento por aviões parecem ter produzido mais neuroses do que o emprego das bombas altamente explosivas e incendiárias. O Dr. Gillespie, psiquiatra da RAF, acha que as mulheres manifestam menos reações psicológicas aos bombardeios que os homens, e que as crianças seguem os exemplos das pessoas com quem convivem. Um bravo procedimento entre os adultos logo se reflete nas crianças. A relativa liberação do medo é contrabalançada por um aumento na delinquência infantil. Isso era aliás de esperar, pois o medo dominado cede lugar ao seu instinto antagônico — a ferocidade.

Lunier, já em 1872, achava ser a guerra causa determinante de loucura. Também Jolly dizia que a guerra era responsável por muitas psicoses, embora indiretamente. Os autores modernos contestam tal ponto de vista.

Vallejo Nágera diz: "a guerra não oferece à nossa observação reações psíquicas patológicas que não possam observar-se em circunstâncias normais". Legrand du Saulle diz: "as revoluções e os conflitos só atacam a inteligência das pessoas predispostas e apenas precipitam a eclosão de um infortúnio que devia entrar nas coisas previstas. Rodiet et Heuyer escrevem: "a guerra não fez aparecer psicopatias de um novo gênero com sintomatologia ou evolução até então desconhecidas". Kardiner afirma: "Nenhum complexo sintomático psiquiátrico é observado na guerra que não ocorra na paz".

"A experiência da guerra espanhola confirma a mais geral das guerras anteriores: as verdadeiras psicoses não aumentam durante a mesma", afirma Lopez Ibor. Nem as emoções, nem as feridas, nem as privações, nem os esforços exagerados incrementaram o número de esquizofrênicos ou o de maníaco-depressivos existentes. Weiler publicou um minucioso trabalho em 1935 sobre as sequelas psíquicas e orgânicas da guerra europeia e

chegou às mesmas conclusões negativas. Em alguns casos verificou um aumento de ingressos nos manicômios, mas isso foi por causas sociais. E' que as dificuldades da guerra limitaram a assistência psiquiátrica extra-manicomial, que muitas famílias exerciam espontaneamente, retendo em seu seio os enfermos mentais e cuidando deles. Quando muito se pode admitir que as circunstâncias criadas pela guerra podem revelar alterações mentais que passariam despercebidas na vida normal. E dessa forma expressam-se vários outros autores. Entretanto, Raymond Mallet em seu magnífico trabalho sobre Psiquiatria de Guerra não é do mesmo parecer. Diz êle: "A guerra, tem-se dito muitas vezes, não tem trazido aos serviços de psiquiatria senão os predispostos, e não se lhe deve nenhuma forma clínica mental nova. Contudo, quantos doentes temos visto que apresentavam seus primeiros acidentes e cuja constituição psicopática nunca fôra demonstrada! Quantos quadros clínicos, diante dos quais o diagnóstico e o prognóstico se tornavam hesitantes à medida que as noções clássicas de sintomatologia e evolução pareciam revolucionadas!" Esse autor classifica as psicoses de guerra em Estados confusionais, Estados de excitação e depressão, Episódios delirantes, Estados demenciais. Vallejo Nágera divide as psicoses de guerra em psicoses de trincheira e psicoses de retaguarda. Entre as primeiras cita a agitação psico-motora, o estupor, o delírio ecménico (puerilismo), a confusão mental, os estados crepusculares, a alucinose e o êxtase. Entre as segundas inclue as reações hipocondríacas, as reações teatrais convulsivas e o negativismo. Não vem a pelo descrever aqui a sintomatologia dêsses estados mórbidos.

Se em relação às psicoses está mais ou menos assentado que seu número não aumente em consequência da guerra, em relação às neuroses há certa tendência a considerar a guerra como fator causal ao menos indireto. Lopez Ibor sem referir-se à sua frequência, diz: "ao revés, onde a guerra espanhola teve características próprias foi no setor da neurose. Estas características são puramente formais e não atingem o seu mecanismo essencial; e é natural que assim ocorra, pois que a neurose é um padecimento do ser humano e como tal submetido a uma regulação

geral, embora possa oferecer certas variantes em relação com as circunstâncias". A separação da família, as mudanças bruscas nos hábitos, já em tempo de paz, podem dar lugar a não poucos conflitos. Em campanha, a fadiga, as privações alimentares, a perda do sono, a expectativa de um assalto, são outros tantos fatores que podem ter um papel no desenvolvimento de uma neurose, mesmo em indivíduos pouco predispostos. Seguindo uma orientação heredo-constitucionalista, habituei-me a pensar com Luxenburger, que qualquer doença é função de fatores predisponentes endógenos e de fatores exógenos. Por isso não me repugna admitir que indivíduos pouco predispostos se refugiem na neurose quando as condições de exaurimento físico e mental sejam acentuadas. Não resta porém a menor dúvida de que em casos tais a terapêutica bem orientada — repouso relativo e psicoterapia — é capaz de trazer a recuperação em curto prazo. Nos casos em que a predisposição é muito acentuada, os pacientes devem ser curados de sua reação neurótica e imediatamente julgados incapazes como personalidades psicopáticas, pois tais elementos, sujeitos a frequentes recidivas, são indesejáveis em qualquer agrupamento militar, em paz ou em guerra.

A profilaxia das psicoses e psiconeuroses de guerra já foi aflorada em vários tópicos no decurso desta conferência.

Agora, convém salientar apenas que a preparação psicológica por meio de propaganda, visando levantar o moral da população e incrementar o ódio contra o inimigo, é de grande importância na profilaxia das neuroses.

Outro fator importante na profilaxia das psicoses e neuroses de guerra é o afastamento prévio dos predispostos. Como isso é quase inexequível na inspeção de saúde dos candidatos antes da incorporação, esse expurgo deve ser continuado durante todo o tempo de serviço e principalmente nos três primeiros meses de instrução, durante os quais 85 % dos casos se revelam. Em consequência, providências devem ser tomadas para que nenhuma praça siga para o teatro de operações antes de três meses de treinamento no interior.

As mobilizações maciças da guerra de 14 a 18 não se recomendam. A mobilização deve ser feita por chamadas parciais, e nem mesmo os reservistas de 1.<sup>a</sup> categoria devem ser dispensados do período de treinamento de três meses, durante os quais faz sua readaptação. Durante esse período, o soldado trava conhecimento com os superiores e com os companheiros, formando-se então o ambiente favorável ao desenvolvimento do espírito de cooperação tão precioso na guerra moderna.

## Laboratório

### DOS AGENTES QUÍMICOS NA TRANSFUSÃO DE SANGUE

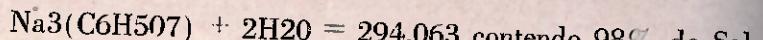
OLYNTHO LUNA FREIRE DO PILLAR  
Cap. Farmacêutico, chefe da Secção de  
Manipulação do Serviço Farmacêutico.  
Membro titular e diretor das Academias  
Brasileira de Medicina Militar e  
Nacional de Farmácia.

A escolha de um anti-coagulante de uso geral, há muito nos vem preocupando, o que nos levou a incluir modesto trabalho (1) no alentado número dos "Anais" dêste Nosocomio, de 1942.

Os estudos de Cotter e Mac Neal (2) e Watts (3) chamaram-nos a atenção para o preparo sistemático do soluto perfeito de citrato de sódio para uso nos sanguess de "stock".

Em face da grande dificuldade de aquisição do anti-coagulante enzimático por nós escolhido, somos forçado a permanecer com o citrato de sódio, atento à substância química, ao solvente, à solução e ao recipiente.

## SUBSTÂNCIA QUÍMICA



A substância química, desde que corresponda às exigências da Farmacopéia Brasileira, seja qual for sua procedência, poderá ser empregada.

Temos encontrado citrado de sódio contendo 5 e 6 moléculas de água. Consoante Lebeau e Courtois, o sal deve ter 5,5 moléculas.

A quantidade de água de cristalização deverá ser descontada do cômputo de sua tomada.

Para evitar-se tal medida, aliás nunca referida pelos fabricantes, torna-se necessária a permanência do sal na estufa, para privá-lo da água.

## SOLVENTE

A água distilada recente seria o ideal dos solventes. Sobre este veículo, nos meios militares, Gerardo Majella Bijos (4) e, nos civis, C. H. Liberalli (5) esgotaram o assunto. Nas recentes experiências desses brilhantes colegas, baseei minhas conclusões, além de experimentos próprios.

A água bidistilada, obtida em distilador de vidro, deverá ter, antes da esterilização e depois dela, o pH entre 5,8 e 6,3.

A esterilização do solvente ou do soluto deverá ser feita a 120°, sob pressão, pelo espaço de vinte minutos.

## SOLUTO

O soluto de citrato de sódio deve possuir um pH variável de 7,1 a 7,4.

A quantidade ótima do sal seco é de 3,25 g. por cento.

Pelas nossas conclusões, seria sobremodo vantajoso preparar-se o sal seco e acondicioná-lo em empôlas de vidro amarelo, na dose de 3,25 g. e seus múltiplos, para imediata dissolução em o momento de seu emprêgo, não obstante indicações observadas (6,7,8).

Empregámos, também, para experiências, o acerto do pH da solução a 7 com o tampão misto de Sorënsen e verificámos que o pH do sangue citratado com os dois solutos não variava. Despresíveis foram as diminutas variações, às vezes, observadas.

## RECIPIENTE

As espôlas de vidro devem obedecer às exigências previstas no esboço de padronização para o fabrico de injetáveis no Exército (9). O material fabricado por *Mauá e Giolito*, industriais brasileiros, satisfaz plenamente, conforme observámos.

## pH SANGUÍNEO

Os autores nacionais Vilela (10) e Majella Bijos (11) verificaram as cifras do pH sanguíneo entre 7,2 e 7,3.

Acompanhámos, ainda, no Laboratório de Pesquisas Clínicas do nosso Hospital, as experiências do segundo daqueles estudiosos e verificámos a exatidão das aludidas normas e cifras.

Pesquisas ali levadas a efeito consignaram o pH do sangue citratado entre 7,3 e 7,4.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Olyntho Pillar — Anais do H. C. E. n. 7, 1942.
- 2) Cotter, J. e Mac Neal, W. J. — Proc. Soc. Exp. Biol. Med. — 1938, 757/8.
- 3) Watts, C. Edwards — Jour. Am. Ph. Ass. Soc. ed. — 1942, 8, 250.
- 4) G. M. Bijos — Anais do H. C. E. n. 2 — 1937.
- 5) C. H. Liberalli — Boletim da Acad. N. de Farm. n. II — 1939, 1940.

- 6) Ionescu, Martin e Popescu — J. Ph. Ch. t-14, pág. 54, 1931.
- 7) A. Lumière — C. R. t. 180, 866, 1925.
- 8) Larget, Lamare, Weil e Lecocq — J. Ph. Ch. — t. 18, 276, 1933.
- 9) Pillar e Bijos — Anais do III Congresso Brasileiro de Farmácia, 1939.
- 10) Vilela, G. — Bioquímica do sangue.
- 11) G. M. Bijos — Rev. da Ass. Bras. de Farmacêuticos — 1939 — III.

## ROTINA NO EXAME DO SEDIMENTO URINÁRIO

GERARDO MAJELLA BIJOS

1.º Ten. farm., chefe do Laboratório de Pesquisas Clínicas.  
Membro titular e diretor das Academias Nacional de Farmácia e Brasileira de Medicina Militar.  
Assistente da Universidade do Brasil.

— Dês de Setembro de 1937, estamos emprestando nossa modesta colaboração ao Gabinete de Pesquisas Clínicas do Hospital Central do Exército, o que nos tem permitido contribuir para dotar a literatura indígena de ensinamentos colhidos na prática diária.

A estatística que se segue diz claramente do trabalho constante de uma sub-secção do Gabinete.

Exames	ANOS					
	1937	1938	1939	1940	1941	1942
Urina parcial . . . . .	280	1386	2736	4125	3625	1920
" total . . . . .	482	1485	2425	3815	1614	1688
Sedimento urinário . . . .	66	168	176	1946	826	2192
Total . . . . .	828	3039	5337	9886	6065	5800

A rotina do exame microscópico do sedimento urinário, aqui esplanada, demonstra, apenas, como é efetuada. Devemos esta sistematização à imensa bibliografia consultada, cujos livros mais importantes indicamos.

### MICROSCOPIA URINÁRIA

A microscopia urinária visa identificar os elementos do sedimento, cuja presença deste ou daquele conduz a conclusões de grande oportunidade.

Elá indica a citologia, a bacteriologia e a parasitologia urinárias.

Via de regra, a urina para ser submetida a este exame deve ser recente, ácida, afim de evitar-se a fermentação.

A conservação é feita em geladeira ou com agentes químicos: toluol, nipagin e, às vezes, ácido ósmico, segundo Kuttner, e comumente, cânfora e timol.

A urina normal, em repouso, fornece um sedimento ligeiro.

A urina patológica apresenta-se totalmente turva ou com turbidez ligeira, quase sempre, neste caso de elementos organizados.

O preparo da amostra para exame é feito por centrifugação manual ou elétrica ou simples repouso, de urina recente e homogeneizada.

Ótimo seria o aproveitamento do depósito, evitando-se a centrifugação, mas esta, sendo feita, deve ser em 1000 rotações, por dois minutos.

O exame pode ser direto ou sobre sedimento colorido, oriundo de urina colhida e mantida estéril.

Sobre o sedimento o técnico efetuará as seguintes observações:

- macroscópica;
- microscópica — direta e corada.

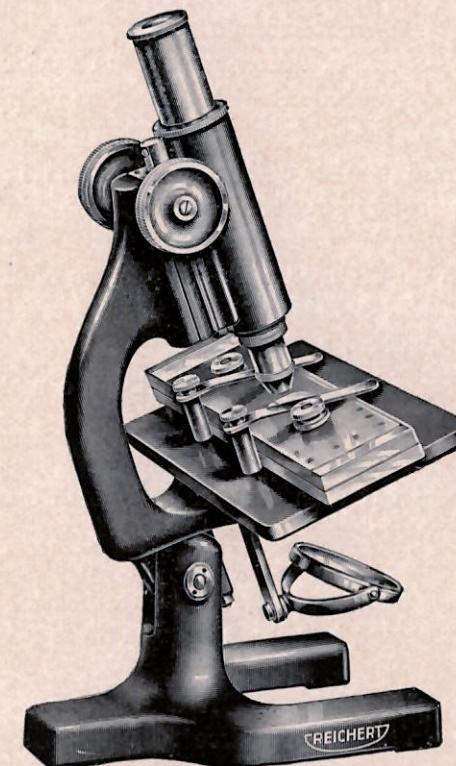


Fig. 1

Microscópico monocular

*Exame macroscópico.* Nele observar:

- côr;
- consistência: FLOCOSA, FILAMENTOSA, SÓLIDA, ESPONJOSA, PURULENTA e ARENOSA;
- volume.

*Exame microscópico:* realizar o preparo das amostras.

*Preparo da amostra:* Homogeneizar, tanto quanto possível, a urina e colocar, em seguida, nos tubos de centrifugação; levá-los, por dois minutos, em 1000 rotações, ao centrifugador elétrico ou por cinco minutos, no manual.

Decantar a camada sobrenadante, tendo-se o cuidado prévio de verificar o volume do sedimento (em sendo quase nulo não deixar líquido urinário, e, apresentando em maior proporção, diluí-lo em 1 ou 2 décimos de centímetro cúbico da própria urina e nunca em outro líquido).

Jamais deverá o analista colher o sedimento no próprio recipiente da urina, porque pela diferença de densidade dos componentes o resultado poderia apresentar-se falho. A retirada do sedimento do colo do tubo do centrifugador se efetua por meio de uma pipeta afilada, cuja extremidade superior é fechada pelo dedo ao ser introduzida no sedimento.

Tomar, em seguida, lâminas e distribuir o material da seguinte maneira:

*1.ª lâmina:* colocar uma gota do sedimento e cobrí-la com laminula;

*2.ª lâmina:* colocar uma gota do sedimento, misturar 2 gotas do soluto de eosina a 0,5% e 2 gotas da seguinte mistura:

Soluto aquoso de azul metilênio a 1%	1 cm <sup>3</sup>
Soluto saturado de ácido pícrico	10 cm <sup>3</sup>
Glicerina	X gotas

Esta lâmina destina-se ao estudo dos cilindros (v. figs. 3 a 6)

*3.ª lâmina:* colocar numa gota de sedimento e cobrir com uma laminula, na qual se colocou, previamente, uma gota de soluto de lugol;

*4.ª lâmina:* colocar uma gota do sedimento da urina colhida com os cuidados de assepsia, porceder a sua distenção, por meio da alça de platina, secar ao ar, fixar em álcool metílico e colorir segundo o método.

*Modo operatório:* O exame microscópico direto do sedimento é realizado sobre a primeira lâmina e visa observar a vitalidade dos elementos organizados. Na 3.ª lâmina verifica o operador: em amarelo os elementos histológicos, e, em tonalidade após o exame direto, se colhida com os cuidados indispensáveis mais escura, os núcleos e granulações celulares. A 1.ª lâmina, de assepsia, pode ser transformada na 4.ª lâmina. Sobre a 2.ª lâmina estudamos as diferenças dos cilindros. Na 3.ª lâmina anotar o seguinte:

- a) urinas ricas em uratos;
- b) ricas em fosfatos;
- c) hematúricas.

No primeiro caso, um leve aquecimento dissolve os uratos; no segundo, uma gota de ácido acético dissolve os fosfatos; e, no terceiro, uma diluição com água distilada constitue cuidado a se ter na preparação.

Outro cuidado a se anotar é a presença de elementos estruturais coloridos ictericamente, em cujo caso se chama a atenção do clínico para pesquisa química dos pigmentos biliares. (Esta observação relaciona-se, especialmente, com os cilindros, oxalato de cálcio e células epiteliais).

O fim, pois, da operação em apreço é a procura de elementos minerais, orgânicos e organizados.

#### MARCHA DO EXAME

##### I — PESQUISAS DE ELEMENTOS MINERAIS E ORGÂNICOS.

*Urina de reação neutra* (pH = 7) — presença de oxalato de cálcio, fosfatos de cálcio e de magnésio. Esta reação urinária nada significa patologicamente.

É uma transição entre a urina ácida e alcalina, podendo nela ser achados os elementos existentes naquelas, evidenciando que eles se acham em estado de transformação.

*Urina de reação ácida* (pH = menos de 7) — presença de uratos ácidos de sódio, ácido úrico, oxalato de cálcio, ácido hipúrico, leucina e tirosina.

*Urina de reação alcalina* (p H = maior de 7) — presença de fosfato de cálcio, oxalato de cálcio, urato de amônio e fosfato amoniacal magnesiano.

*Urina de reação anfóterica* (reação variável ácida e alcalina).

## II — CARACTERIZAÇÃO MICROSCÓPICA DOS ELEMENTOS MINERAIS E ORGÂNICOS.

No microscópio verificar:

- *ácido hipúrico* — longos prismas romboédricos, incolores, às vezes, finas agulhas;
- *alantoina* — prismas monoclínicos e drusas;
- *ácido úrico* — cristais regulares, losangos e prismas retangulares, e, às vezes, grupamentos em cruz ou estrelas e cristais romboédricos. (V. fig. 7).

Na 3.<sup>a</sup> lâmina apresenta-se depósito vermelho, de aspecto cristalino definido. Assinala-se, também, ligeira tonalidade amarelo-avermelhado, devido à impregnação dos pigmentos urinários. Nestas preparações, adicionar uma gota de líxivia de soda e observar o desaparecimento dos cristais de uratos de sódio, que reaparecem pela junção de uma gota de soluto de ácido clorídrico. Elemento normal da urina, de grande importância na formação dos cálculos urinários, devendo, por isto, ser avaliado quantitativamente, aumentando nos regimens alimentares ricos de carne e diminuído no vegetariano. A sua verificação nas concreções urinárias é feita pela adição de uma gota de amônio — coloração vermelha purpúrea ou de uma gota de soluto de potassa — coloração azul, agindo sobre amostra colocada em fundo branco.

— *carbonato de cálcio* — grãozinhos amorfos; uma gota de ácido sobre o sedimento e observação de desprendimento gasoso é seguro indício da presença do carbonato, que raramente é encontrado na urina alcalina ao lado do fosfato.

*Colesterol* — placas incolores, com cantos quebrados. Geralmente encontrada em urinas ricas de gordura é facilmente reconhecível pela coloração violeta que toma quando tratada por uma gota do soluto alcoólico de iodo e ácido sulfúrico (V/V).

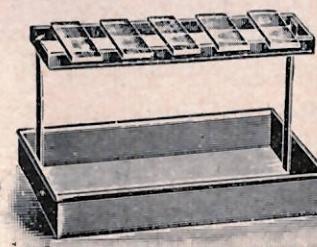
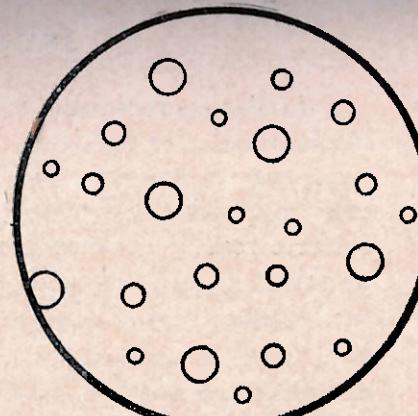
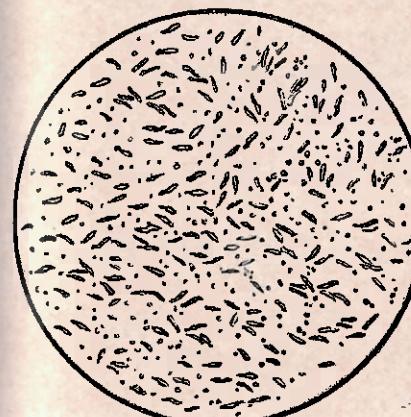
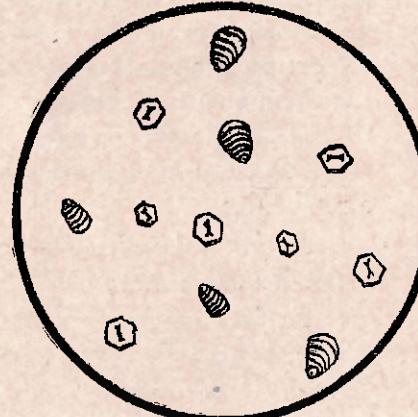
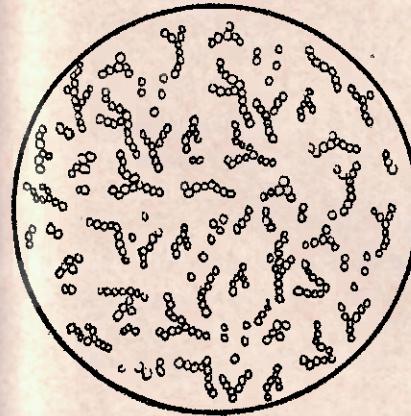


Fig. 2

Fig. 3  
Bolhas de arFig. 4  
Fermentação ureicaFig. 5  
Grãos de féculaFig. 6  
SacaromicesFig. 7  
Formas diversas de ácido úrico

*Cistina* — raramente aparece. Sua presença revela a existência de cálculos renais ou da bexiga. Sua verificação no sedimento ou na concreção urinária é assim efetuada: evaporar a amostra previamente tratada por gotas de ácido nítrico; dissolver o resíduo em amoníaco; evaporar o solvente e examinar ao microscópio: lâminas de seis faces.

*Fosfatos terrosos amorfos* — sob a denominação de fosfatos terrosos amorfos, são grupados: o fosfato neutro de cálcio, e a mistura de fosfatos de cálcio e de magnésio. Esta mistura é suscetível de confusão com os uratos ácidos; a diferença é feita pela junção de ácido acético. (V. figs. 8 a 11).

A fosfatúria terrosa é fisiológica no regime alimentar vegetariano e no uso continuado de bebidas alcalinas; e, patológica no diabete e em certos síndromes nervosas. São grãozinhos incolores ou granulações amorfas suscetíveis, também, de se confundirem com o carbonato.

O fosfato de magnésio, fortemente refratário à luz, raras vezes encontrado, apresenta-se como placas alongadas, grandes e rombóides.

*Fosfato bicálcico* — cristais incolores, agulhas afiladas, hasteadas ou rosetas;

*Fosfato amoníaco magnesiano* — cristais sob forma de caixão, prisma do sistema rombóide, às vezes, estrela e herva de feto. Geralmente encontrado nas urinas fermentadas ou alcalinas, ao lado de fosfatos amorfos. Os cálculos fosfatados são solúveis no ácido acético, sem efervescência.

*Leucina* — pequenitas bolas amarelo-escuras, brilho de madrepérola, em camadas sucessivas, radial ou concêntrica. Inexistentes na urina normal, é encontradiça ao lado da tirosina em certas afecções hepáticas, na varíola e na febre tifóide.

*Gordura e ácidos gordurosos* — a presença destes elementos na urina de pacientes atacados de diabetes, envenenados pelo fósforo, ou super-alimentados de lipídeos, é positivada por gotículas refratárias aos raios luminosos livres ou dispostas sob a forma de camadas sucessivas, que se coram de vermelho intenso pelo Sudan III. As urinas apresentam-se turvas; esta turbidez desaparece pela adição de eter sulfúrico. A presença de gordura indica uma *lipúria* ou uma *quilúria*.

A *lipúria*, raríssima entre nós, pode apresentar-se, nas regiões do sul, com ou sem albuminúria; a *quilúria*, emulsão protídica e lipídica, mais frequente nas regiões cálidas.

*Oxalato de cálcio* — pequenos octaedros quadrados, envelopes de carta, incolores ou coloridos de amarelo nas icterícias, refratários à luz. Encontrado nas urinas alcalina, ácida, neutra e anisóteras. Nas concreções urinárias, apresentam-se os cristais de oxalato como pirâmides duplas e octaedros afilados, com ângulos agudos, às vezes, sob a forma de alteres, biscoitos, esferóides ou ampuletas, mormente nos cálculos iniciais. É conveniente determinar-se quantitativamente a oxalúria, na qual costuma predominar o oxalato de potássio. As concreções oxálicas são insolúveis no ácido acético. No resíduo é que se procede, sobre as cinzas, a avaliação do cálcio pelo soluto titulado de oxalato de amônio. A oxalúria é notada no diabete, icterícia e distúrbios nervosos. (V. fig. 12).

*Sulfato de cálcio* — largos prismas incolores, delgados ou reunidos em rosetas. Frequentes nas urinas ácidas albumínicas (V. fig. 13).

*Tirosina* — fascículos agulhados.

*Uratos amorfos* — segundo a reação urinária podem ser encontrados uratos de potássio, de sódio ou de amônio.

*Urato de amônio* — pequenas esferas, opacas no centro, tendo a forma clássica dos frutos de estramôneo. Comumente na urina alcalina como produto de decomposição e raramente nas urinas, neutra ou ácida. (V. fig. 14).

*Uratos de sódio e potássio* — pequenas granulações amorfas ligeiramente amareladas, caracterizam o urato de potássio; sob a forma de feixes incolores ou granulações cristalinas, o urato de sódio. Facilmente encontrado nas urinas ácidas de densidade elevada. (V. fig. 15).

*Xantina* — cristais sob a forma de pedra de amolar.

III — CARACTERIZAÇÃO DOS ELEMENTOS ORGANIZADOS.

No microscópio verificar:

*Células epiteliais* — chapas cilíndricas ou caudais, arredondadas, quase sempre. As células epiteliais da bexiga, de contornos irregulares, nucleares grandes, grupadas em placas de descamação epitelial. Facil de confusão com células vaginais

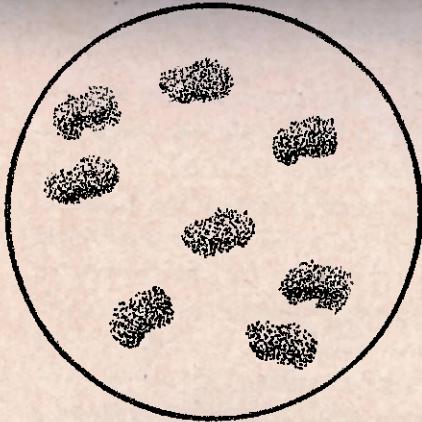


Fig. 8  
Fosfato de cálcio, amorfó

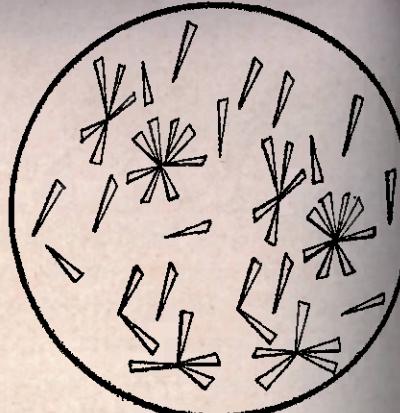


Fig. 9  
Fosfato de cálcio, cristalizado

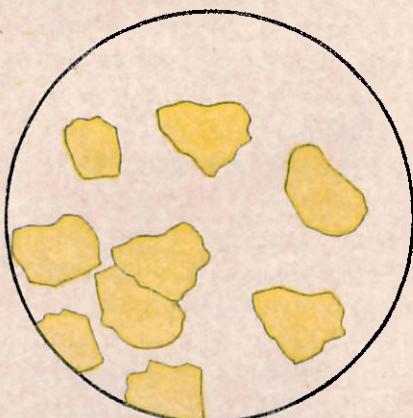


Fig. 10  
Fosfato de magnésio

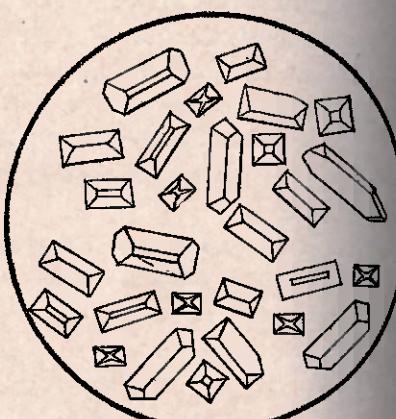


Fig. 11  
Fosfato amoníaco magnesiano

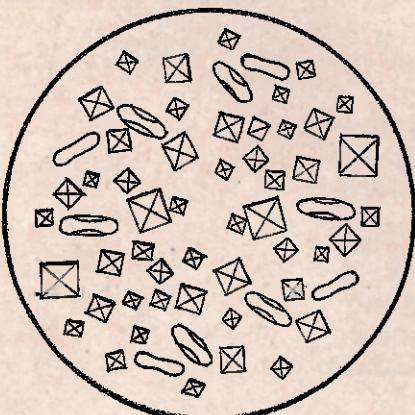


Fig. 12  
Oxalato de cálcio

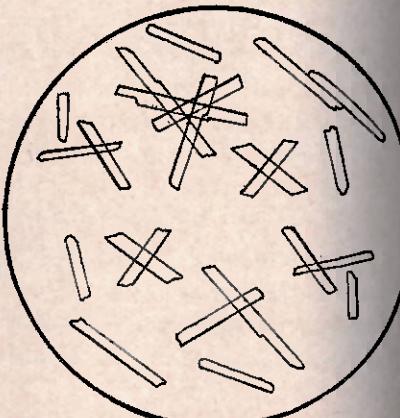


Fig. 13  
Sulfato de cálcio

e uretrais pela forma e tamanho, todas elas pavimentosas. As células epiteliais dos ureteres são arredondadas, de contorno regular, de núcleo fortemente colorível, maiores que as dos tubos coletivos, o que facilita sua diferenciação. As células epiteliais renais são alongadas, arredondadas no extremo, local em que se encontra o núcleo; às vezes, são encontradas células cilíndricas de grande núcleo central ou células fusiformes, caracterizando as primeiras camadas profundas e as segundas camadas médias. (V. figs. 16 a 20).

*Cilindros* — a pesquisa da cilindrúria é feita na 2.ª lâmina, preparada segundo a técnica já descrita. O aparecimento de cilindros na urina não está condicionado a um estado patológico; indivíduos clinicamente saudáveis podem ser portadores de cilindros urinários, sendo preciso, no entanto, assinalar que qualquer perturbação renal, estado nervoso e excesso físico podem ser causas de formações cilindrúricas. (V. figs. 21 a 25).

*Cilindros celulares* — são os constituídos de células epiteliais, sangue, pus, gordura e fibrina.

*Cilindros coloidais* — apresentam-se com bordos muito refringentes e facilmente reconhecíveis, por isto.

*Cilindros cerosos* — apresentam-se mais largos que os hialinos, de contorno mais nítido, fortemente refratários à luz, às vezes, de aspecto inchado, incolores ou amarelados, nas urinárias ricas de pigmentos.

Estes cilindros reclamam a atenção do clínico.

*Cilindros epiteliais* — são o resultado do agrupamento de células epiteliais pavimentosas, quase sempre, nas albiminúrias crônicas. (V. fig. 21).

*Cilindros granulosos* — são o resultado da constituição de finas granulações graxas, de mais fácil precepção que os hialinos; podem apresentar-se parcial ou inteiramente granulados; são granulações protídicas originárias dos epitélios renais, detritos epiteliais e uratos. (V. figs. 22 a 23).

Encontradiços no mal de Bright. Podem ser caracterizados como aglomerados de glóbulos vermelhos ou brancos, degenerados, colorindo-se de amarelo pelo soluto de Lugol, notando-se nas granulações uma tonalidade mais pronunciada.

*Cilindros hialinos* — são constituídos por matéria protídica de conteúdo homogêneo e transparente, de contorno definido e

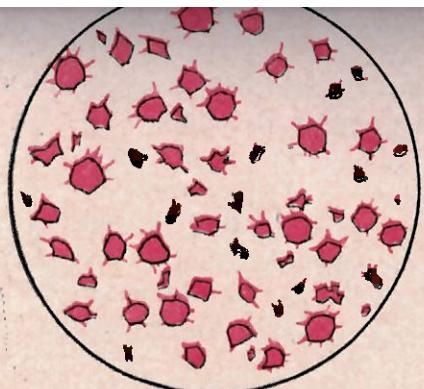


Fig. 14  
Urato de amoneo

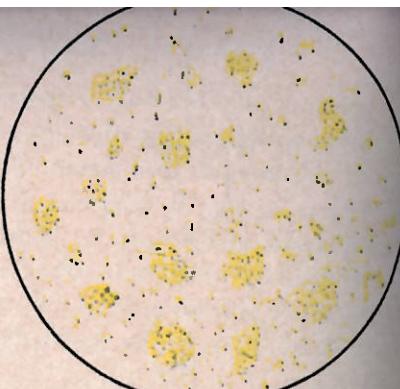


Fig. 15  
Urato de sódio, amorfo

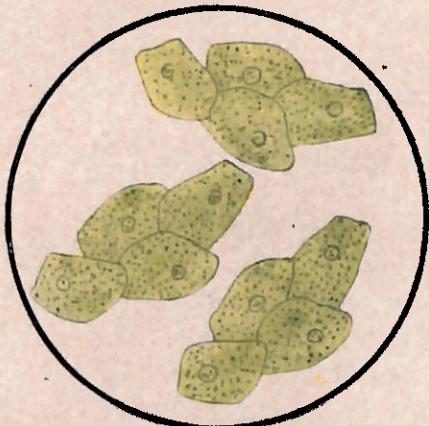


Fig. 16  
Células epiteliais da bexiga

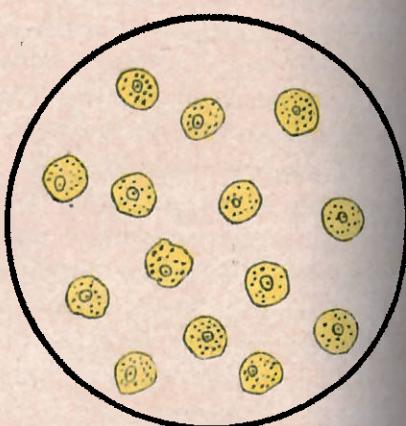


Fig. 17  
Células epiteliais dos ureteres

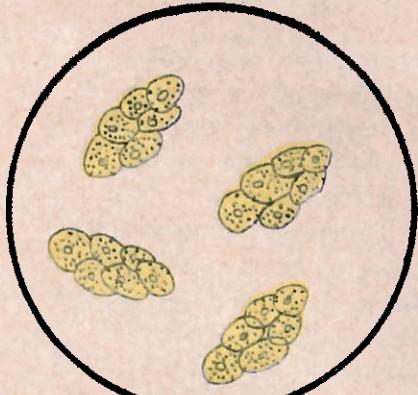


Fig. 18  
Células dos ureteres (em conjunto).



Fig. 19  
Células epiteliais de bexiga

extremos arredondados; sua observação deve ser feita ao microscópio com diafragma fechado; colorem-se de amarelo nas urinas ictéricas. São encontrados, comumente, na nefrite albuminúrica. (V. fig. 24).

*Cilindros hedmáticos* — resultam do conglomerado dos glóbulos vermelhos.

*Pseudos-cilindros* — nas urinas fermentadas são observados conglomerados de bactérias e uratos, formando os pseudos-cilindros e, como tais, podiam ser considerados os *cilindróides* e *filamentos uretrais*. (V. fig. 25).

Não só a prática conduz ao reconhecimento dos pseudos-cilindros, mas também a sua diferença pelo aquecimento (dissolução dos uratos) e coloração das bactérias (corante adequado). Os cilindros granulosos, mais fáceis de se confundirem com os pseudos-cilindros, são solúveis na potassa cáustica, ao passo que êstes não o são. Os *cilindróides* são passíveis de confusão com os cilindros hialinos, por técnicos menos experimentados, apesar de se apresentarem mais compridos e menos largos que os hialinos; os *cilindróides* são fitas incolores e acumulações mucilaginosas. Os filamentos uretrais compõem-se de: mucilagina, células epiteliais, pus e, às vezes, espermatozoides.

*Detritos celulares* — Os detritos celulares resultam da superposição das células epiteliais renais. São esferas pequeninas, incolores, livres ou em montes; presentes nas albuminúricas.

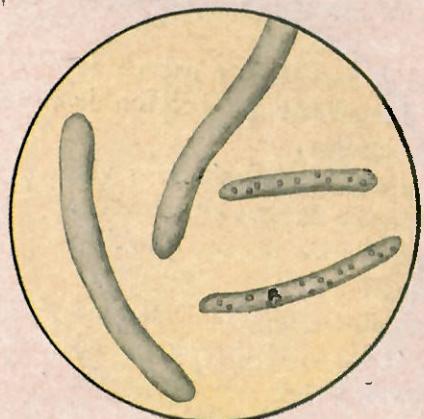
*Espermatozoides* — encontrados na urina do homem, ou da mulher, emitida, neste último caso, após o coito, e no primeiro nas espermatorréias. Apresentam-se sob a forma de pera com pescoco e cauda comprida e delgada, de movimentos ondeados. (V. fig. 26).

Colore-se com fucsina fenicada e azul de metileno: a cabeça de azul e a cauda de vermelho claro. Mencionar no boletim de análise somente no caso de solicitação clínica.

*Mucilagem* — Apresenta-se com aspecto gelatinoso e viscoso, notadamente na cistite, ou sob a forma de fitas cilindróides.

*Sangue* — Observar o sangue pelas suas reações químicas ou verificar ao microscópio: (v. figs. 27 a 29).

*Hematias* — discos redondos, circulares, ligeiramente amarelados com uns discoides no centro. O seu aparecimento patológico origina-se de hemorragias uretrais, renais, de bexiga etc.

Fig. 20  
Células renaisFig. 21  
Cilindros epiteliaisFig. 22  
Cilindros granulososFig. 23  
Cilindros granulososFig. 24  
Cilindros hialinosFig. 25  
Falso cilindro por aglomeração bacteriana.

Com a fibrina coagulada constitue cilindros hematúricos ou sombreados. Na *hematúria* são encontrados glóbulos vermelhos não destruídos e na *hemoglobinúria* êles se acham destruídos, revelada pela espectrografia ou química clínica;

*Leucócitos* — formações granulosas, redondas, incolores, de tamanhos diversos, refratários à luz. Na urina alcalina a granulação não é perceptível, visto transformar-se em tumefação. O aglomerado de leucócitos, protoplasma granuloso, consubstancia a presença de pus. Enquanto que as hematias são encontradas na urina patológica, os leucócitos, em número diminuto, comumente são achados. Na pesquisa de sangue de urina de mulher anotar-se o período menstrual.

#### IV — MICROSCOPIA CORADA.

A pesquisa de bactérias comuns, patogênicas ou não, inclue neste parágrafo.

As bactérias não patológicas mais comuns são o *bacterium* e o *micrococcus urae*. A primeira tem a forma de bastonetes e a última apresenta-se como cocos redondos, de tamanho médio, em pequenos grupos, dotados ambos de movimentos perceptíveis. Outras, como sacaromices, sarcinas etc., podem ser encontradas.

Para a pesquisa de bacilos e cocos patogênicos utilizar a 4.<sup>a</sup> lâmina.

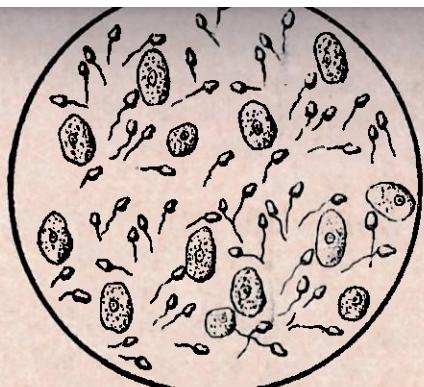
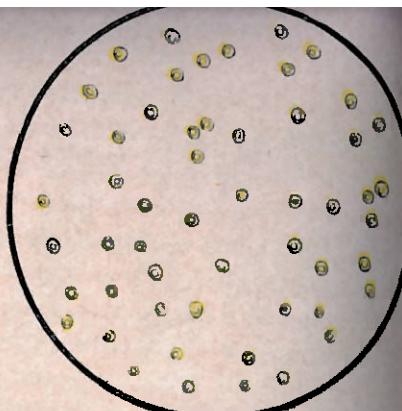
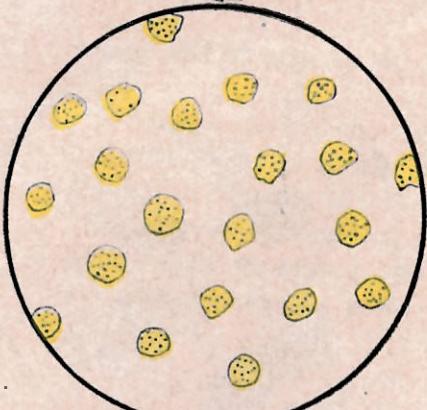
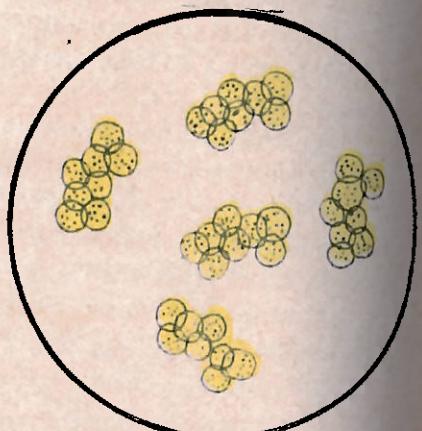
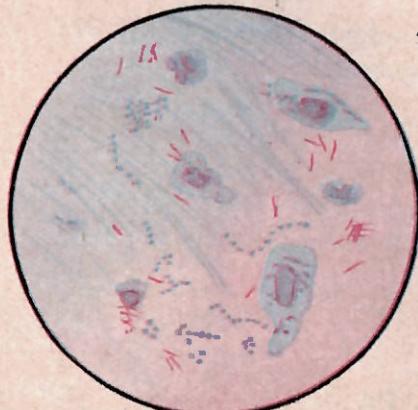
*Métodos de coloração:* (v. fig. 30).

#### I — PARA A PESQUISA DE BACILOS ALCOOL-ÁCIDO RESISTENTES:

Tomar a 4.<sup>a</sup> lâmina, colocá-la na placa de Malasséss e operar da seguinte maneira:

1. Cobrir o esfregaço, por 15 minutos, com o soluto de fucsina de Ziehl, mantendo a placa aquecida, evitando que o corante ferva ou seque;
2. Descorar o esfregaço com soluto aquoso de ácido nítrico ao terço, isento de ácido nitroso, durante dois segundos;
3. Descorar com álcool absoluto por dois segundos;
4. Recolorir com o soluto de metilêno-fenicado por três segundos;
5. Secar;
6. Examinar sob imersão.

#### II — MÉTODO DE GRAM: (V. fig. 31).

Fig. 26  
EspermatozoidesFig. 27  
HemaciasFig. 28  
LeucócitosFig. 29  
Leucócitos vistos em conjuntoFig. 30  
Bacilos de Koch (coloração Ziehl  
Nielsen).Fig. 31  
Diplococcus de Neisser (coloração  
gram).Operar sobre a 4.<sup>a</sup> lâmina:

1. Cobrir o esfregaço, por 40 segundos, com o soluto de violeta de genciana;
2. Recobrir, por 10 segundos, com o soluto de Lugol;
3. Lavar a lâmina, por cinco segundos com álcool absoluto e, em seguida, com água distilada;
4. Corar, por dois segundos, com o soluto de fucsina para Gram;
5. Lavar em água distilada;
6. Secar;
7. Examinar sob imersão.

*Soluto de fucsina de Ziehl*

Fucsina básica de Merch . . . . .	1,0 g.
Água distilada . . . . .	50 cm <sup>3</sup>
dissolver e juntar:	
Fenol . . . . .	5,0 g.
e completar:	
Glicerina . . . . .	100 cm <sup>3</sup>

Reposar por 24 horas, filtrar e completar com glicerina 100 cm<sup>3</sup>.

*Soluto metilênio-fenicado*

Azul de metilênio . . . . .	2,0 g.
Álcool absoluto . . . . .	10 cm <sup>3</sup>
Fenol . . . . .	2 cm <sup>3</sup>
Água distilada . . . . .	100 cm <sup>3</sup>

## F.S.A.

*Soluto de violeta de genciana*

Violeta de genciana . . . . .	1,0 g.
Álcool absoluto . . . . .	10 cm <sup>3</sup>
dissolver e juntar:	
Fenol . . . . .	1 cm <sup>3</sup>
Completar . . . . .	100 cm <sup>3</sup>

com água bidistilada.

*Soluto de Lugol*

Iodeto de potássio . . . . .	2,0
Iodo . . . . .	1,0
Água distilada . . . . .	100 cm <sup>3</sup>

V — O EXAME DAS CONCREÇÕES URINÁRIAS. — A determinação qualitativa e quantitativa das concreções urinárias, por nos já cuidada e melhor estudada e sistematizada neste Gabinete, pelo nosso colega Olinto Pilar (*Anais do H.C.E.*, n. 5), é, também, um capítulo do exame do sedimento urinário, em casos especiais.

A determinação da densidade do sedimento ou da concreção é feita segundo a técnica descrita por Mihaeloff, no tomo XIX, 11, de 1937, do *Bull. de la Soc. Chim. Biol.*

Segundo este autor, a densidade das concreções urinárias está em relação com sua constituição química, assim, os cálculos de cistina, oxálicos, úricos e fosfáticos, apresentam, respectivamente, médias de 1,0631, de 2,037, de 1,741 e de 1,771.

A técnica seguida é a de, após dessecar o cálculo, determinar sua densidade em relação ao álcool absoluto, segundo a fórmula:

$$D = \frac{p}{V - V'} \cdot d, \text{ onde:}$$

p — o peso absoluto da concreção;

V — o peso de 10 cm<sup>3</sup> de álcool absoluto, no picnômetro;

V' — o peso do mesmo líquido com o pó do cálculo.

Assim exposto, o exame do sedimento urinário, no Gabinete de Pesquisas Clínicas do H.C.E. fica sistematizado.

Os casos particularíssimos são deixados à discreção, bom senso e cultura do analista.

## BIBLIOGRAFIA

*Livros:*

Fiessinger, Olivier et Herbain — Les diagnostics biologiques.

Gonzalez Torres — Técnica de Laboratório.

Lenhartz e Meyer — Análises Clínicos.

Kolmer et Boener (trad.) — Técnica de Laboratório.

Lesieur e Favre — Précis de microscopie clinique.

Agasse Lafont — Les applications pratiques du laboratoire à la clinique.

Tiburcio Padilha — Rim, Baço e Sangue.

G. Vilela — Bioquímica do sangue.

Rieux — Hematologie clinique.

Rondoni — Bioquímica.

Marenzi e Delofeu — Química Biológica.

Ronchese — Guide pratique pour analyse des urines.

Maestre Ibañes — Treinta lecciones de analises clínicos.

Gradworth e Blaivas — The never methods of Blood and urine chemistry.

Durup — Micrométodos e semimicrométodos.

Hugel, Delater e Loeller — Comment interpréter en clinique les réponses du laboratoire ?

Guia de trabajos prácticos de química biológica — Instituto de Fisiología de Buenos Aires.

Heraldo Maciel — Noções clínicas de Laboratório.

Rodolfo Santos — Como fazer laboratório.

Ubeda — Química Biológica.

*Revistas*

J. Biol Chem.; C. R. Soc. Biol; Chem. Abstrats; Bull Soc. Chim. Biol; Anais Farm. e Bioq. Arg.; Journ. of the Am. Pham. Assoc.; Imprensa médica; Arquivos do Laboratório Paulistas Biologia; Brasil Médico; O Hospital; Rev. de Química e Farmácia; Rev. da Soc. Bras. de Química; Anais do III Congresso Brasileiro de Farmácia e Revista da Associação Brasileira de Farmacêuticos.

---

**INDOXILÓRIA E INDOXINEMIA**

PAULO DA MOTA LYRA  
2.º Tenente farmacêutico,  
auxiliar do Laboratório de  
Pesquisas Clínicas.  
Do Serviço Farmacêutico.

A urina normal contém, em quantidade mínima, sob a forma de ácido indoxil sulfúrico e glicurônico, o indoxil, impropriamente chamado *Indican*.

Produto originário da oxidação do *Indol*, reabsorvido na mucosa intestinal, é, por consequência, o resultado da ação dos sucos pancreático e intestinal ou, com mais certeza, das enzimas de certas bactérias da putrefação sobre os protídeos. A formação dos ácidos processada no fígado tem sua eliminação urinária sob a forma de sais de potássio e sódio.

Qualquer dosagem urinária dêste elemento exige prévio conhecimento do regime alimentar, porque, geralmente, suas variações são atribuídas aos alimentos ricos em protídeos, notando-se seu aumento nas afecções gastro-intestinais, insuficiência hepática, infecções colíticas etc.

Sua avaliação quantitativa baseia-se nas reações de Waillard e Jolles, isto é, na sua transformação de compostos do tipo do Índigo, de fácil reconhecimento, dando em ambas colorações nítidas.

*Preparo da amostra* — Recolher a urina e operar imediatamente, não sendo possível conservá-la pelo toluol. Defecá-la pelo Reativo de Courtone, na proporção de 10%; anotar a diluição empregada.

*Reação de Waillard* (1) — Tomar 10 cm<sup>3</sup>. da urina preparada num tubo de vidro, adicionar volume idêntico de ácido clorídrico concentrado e aquecer em banho mariano; esfriar, adicionar 1 cm<sup>3</sup>. de soluto de tiossulfato de sódio a 10%; ajudar 5 cm<sup>3</sup>. de clorofórmio e 2 gotas de água oxigenada; agitar fortemente e observar clorofórmica, que se decanta para o doseamento.

*Reação de Jolles* (2) — Tomar numa empôla de decantação de capacidade de 25 cm<sup>3</sup>., 10 cm<sup>3</sup>. de urina preparada (10 cm<sup>3</sup>.) e ajudar 1 cm<sup>3</sup>. de soluto alcoólico de ácido tímico a 5%; agitar bem; adicionar 10 cm<sup>3</sup>. de ácido clorídrico concentrado-férrico (contendo 0,5% de cloreto férrico); agitar posteriormente; aquecer ligeiramente; repousar por 15 minutos; ajudar 10 cm<sup>3</sup>. de clorofórmio; agitar, observar a camada clorofórmica e decantá-la para o doseamento. Para este caso convém efetuar a extração em quatro vezes.

*Doseamento* — Técnica de Monias-Schapiro, modificada. (3) O princípio do método baseia-se na reação de Jolles e formação do 4 — timol — 2 — indolignoma, produto de con-

densação do Indoxil e Timol, de cor violeta e solúvel no clorofórmio. Sua avaliação é feita em relação ao soluto-tipo de Índican.

#### *Reativos:*

- 1) — Reativo de Courtone;
- 2) — Soluto alcoólico de ácido tímico a 5%;
- 3) — Soluto clorídrico de cloreto férrico:  
Cloreto férrico 0,5 g;  
Ácido clorídrico (D = 1,19) 100 cm<sup>3</sup>;
- 4) — Soluto aquoso de índican a 0,01%;
- 5) — Clorofórmio.

*Método operatório* — Recolher na cuba "D" do colorímetro as camadas clorofórmicas da reação de Jolles, já descrita, e examinar em seguida, comparando com a cuba testemunha, que contém o soluto padrão de Índican tratado nas mesmas condições, e no mesmo volume; sendo a tomada do padrão 0,5 cm<sup>3</sup>., devendo em certos casos ser de 0,1 cm<sup>3</sup>. Na falta do padrão de índican, utiiza-se o soluto de sulfato de cobalto a 0,7%.

#### *Cálculo:*

$$\frac{T}{D} \times 0,05 \times 100 \text{ (miligramas de Indoxil por 1000 cm}^3 \text{ de urina).}$$

A técnica de Monias e Schapiro, ligeiramente adaptada, tem sido, com êxito, empregada no Instituto de Fisiologia de Buenos Aires, para a indicanemia, sendo a defecação do plasma efetuada pelo ácido tricloroacético a 10%. Aplicando-a dentro das nossas experiências e no serviço de rotina, imprimindo-lhe a orientação técnica do nosso Gabinete, segundo as normas esta-

belecidas por Majella Bijos, pudemos averiguar que normalmente são encontrados os seguintes valores normais:

Indoxil urinário por mil: 1 a 2 mg.  
Indoxil sanguíneo por mil: 0,5 a 1 mg.

### BIBLIOGRAFIA

- 1) Treinta Lociones de Analises Clinicas.
- 2) Leit Phys. Chem. 1915, 94, 79.
- 3) An. cl. Intern. Med. 1930, 45, 573.

### Farmácia

### A CONFECÇÃO DE PRODUTOS OFICINAIS

RUBENS ANTUNES LEITÃO  
1.º Ten. farm., chefe da Secção  
de Produtos Oficinais,  
Professor da Escola de Intendência  
do Exército.

A Secção de Produtos Oficiais do Hospital Central do Exército, além de atender à fabricação dos preparados oficiais consumidos nas diferentes enfermarias, tem o seu almoxirifado, no qual são previstas as necessidades do Serviço Farmacêutico, de modo a que as clínicas do Hospital sempre encontrem na Farmácia os elementos necessários para melhor cuidado e tratamento de seus doentes.

Bem grande é o movimento desta Secção, o que se infere das cifras de alguns preparados aqui fabricados, sempre, felizmente, bem aceitos, dada a rigorosa execução da técnica.

De modo destacado referimos aos comprimidos que no ano passado foram preparados em número de 179.000. E' de notar que de sulfanilamida, tão sómente, foram obtidos 92.000.

No final deste simples esboço do que é feito nesta depen-

dência do Serviço Farmacêutico damos uma relação de alguns produtos oficinais, os de maior consumo.

Este nosocômio adquire no comércio peças de gaze de 100 e 300 jardas e a nossa Secção as divide em pequenas peças de um e de cinco metros. Destarte, com real economia, foram obtidos no ano ora findo:

- 15.400 peças de 5 metros de ataduras
- 19.000 peças de 1 metro de gaze hidrófila.

O *Inseticida H. C. E.* tem boa aceitação pelas enfermarias, sendo que nesta fórmula utilizamos o timbó. Foram preparados 936.700 gramas, deste preparado o que confirma sua justa preferência.

Possuindo a Secção máquina de preparação de magnésia fluida, foram obtidos 1.800 vidros para nosso consumo.

A solução milesimal de adrenalina, o óleo vitaminado, a pomada vitaminada, a pomada de sulfanilamida, o aniodol interno (fórmula análoga), o sabonete de côco, o elixir dentífrico e tantos outros preparados concorrem igualmente para a notável economia que o Serviço Farmacêutico apresenta e cujo esmero de confecção atesta o alto critério profissional, por que são eles feitos. Assim, em o último relatório anual foi apresentada economia de Cr\$ 400.000,00, para cuja cifra muito contribuiu a Secção de Produtos Oficinais.

Em revistas científicas procuramos obter novos conhecimentos, para que, introduzidos no Hospital Central, venham a ter aceitação plena é assim posamos atingir o nosso objetivo — a elevação da Farmácia, do Quadro de farmacêuticos militares.

Eis a relação a que aludimos no início, a prova do esforço da Secção em um ano de trabalho:

Extractos fluidos	40.700,0
Pomadas	58.500,0
Pomada de Sulfanilamida, bisnagas	1.362
Pomada vitaminada, bisnagas	825
Tinturas	143.800,0
Xarope Desessartz, vidros	2.048
Xarope Tiocol composto, vidros	2.535
Xarope diversos, vidros	755

## Estatística

### ESTATÍSTICA NOSOLÓGICA REFERENTE A 1942

Não houve modificação apreciável na série de mapas e gráficos referentes ao movimento hospitalar, que costumamos apresentar anualmente.

No Quadro N.º 4, os saídos "curados", "transferidos" e "por outras causas" foram englobados na rubrica geral de "recuperados". Essa modificação sugerida pelo Sr. Cel. Diretor do H.C.E. tem a vantagem de exprimir com mais exatidão o esforço despendido por este nosocômio.

De fato, nas altas "por outras causas" incluem-se os pacientes clinicamente curados, melhorados, evadidos, incapazes temporariamente, os que não precisam de hospitalização e os que tem alta por ordem superior. Quase todos retornam à vida ativa da caserna.

A percentagem de recuperados atingiu a 88,65 contra 89,29 no ano anterior. Em compensação, houve apenas 0,95% de mortos, contra 1,06%, em 1941. Os incapazes subiram de 2,68%, em 1941, a 3,52% em 1942. A convocação de reservistas pôs em evidência numerosos reservistas de segunda categoria incapazes, que de outro modo não teriam sobrecarregado essa coluna.

## QUADRO N. 1

Movimento geral de entradas e saídas de doentes durante o ano de 1942

Serviço de Estatística

ANAIS DO H. C. E.

	ENTRADOS		SAÍDOS		DOS TRANSFERIDOS		Soma
	Existiam	Entraram	Existiam	Entraram	Existiam	Entraram	
Janeiro.....	806	1188	—	978	48	39	8
Fevereiro.....	831	—	816	29	47	1	3
Março.....	1027	—	980	32	33	2	11
Abril.....	659	—	596	22	29	3	7
Maio.....	580	8	413	25	18	3	8
Junho.....	—	763	3	696	17	42	6
Julho.....	—	769	6	646	36	20	3
Agosto.....	—	662	4	382	39	13	2
Setembro.....	—	699	4	659	15	28	3
Outubro.....	—	767	—	586	28	29	—
Novembro.....	—	586	—	424	13	20	2
Dezembro.....	—	498	—	412	14	29	3
<i>Soma</i> .....	806	9029	25	7589	318	347	28
					94	25	781
						165	678
						147	147
						2	2
						4	4
							318

ANAIS DO H. C. E.

## QUADRO N. 2

Mapa geral do movimento de doentes, por grupos nosológicos, em 1942

Número do grupo	Movimento de doentes						Obs.
	Existiam	Entrados	Curados	Transferidos	Incapazes	Mortos	
Grupo I.....	370	4375	4327	260	68	44	236
Grupo II.....	2	9	2	—	1	3	4
Grupo III.....	—	22	5	—	4	2	2
Grupo IV.....	28	331	237	3	15	14	30
Grupo V.....	57	849	757	12	9	4	65
Grupo VI.....	46	382	306	35	22	6	27
Grupo VII.....	16	276	244	—	4	32	12
Grupo VIII.....	13	133	114	—	6	32	15
Grupo IX.....	6	86	61	—	14	10	6
Grupo X.....	52	464	440	1	10	2	39
Grupo XI.....	9	227	177	1	2	2	26
Grupo XII.....	46	272	41	2	134	9	105
Grupo XIII.....	4	138	117	1	5	14	5
Grupo XIV.....	2	15	3	—	6	6	2
Grupo XV.....	53	867	718	3	45	7	57
Grupo XVI.....	1	52	38	—	1	12	2
Grupo XVII.....	100	156	1	—	1	131	123
Grupo XVIII.....	1	—	1	—	—	—	—
<i>Soma</i> .....	806	9054	7589	318	347	94	834
							678

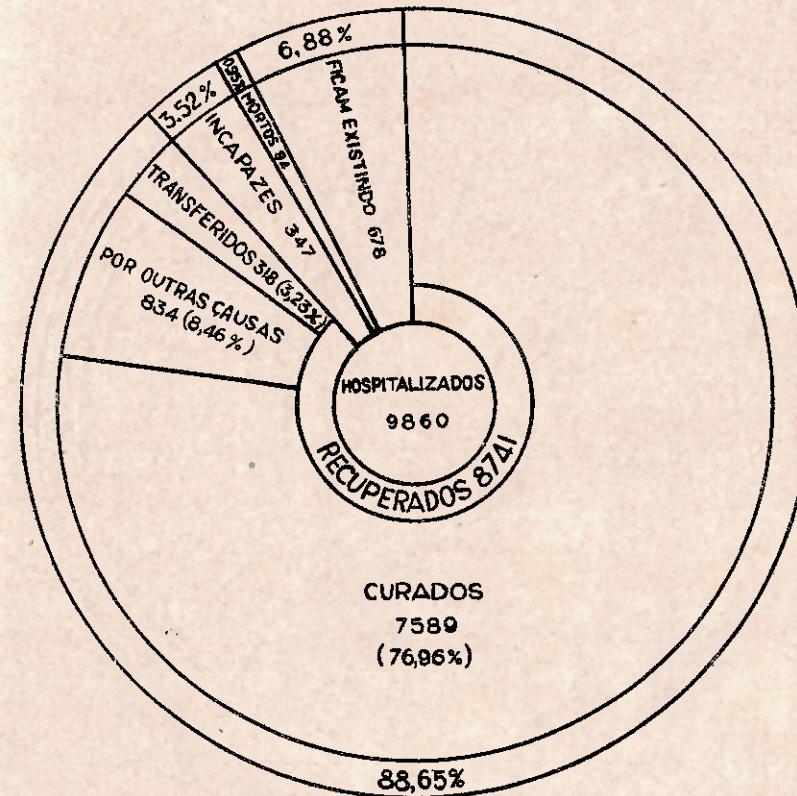
QUADRO N.º 3  
Movimento geral de doentes em 1942, por grupos da N.N.G.E.

Números proporcionais

GRUPOS DA N.N.G.E.		Por 100 doentes hospitalizados						
		Cura-dos	Trans-feridos	Inca-pazos	Mor-tos	Por outras causas	Fica-ram exis-tindo	Soma
Grupo I	— Doenças infect., toxi-infectuosas e parasitárias	43,88	2,64	0,69	0,45	2,13	2,40	52,19
Grupo II	— Tumores.....	0,02	—	0,01	0,03	0,01	0,04	0,11
Grupo III	— Perturbações do desenvolvimento geral; distrofias; perturbações das trocas nutritivas; doenças de carência.....	0,05	—	0,04	0,02	0,10	0,02	0,23
Grupo IV	— Doenças e afecções do aparelho circulatório, do sangue, dos órg. hematopoiéticos e do sist. linf.	2,40	0,03	0,15	0,14	0,61	0,30	3,63
Grupo V	— Doenças e afecções do aparelho digestivo, suas glândulas anexas e do peritônio.....	7,69	0,12	0,09	0,04	0,60	0,65	9,19
Grupo VI	— Doenças e afecções dos órgãos respiratórios e do mediastino.....	3,10	0,35	0,22	0,06	0,32	0,29	4,34
Grupo VII	— Doenças e afecções do rino-faringe.....	2,47	—	0,04	—	0,32	0,12	2,95
Grupo VIII	— Doenças dos olhos.....	1,16	—	0,06	—	0,11	0,15	1,48
Grupo IX	— Doenças dos ouvidos.....	0,62	—	0,14	0,01	0,10	0,06	0,93
Grupo X	— Doença da pele e de seus anexos (glandulas e pêlos) e do tecido celular sub-cutâneo.....	4,47	0,01	0,10	0,02	0,24	0,40	5,24
Grupo XI	— Doenças do aparelho gênito-urinário.....	1,79	0,01	0,02	0,02	0,29	0,26	2,39
Grupo XII	— Doenças do sistema nervoso.....	0,42	0,02	1,36	0,09	1,06	0,28	3,23
Grupo XIII	— Doenças do aparelho locomotor.....	1,19	0,01	0,05	—	0,14	0,05	1,44
Grupo XIV	— Deformações congênitas ou adquiridas.....	0,03	—	0,06	—	0,07	0,02	0,18
Grupo XV	— Lesões traumáticas.....	7,28	0,03	0,47	0,07	0,91	0,58	9,34
Grupo XVI	— Acidentes diversos, intoxicações e envenenamentos.....	0,38	—	0,01	—	0,12	0,02	0,53
Grupo XVII	— Doenças especiais.....	0,01	—	0,01	—	1,33	1,24	2,59
Grupo XVIII	— Suicídios e homicídios.....	0,01	—	—	—	—	0,01	0,01
Soma	.....	76,97	3,22	3,52	0,95	8,46	6,88	100,00

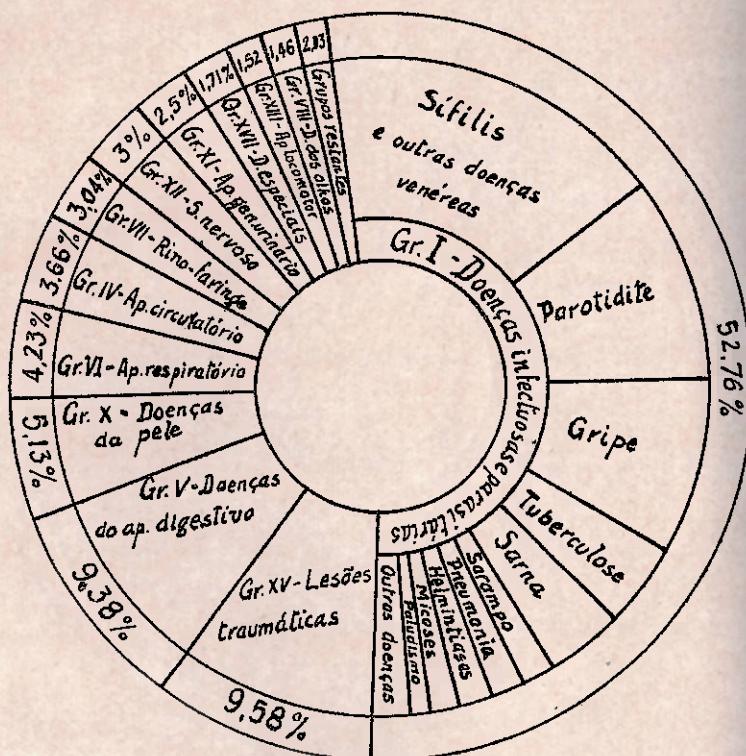
QUADRO N.º 4

Gráfico do movimento geral do H.C.E. em 1942, com números absolutos e proporcionais a 100 doentes hospitalizados.



QUADRO N.º 5

Gráfico da morbidade, por grupos nosológicos, segundo a ordem decrescente das baixas ocorridas em 1942, com a discriminação das mais frequentes doenças do Grupo I.



QUADRO N.º 6

Mapa da mortalidade, por mês e por moléstia, durante o ano de 1942

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 1º Gr.
Meningite cérebro-espinal por outros germens.....	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	3 »
Febre tifóide em indivíduos vacinados.....	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 »
Febre tifóide em indivíduos não vacinados.....	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1 »
Disenteria amebiana sem complicações.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	»
Estafilococcia, forma septicêmica.....	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2 »
Pneumonia aguda.....	2	1	1	2	-	-	1	2	-	-	-	-	9 »
Outras septicemias.....	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1 »
Tuberculose pulmonar.....	1	1	1	2	2	3	2	2	2	1	1	2	20 »
Tuberculose peritoneal.....	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1 »
Tuberculose em outras localizações.....	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 »
Sífilis nervosa.....	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 »
Miases (todas as localizações).....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	»
Tumores malignos.....	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	3 »
Diabete glicosúrico.....	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2 »
Pericardite aguda.....	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1 »
Endocardite crônica.....	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2 »
Doenças e afecções do miocárdio.....	1	1	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	5 »
Arterite crônica (artérioesclerose).....	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3	»
Aneurisma arterial.....	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1 »
Aneurisma artério-venoso.....	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1 »
Linfangite aguda.....	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1 »
Oclusão intestinal e suas complicações.....	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1 5º Gr.
Cirrose do fígado.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1 »

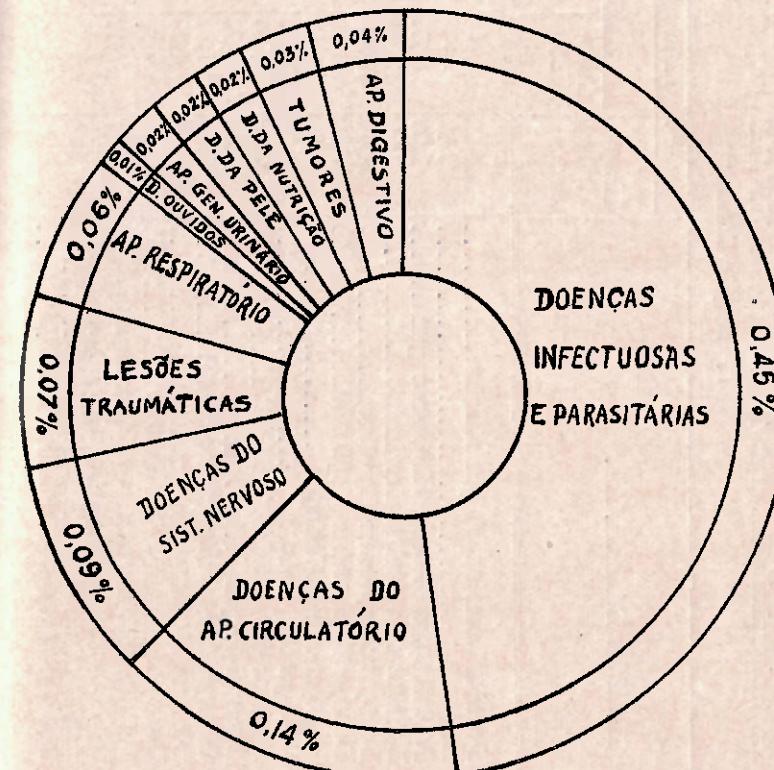
(Continua)

(Continuação)

NOME DA MOLÉSTIA	Número de mortos por mês												OBS.
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abri	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Colecistites e angiocolites.	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Litíase biliar e cólica hepática.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Broncopneumonia.....	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
Edema agudo do pulmão.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	6º Gr.
Pleuriz purulento.....	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—
Pleuriz hemorrágico.....	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Otite aguda unilateral.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
Epitelioma cutâneo e dos orifícios mucosos.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	9º Gr.
Abcessos e flemões circunscritos do tecido celular sub-cutâneo.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	10º Gr.
Nefrites.....	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	10º Gr.
Estreitamento da uretra e complicações.....	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	11º Gr.
Congestão cerebral, hemorragia cerebral etc.....	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Mielite crônica.....	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Estados confusionais (psicose tóxica etc.).....	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Artérioesclerose cerebral	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Demência senil.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
Paralisia geral dos alienados.....	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Constituições psicopáticas.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—
Outras doenças da hipófise	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Fratura da base do crânio.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Lesões do encéfalo.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	15º Gr.
Comoção medular sem lesão aparente.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
Luxação da coluna vertebral e fratura.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Fratura dos ossos da perna	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	2	—
Epilepsia traumática.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
<i>Soma</i> .....	8	7	11	7	8	6	6	10	6	7	7	11	94

## QUADRO N.º 7

Gráfico da mortalidade por grupos nosológicos, sendo a percentagem por doentes hospitalizados = 0,95%.



QUADRO N.º 8

**QUADRO N.º 8**  
**Números proporcionais**  
**Movimento de doentes hospitalizados em 1940, por grupos da N.N.G.E., proporcionalmente ao efetivo médio da**  
**1.ª Região Militar**

GRUPOS DA N.N.G.E.	Hospitais-zados	Por 1.000 homens do efetivo médio				
		Cura-dos	Trans-feridos	Incar-pazes	Mortos	Por outras causas
Grupo I	Doenças infeciosas e parasitárias.....	384,06	347,96	9,66	4,13	3,46
Grupo II	Tumores.....	0,80	—	0,13	0,33	0,13
Grupo III	Perturbações do desenvolvimento geral.....	1,20	0,60	0,26	—	0,33
Grupo IV	Doenças do aparelho circulatório.....	37,00	30,40	0,33	0,60	1,26
Grupo V	Doenças do aparelho digestivo.....	68,46	61,81	0,93	0,66	1,00
Grupo VI	Doenças do aparelho respiratório.....	47,26	40,20	3,00	0,80	0,53
Grupo VII	Doenças do rino-faringe.....	25,26	24,20	—	0,06	—
Grupo VIII	Doenças dos olhos.....	15,93	11,86	—	1,33	—
Grupo IX	Doenças dos ouvidos.....	7,20	6,40	—	0,46	—
Grupo X	Doenças da pele.....	50,66	46,93	0,13	0,53	0,06
Grupo XI	Doenças do aparelho gênito-urinário.....	19,13	17,33	—	—	0,13
Grupo XII	Doenças do sistema nervoso.....	21,06	4,20	0,60	7,33	0,40
Grupo XIII	Doenças do aparelho locomotor.....	10,40	9,80	—	0,20	—
Grupo XIV	Deforrmações congénitas ou adquiridas.....	0,86	0,33	—	0,40	—
Grupo XV	Lesões traumáticas.....	89,73	79,46	0,13	2,46	0,33
Grupo XVI	Acidentes diversos.....	4,86	3,73	0,06	0,20	0,13
Grupo XVII	Doenças especiais.....	23,93	—	—	—	0,06
Grupo XVIII	Suicídios e homicídios.....	0,53	0,13	—	—	0,13

QUADRO N.º 9

Movimento de doentes hospitalizados em 1941, por grupo da N.N.G.E., proporcionalmente ao efetivo médio da 1.ª Região Militar

GRUPOS DA N.N.G.E.	S A I D O S					Por outras causas
	Hospitais-zados	Cura-dos	Trans-feridos	Inca-pazes	Mortos	
For 1,000 homens do envelhecer medio						
Grupo I	Doenças infectuosas e parasitárias.....	375,00	321,93	13,46	2,93	3,20
Grupo II	— Tumores.....	0,73	0,26	—	0,33	0,13
Grupo III	— Perturbações do desenvolvimento.....	1,33	0,80	2,66	0,13	0,80
Grupo IV	— Doenças do aparelho circulatório.....	30,66	23,86	0,20	0,93	1,00
Grupo V	— Doenças do aparelho digestivo.....	66,40	57,93	0,20	1,00	0,66
Grupo VI	— Doenças do aparelho respiratório.....	51,26	40,66	3,86	2,20	1,00
Grupo VII	— Doenças do rino-faringe.....	34,06	29,60	0,06	0,13	—
Grupo VIII	— Doenças dos olhos.....	14,80	10,80	—	0,86	—
Grupo IX	— Doenças dos ouvidos.....	8,26	6,86	—	0,66	0,06
Grupo X	— Doenças da pele.....	41,80	36,40	—	0,73	0,06
Grupo XI	— Doenças do aparelho gênito-urinário.....	16,33	13,80	—	0,13	0,40
Grupo XII	— Doenças do sistema nervoso.....	22,86	4,33	0,06	7,33	0,86
Grupo XIII	— Doenças do aparelho locomotor.....	11,20	9,66	0,06	0,66	—
Grupo XIV	— Deformações congênitas ou adquiridas.....	0,66	0,20	—	0,20	—
Grupo XV	— Lesões traumáticas.....	74,93	62,40	0,13	2,86	0,40
Grupo XVI	— Acidentes diversos.....	3,66	3,00	—	—	0,20
Grupo XVII	— Doenças especiais.....	16,93	—	0,06	—	—
Grupo XVIII	— Suicídios e homicídios.....	0,20	0,06	—	—	0,00

QUADRO N.º 10  
Movimento de doentes hospitalizados em 1942, por grupo da N.N.G.E., proporcionalmente ao efetivo médio da

Números proporcionais  
1.ª Região Militar

GRUPOS DA N.N.G.E.

		Por 1000 homens do efetivo médio					
		Hospitalizados	Curados	Transferidos	Incapazes	Mortos	Por outras causas
Grupo I	— Doenças infect., toxi-infectuosas e parasitárias	343,00	288,47	—	4,53	2,93	14,00
Grupo II	— Tumores.	0,73	0,13	—	0,07	0,20	0,07
Grupo III	— Perturbações do desenvolvimento geral; distrofias; perturbações das trocas nutritivas; doenças de carência.	1,47	0,33	—	0,27	0,13	0,60
Grupo IV	— Doenças e afecções do aparelho circulatório, do sangue, dos org. hematopoéticos do sistema linf.	23,93	15,80	0,20	1,00	0,93	4,00
Grupo V	— Doenças e afecções do aparelho digestivo, suas glândulas anexas e do peritônio.	0,40	50,47	0,80	0,60	0,28	3,93
Grupo VI	— Doenças e afecções dos órgãos respiratórios do mediastino.	28,53	20,40	2,33	1,46	0,40	2,13
Grupo VII	— Doenças e afecções do rino-faringe.	19,47	16,27	—	0,27	—	2,13
Grupo VIII	— Doenças dos olhos.	9,73	7,60	—	0,40	—	0,73
Grupo IX	— Doenças dos ouvidos.	6,13	4,07	—	0,93	0,07	0,67
Grupo X	— Doenças da pele e de seus anexos (glândulas e pêlos) e do tecido do celular sub-cutâneo.	34,40	29,33	0,07	0,67	0,13	1,60
Grupo XI	— Doenças do aparelho gênito-urinário.	15,73	11,80	0,07	0,13	0,13	1,88
Grupo XII	— Doenças do sistema nervoso.	21,20	2,73	0,13	8,93	0,60	7,00
Grupo XIII	— Doenças do aparelho locomotor.	9,48	7,80	0,07	0,33	—	0,93
Grupo XIV	— Deformações congênitas ou adquiridas.	1,13	0,20	—	0,40	—	0,40
Grupo XV	— Lesões traumáticas.	61,33	47,86	0,20	3,00	0,47	6,00
Grupo XVI	— Acidentes diversos, intoxicações e envenenamentos.	3,53	2,53	—	0,07	—	0,80
Grupo XVII	— Doenças especiais.	17,07	0,07	—	0,07	—	8,73
Grupo XVIII	— Suicídios e homicídios.	0,07	0,07	—	—	—	—

QUADRO N.º 11

Mapa comparativo dos doentes entrados em 1939, 1940, 1941 e 1942

ANAIS DO H. C. E.

ANO	Total Entrados	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV	GRUPO V	GRUPO VI	GRUPO VII	GRUPO VIII	GRUPO IX	GRUPO X	GRUPO XI	GRUPO XII	GRUPO XIII	GRUPO XIV	GRUPO XV	GRUPO XVI	GRUPO XVII	GRUPO XVIII
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	—

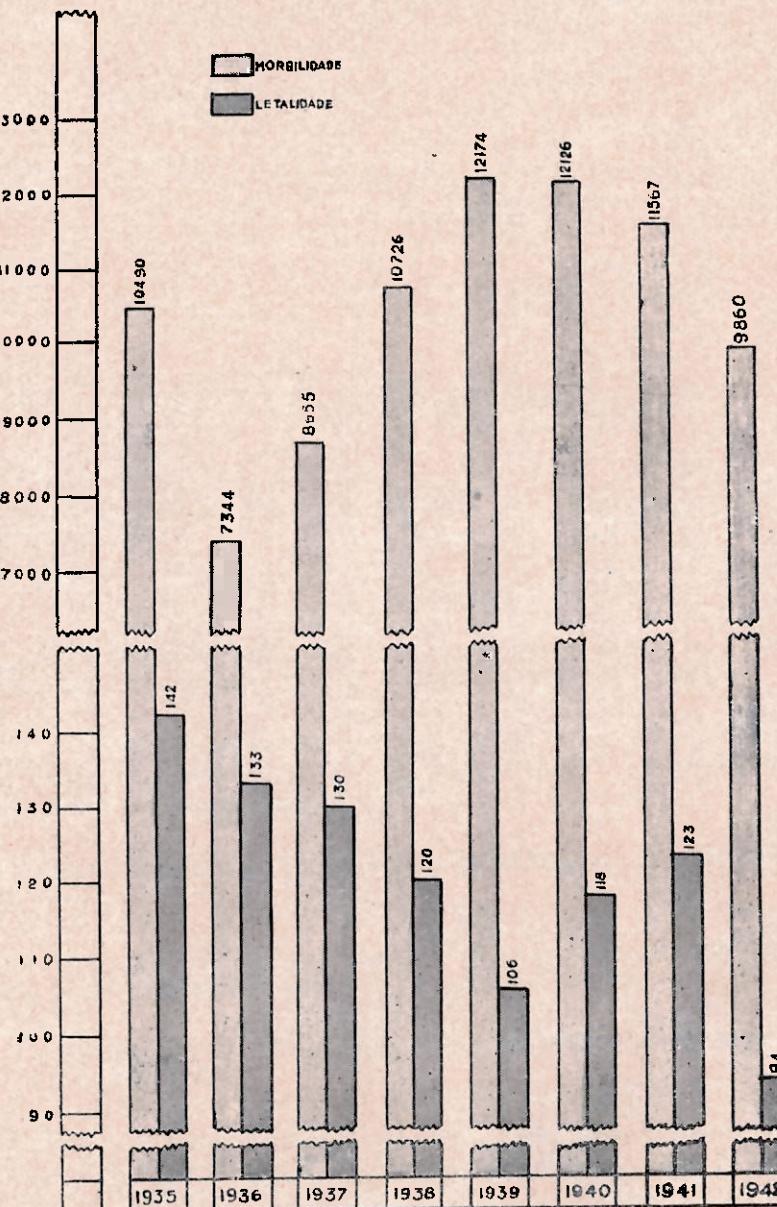
## QUADRO N.º 12

Coefficientes de morbilidade e letalidade, por 1.000 homens do efetivo da 1.ª R. M., em 1939, 1940, 1941 e 1942.

A N O	Número de hospitalizados	Número de mortos	Indice mórbido por 1.000 homens do efetivo	Indice letal por 1.000 homens do efetivo	Indice letal 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

## QUADRO N.º 13

Gráfico da morbilidade e letalidade nos anos de 1935 a 1942



## CENTRO DE ESTUDOS

### RELATÓRIO ANUAL DE 1942

I — Cumprindo dispositivo regulamentar apresento-vos o Relatório dos trabalhos do Centro de Estudos, durante o corrente ano.

II — Foram realizadas 16 Sessões ordinárias e 2 extraordinárias; a primeira foi realizada em 23-4 e a última em 24-XII. Os assuntos tratados foram os seguintes:

*Primeira Sessão* — Surdez e mutismo histéricos. (Dr. Meneleu e Dr. Bandeira de Mello).

*Segunda Sessão* — Filme científico sobre a Coramina Ciba. Blas-  
kowics em oito casos de ptoses — (Dr. Paiva Gonçalves).

*Terceira Sessão* — Considerações em torno do Câncer do cólon — (Dr. O. Monteiro).

*Primeira Sessão Extraordinária* — O plasma sanguíneo como subs-  
tituto do sanguetotal nas transfusões de emergência. — (Dr. Abelardo Lobo, da D.S.E.).

*Quarta Sessão* — Uma hipótese sobre hereditariedade epiléptica. — (Dr. Bandeira de Mello).

*Quinta Sessão* — Considerações sobre a sôro-aglutinação de WIDAL. — (Dr. Pegado Junior).

*Sexta Sessão* — Electro-convulsoterapia. — (Dr. Oscar Dutra e Silva, do Instituto Oswaldo Cruz).

*Sétima Sessão* — Revisão da tática sanitária. — (Dr. Paulino de Mello, da D.S.E.).

*Oitava Sessão* — Litíase salivar. — (Dr. O. Vieira Filho). Curva isoionica do serum sanguíneo. — (1.º Ten. Farm. Gerardo M. Bijos).

*Nona Sessão* — Reumatismo poliarticular por infecção focal. — (Dr. A. Bandeira).

*Décima Sessão* — Estenose aortica pura ao nível do istmo. — (Dr. E. Alvarenga). Psicopatia epileptóide. — (Dr. Bandeira de Mello).

*Décima primeira* — Pneumolise intra-pleural. — (Dr. Pegado Junior).

*Décima segunda* — Hemorróides. (Dr. A. Bandeira).

*Décima terceira* — Blastomicose cutâneo-mucosa. — (Dr. O. Vieira Filho). Novas idéias em Biotipologia. — (Dr. Francisco Leitão).

*Décima quarta* — Acidentes post-operatórios da cirurgia da região inguinal. — (Dr. Nicholson Taves).

*Segunda Sessão Extraordinária* — Comentários sobre os trabalhos: Novas idéias em Biotipologia, do Dr. F. Leitão, e Acidentes post-operatórios da cirurgia da região inguinal, do Dr. Nicholson Taves.

*Décima quinta* — Em torno de alguns casos de neuro-cirurgia. — (Dr. Godofredo da Costa Freitas).

*Décima Sexta* — Resultados padronizados de constituintes sanguíneos. — (1.º Ten. Farm. Gerardo Majella Bijos).

III — Resumo numérico dos inscritos e comentaristas:

Apresentaram trabalhos:

Dr. Bandeira de Mello	3
Dr. Pegado Junior	2
Dr. Olivio V. Filho	2
Dr. A. Bandeira	2
1.º Ten. Farmacêutico, G. M. Bijos	2
Dr. E. Alvarenga	1
Dr. Meneleu de Paiva	1
Dr. Corrêa Leitão	1
Dr. Paiva Gonçalves	1
Dr. N. Taves	1
Dr. Godofredo Freitas	1
Dr. O. Monteiro	1
Dr. Henrique Chaves	1
Dr. Abelardo Lobo	1
Dr. Paulino de Mello	1
Dr. Dutra e Silva	1

Fizeram comentários:

Dr. Henrique Chaves	5
Dr. E. Alvarenga	5
Dr. G. M. Hautz	4
Dr. Câmara Leal	4
Dr. Sefton	4
Dr. Adhemar Bandeira	3
Dr. Corrêa Leitão	3
Dr. Godofredo Costa	2
Dr. Humberto de Mello	2
Dr. Bandeira de Mello	2
Dr. F. Leivas	2
Dr. Paiva Gonçalves	1
Dr. Bezerra Cavalcante	1
Dr. O. Monteiro	1
Dr. Ferreira Jansen	1
1.º Ten. Farmacêutico, G. M. Bijos	1
Dr. Marques Torres	1

Dr. Ferreira de Barros .. .. .. .. ..	1
Dr. Pegado Junior .. .. .. .. ..	1
Dr. Nicholson Taves .. .. .. .. ..	1

*Assuntos tratados:*

Cirurgia .. .. .. .. ..	3
Clínica Médica .. .. .. .. ..	4
Psiquiatria .. .. .. .. ..	4
Oftalmologia .. .. .. .. ..	1
Oto-Rino .. .. .. .. ..	2
Tisiologia .. .. .. .. ..	1
Proctologia .. .. .. .. ..	1
Terapêutica .. .. .. .. ..	1
Laboratório .. .. .. .. ..	2
Assuntos médicos militares .. .. .. .. ..	2

IV — Serviu de Secretário durante o exercício de 1942 o Capitão Médico Dr. MILTON ALVARENGA.

**CENTRO DE ESTUDOS DOS ENFERMEIROS E  
MANIPULADORES**

O Centro de Estudos dos Enfermeiros e Manipuladores do Hospital Central do Exército, destinado a ampliar os conhecimentos profissionais dos seus componentes, foi instalado no dia 3 de agosto de 1942, tendo sido proferidas ali as seguintes palestras:

1.<sup>a</sup> — sargento ajudante manipulador de radiologia GILSON DE ALMEIDA SEIXAS — História e definição dos raios X, diversos empregos das irradiações X e nomenclatura do instrumental e sua aplicação. 2.<sup>a</sup> — 2.<sup>º</sup> sargento enfermeiro JOSÉ DOS SANTOS RODRIGUES — primeiros socorros de urgência a um ferido ocular. 3.<sup>a</sup> — 2.<sup>º</sup> sargento enfermeiro HENRIQUE DE SOUZA CARNEIRO — demonstração prática a um fraturado de membro inferior. 4.<sup>a</sup> — enfermeiro civil JOSÉ FERREIRA FONSECA — demonstração prática do material ne-

cessário para uma intervenção cirúrgica (LAPARATOMIA). 5.º — 2.º sargento enfermeiro CLAUDEMIRO DA SILVA BRITO — cuidados a um ferido de abdome, por arma de fogo. 6.º — 3.º sargento enfermeiro ANTONIO MARCIANO FARIA — cuidados e o papel do enfermeiro junto a um doente operado de apendicite. 7.º — 1.º sargento enfermeiro FLORÊNCIO SÁ BORGES — estudo da personalidade do PATRONO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO, Gen. Médico Dr. JOÃO SEVERIANO DA FONSECA. 8.º — enfermeira DENAIR COSTA — papel do enfermeiro nas transfusões de sangue. 9.º — sargento ajudante enfermeiro HEITOR CATARINO BRAZ — resumo da história do "plasma seco" e demonstração prática de sua aplicação. 10.º — enfermeiro civil SEBASTIÃO MOREIRA BARBOSA — cuidados especiais e papel do enfermeiro nas "Transfusões de sangue". 11.º — 1.º sargento enfermeiro DEUSDEDIT LOPES DOS SANTOS — noções elementares sobre anestesia pelo "balsofórmio". 12.º — 2.º sargento enfermeiro ÂNGELO ZANI DOS SANTOS — cuidados especiais a um doente com corpo estranho no canal auditivo e sua extração. 13.º — sargento ajudante manipulador de radiologia GILSON DE ALMEIDA SEIXAS — continuação da sua palestra anterior. 14.º — 1.º sargento enfermeiro FLORÊNCIO SÁ BORGES — demonstração esquemática de uma "TUBAGEM DUODENAL" e material necessário para tal fim.

## Noticiário

### A POSSE DO CEL. DR. FLORÊNCIO DE ABREU NA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

A Academia Nacional de Medicina reuniu-se, a 30 de Julho, para receber o médico militar Coronel Dr. Florêncio de Abreu, Diretor do Hospital Central do Exército e Presidente da Academia de Medicina Militar, como seu membro. Oficiais do Exército, jornalistas e pessoas de relêvo social ali se reuniram. Antes de se iniciarem os trabalhos, no salão de honra da Academia, os amigos do Dr. Florêncio de Abreu ofereceram à sua espôsa uma *corbeille* de flores naturais, usando, então, da palavra o Prof. Abel de Oliveira, Presidente da Secção de Farmácia da Academia. Em seguida, na sala das sessões da Academia, foi constituída a mesa que presidiu a sessão e que ficou composta pelo Prof. Dr. Moreira da Fonseca, representante de Ministros de Estado, Chefe do Estado Maior, General Souza Ferreira e Ministro Saint Brisson. O recipiendário foi introduzido no recinto pelos acadêmicos General Sousa Ferreira e Coronel Jesuino de Albuquerque. A medalha simbólica oferecida ao Dr. Florêncio por amigos, foi-lhe cingida pelo Prof. Moreira da Fonseca, que presidiu aos trabalhos e disse da satisfação da Academia, no momento. A seguir, ocupou a tribuna o Prof. Castro Araujo, que proferiu o discurso da pragmática.



O orador da Academia, Prof. Castro Araujo saudando o recipiendário.

Sob calorosas palmas, foi dada a palavra ao novo acadêmico, que pronunciou a seguinte peça oratória:

“Quando um grupo humano se reúne para receber e homenagear alguém — sobretudo quando esse grupo é a Academia Nacional de Medicina — aquele que recebe a homenagem tem direito de marcar envidiadamente um grande momento de sua vida. Tal é o sentimento que me inspira esta solenidade.

Sinto-me, realmente, desvanecido pela honra que me foi conferida de ingressar no quadro desta dourada Academia. E a circunstância de ser aqui recebido pela palavra amiga do Prof. Castro Araujo é particularmente tocante à minha emotiva superstição de amizade. O meu parinho, meu velho e querido amigo, companheiro de árduas lutas profissionais, a par de sua conhecida e notável capacidade de profissão e de trabalho é a expressão da grandeza de alma, da singeleza, da modéstia, da amizade simples e sincera, devotada e perfeita, nos maus e nos bons momentos.

Agradeço-lhe fraternalmente a encantadora intenção com que acaba de hipertrofiar o meu “curriculum vitae” e lhe reafirmo, nesta oportunidade, o grande regozijo de pertencermos ambos, desde sempre e para sempre, ao grupo bio-psicológico, que se norteia exclusivamente pela preocupação da consciência tranquila, da obediência à ética, e do cumprimento do dever, no sereno exercício de nossa profissão.

Meus senhores: Afora a tradição elegante que vem praticando a Academia Nacional de Medicina de incluir entre seus membros honorários o General Diretor do Serviço de Saúde do Exército, não tem sido

frequente na história contemporânea desta Casa o ingresso de médicos militares.

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

Há vinte anos, porém, empreendemos a renovação dessa mentalidade. A minha geração de capitães-médicos, já com cerca de dez anos de patrimônio clínico, iniciou a reação benéfica; pléiade de profissionais estudosos, conquistámos em todas as Faculdades de Medicina e Institutos do Brasil os lugares de assistentes militares às diferentes clínicas e aos serviços médicos; membros das associações médicas nacionais, levámos aos respectivos plenários, submetendo-os ao debate amplo, as observações dos nossos hospitais e os resultados dos nossos trabalhos; professores da Escola de Saúde do Exército, tivemos a preocupação de ministrar aos nossos alunos-médicos o ensino idôneo da medicina atual aplicada à coletividade militar, fazendo-o preceder de um concurso de provas para matrícula a essa Escola, verdadeira triagem de seleção certamente das mais severas dentre as congêneres em nosso país. Em breve tempo conseguimos evidenciar em nosso meio o contraste com os menos capazes dos quais alguns, estimulados pelo bom exemplo, procuraram subir para vencer, enquanto outros, sentindo-se deslocados nesse novo ambiente que se estabeleceu no Corpo de Saúde do Exército, dele se afastaram ou veem se afastando honestamente.



O novo acadêmico, coronel Dr. Florêncio de Abreu, lendo seu discurso.

As consequências de tal renovação, no transcurso dêsses vinte anos, foram realmente satisfatórias. Desde logo alguns médicos militares, injustamente catalogados no conceito geral daquela época, tiveram oportunidade de sublinhar sua presença quando assistentes das Faculdades de Medicina; um deles, decorrido apenas um ano de sua assistência militar à cátedra do Prof. Henrique Roxo na Faculdade Nacional de Medicina, foi elevado à chefia de clínica numa interinidade então ocorrente; sucessivamente outros médicos militares, em concorrência com seus colegas civis, obtiveram galardão idêntico, como aconteceu com Marques Torres na cadeira do Prof. Clementino Fraga na mesma Faculdade e com Azais Duarte junto ao Prof. Guerra Blessmann numa das clínicas cirúrgicas da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Na mesma época, em concurso memorável para a Fundação Gaffrée-Guinle, disputado por centenas de candidatos, entre os quais alguns nomes de reconhecido valor, os médicos militares Jaime Villas Boas e Benjamin Gonsalves obtinham os dois primeiros lugares. De um modo geral, desde então, os assistentes militares às Faculdades, aos Institutos ou aos Serviços Médicos do país tecem levado colaboração apreciável e por vezes desejada, como aconteceu em Manguinhos a Tales Martins, hoje trabalhando no Instituto Butantan, de São Paulo. Além disso, são atualmente numerosos os médicos militares que conquistaram e conquistam a docência livre nas Faculdades brasileiras. E, afinal, pela larga porta do escrutínio, já somos recebidos nesta douta Academia Nacional de Medicina, cenáculo máximo da profissão médica no Brasil.

Por outro lado, mercê das exigências da Escola de Saúde do Exército, a nova geração que em turmas anuais vem preenchendo os clérigos de nosso Corpo de Saúde, já está enquadrada na mentalidade nova, dando ao preparo profissional indispensável ao momento em que vivemos.

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

A demografia sanitária militar no Brasil já merece referência. O Hospital Central do Exército, nosso principal nosocomio, onde, no rodízio de cada ano, são internados cerca de doze mil doentes, avançou progressivamente nos últimos anos até 90% de recuperados "ad integrum". Talvez essa percentagem ainda venha a aumentar, se seu atual diretor conseguir o resultado obtido em sua última gestão no Hospital Militar de Porto Alegre, onde a soma de recuperados atingiu a 94%, isto é, de cada grupo de 100 doentes que nos foram ali confiados apenas 6 não retornaram à atividade militar, pelas múltiplas razões que afastam um militar da vida ativa. Para quem conhece as estatísticas habituais de recuperação hospitalar, tais resultados, certamente, são dignos de registo. Se é verdade que os hospitais militares são em princípio

destinados a um grupo humano já inicialmente selecionado, também é verdade que os nossos hospitais recebem e tratam, além dos jovens soldados da Nação os velhos militares reformados e os asilados, os cadetes das Escolas e os alunos dos Colégios Militares, os funcionários civis do Ministério da Guerra, os oficiais e sargentos de todas as idades, bem como pessoas de suas famílias o que, na realidade, torna a população internada tão heterogênea quanto a dos hospitais comuns.

Ainda na cômputo das pequenas vaidades que já agora nos permitimos, está a produção dos nossos laboratórios, especialmente as nossas vacinas, que praticamente acabaram com as epidemias no Exército, e estão as criações brasileiras no Serviço de Saúde em Campanha cujo conhecimento está sendo ministrado no atual Curso de Emergência de Medicina Militar para Médicos Civis, em boa hora realizado pela direção atual do nosso Corpo de Saúde.

Esse curso, cujo objetivo principal é a formação rápida de uma reserva de oficiais de Saúde para uma possível utilização patriótica, está sendo transmitido a mais de mil médicos civis no Rio de Janeiro e a cerca de quatrocentos médicos em São Paulo, devendo ser estendido a outros colegas em outras cidades do Brasil.

Tal convívio entre médicos militares e civis, facultando o intercâmbio de impressões e de idéias, de noções e de realizações, será certamente o bastante para melhor nos conhecermos e nos estimarmos.

A medicina é uma só nos diversos aspectos de sua atividade e nas suas várias localizações sociais. A divisão do trabalho humano, abrigando as especializações, orientou-a no rumo das tendências, talhando-lhe molduras de ação pessoal. Nem por isso, entretanto, deve separar seus profissionais, frutos da mesma árvore, trigos do mesmo celeiro, alimentando em escalões diversos a mesma humanidade. Nesta ordem de reflexão, sempre oportuna, tenho dito por vezes — e não me canso de o repetir — que em toda a minha carreira de médico militar, onde quer que a tenha exercido, senti que o destino me reservara a incumbência de ser no meu país um dos elementos de ligação profissional, traço de união amistosa, entre a medicina militar e a medicina civil. motivo por que nunca terei suficientemente agradecido a Deus esse papel que me reservou na distribuição dos destinos humanos. E no momento em que a minha palavra quebra o silêncio dêste ambiente creio que é ainda o mesmo generoso destino que me concede esta oportunidade de formular à Academia Nacional de Medicina uma promessa de maior colaboração de nossa parte.

Presidente da Academia Brasileira de Medicina Militar e Diretor do Hospital Central do Exército Brasileiro, este reunindo o maior conjunto de médicos militares em atividade e aquela representando a me-

lhor seleção dos nossos quadros, sinto-me plenamente autorizado a trazer aos membros da Academia Nacional de Medicina, no momento em que sou recebido em tão ilustre Companhia, uma palavra de confraternização.



Aspecto da assistência à sessão.

Recebi-a, senhores, como a expressão de um voto de simpatia. Recebi-a como uma oferta de melhor intercâmbio entre a vossa e a nossa atividade, para o bem coletivo. Recebi-a como um convite de exata colaboração neste momento da vida, em busca de maior alívio para as dores humanas, especialmente, no setor sanitário, em busca de melhores meios para a guarda de nossa terra e para a defesa de nossa gente.

E à hora em que vos expresso tão elevadas intenções, permito-me recordar que tem sido deveras notável a contribuição dos médicos militares na história das conquistas científicas de benefícios para a humanidade.

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

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

Médico militar foi Laveran descobridor do agente do impaludismo; médico militar foi Ronald Ross, prêmio Nobel de sua época por sua descoberta da transmissão da malária pelo mosquito; e a obra de La-

veran e de Ross, na sua continuidade e nas suas consequências, condicionando a profilaxia do fantasma palustre, saneando terras e populações em toda a superfície do Globo, foi que reconquistou a vida de populações perdidas e de terras abandonadas e que decidiu da abertura dos grandes canais de Suez e do Panamá, entre continentes e oceanos, facilitando a expansão econômica do mundo. Médicos militares foram Loeffler e Behring, cujos estudos e vitórias sobre a difteria vem restituindo a saúde e a vida a centenas de milhares de seres humanos.

Médico militar foi David Bruce, que identificou o tripanozoma produtor da doença do sono e seu terrível vetor — a mosca tzé-tzé — além de ter caracterizado doenças que, em sua homenagem, tomaram o nome de bruceloses, descobrimentos que induziram medidas profiláticas salvadoras de enormes populações humanas e numerosos rebanhos bovinos. Médico militar foi Eugène Dubois, um dos grandes paleontologistas, classificador do "pithecântropos erectus".

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

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

Médico militar foi Francisco de Castro, mestre dos mais completos da medicina brasileira, grande entre os maiores da nossa profissão em cujo exercício trocou a farda do militar pela beca do professor.

Médicos militares são atualmente vários professores de medicina no estrangeiro e em nosso país.

Médicos militares sereis todos vós senhores acadêmicos, meus caros colegas, se um dia a guerra bater às portas do Brasil. E nós, os mais antigos nesta árdua modalidade da nossa profissão, nós vos receberemos,

nessa emergência, com fraternal simpatia, cheios de confiança na vossa colaboração e na vossa capacidade, para juntos recuperarmos os efectivos das nossas tropas, para lutarmos juntos a luta áspera e ingrata dos médicos em campanha, para vencermos juntos as batalhas da medicina militar que são as que conduzem à vitória da Pátria, ao bem da Humanidade e à graça de Deus".

## O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E O QUINQUÊNIO DO ESTADO NACIONAL

O transcurso do quinto aniversário da instituição do Estado Nacional ensejou manifestações de intenso regosijo por todo o território pátrio.

Em sucinto relato fazemos o registo da cerimônia, que tanto brilho emprestou à grande data do Brasil, qual a da inauguração do novo pavilhão no Hospital Central do Exército.

Na série de melhoramentos introduzidos no Hospital Central do Exército, festivamente comemorado no dia 7 de Novembro do ano findo, esta inauguração teve destaque especial.

Ao meio dia, chegava ao novo pavilhão da 14.<sup>a</sup> enfermaria o Exmo. Sr. Presidente da República, Dr. Getulio Vargas, que se fazia acompanhar do Sr. Ministro da Guerra Eurico Gaspar Dutra e do Chefe de sua Casa Militar, Sr. General Firmino Freire e ajudantes de ordens.

Aguardavam-no o Coronel Dr. Florêncio de Abreu acompanhado de todos os oficiais do H. C. E., Generais, Chefe de Policia, Diretor Geral do D.I.P., presidente de sociedades científicas, autoridades civis e militares.

Em seguida, percorreu o Chefe da Nação todas as dependências do novo pavilhão, colhendo de sua visita ótima impressão.

No 2.º andar, as voluntárias socorristas, estagiárias do Hospital, prestaram ao Dr. Getulio Vargas carinhosa homenagem, ofertando-lhe rica cesta de flores naturais.



Vista do novo Pavilhão de Oficiais

Na sala de refeições houve lugar o ato de inauguração. Discursaram o Sr. General Raimundo Sampaio, Diretor de Engenharia e o Coronel Dr. Florêncio de Abreu, cujos discursos damos em seguida.

Fala, entregando o pavilhão, o Sr. General Raimundo Sampaio, Diretor de Engenharia, que assim se expressou:

“Exmo. Sr. Presidente da República. Srs. Generais. Camaradas. A Diretoria de Engenharia, no desenvolvimento do seu Plano de Obras do corrente ano, dá hoje, por concluída a reconstrução do pavilhão da 14.ª Enfermaria do Hospital Central do Exército, e, em consequência, faz entrega do edifício ao ilustre Diretor d'este importante estabelecimento militar.

Obra resultante da era de secundas realizações que há um lustro vem felicitando o Brasil a reforma e ampliação da Enfermaria de Oficiais, que ora atinge ao seu termo, representa um relevante serviço prestado pelo Governo Nacional ao Exército, através o zelo vigilante do eminente gestor da pasta da Guerra.

Remodelação com vivo empenho solicitada pelo então diretor do H. C. E., hoje General médico da reserva, Dr. José Aacylino de Lima, e mandada realizar pelo Exmo. Sr. Ministro Eurico Dutra, a obra em apreço era providência que se impunha ante a deficiência do conforto e

a precariedade de instalações do antigo pavilhão destinado à hospitalização de oficiais.

O projeto de reconstrução que teve, sob o ponto de vista da técnica sanitária, a indispensável colaboração da Diretoria de Saúde do Exército, foi definitivamente aprovado pela Diretoria de Engenharia em Julho do ano próximo passado, e desde logo posto em execução.

No decorrer dos trabalhos e a instâncias do atual diretor do Hospital, Coronel Dr. Florêncio de Abreu, foram introduzidas no projeto algumas modificações, relativas a ampliação da área coberta, das instalações e decorações mais apuradas das principais dependências do edifício.

Resultou de tais modificações sensível acréscimo de despesas, fortemente compensado, entretanto, pela maior eficiência dada ao pavilhão hospitalar e pelo maior conforto proporcionado aos seus futuros ocupantes. Poude além disso apresentar a construção um aprimorado acabamento, que veio sobremodo melhorar o seu aspecto interno.



O Sr. General Raimundo Sampaio fazendo a entrega da nova enfermaria.

O pavilhão da Enfermaria de Oficiais ganhou, destarte, melhor aparência e mais bem aparelhado para o preenchimento de sua especial finalidade.

Os trabalhos nele realizados podem ser assim resumidos:

— Construção de um novo pavimento, com a área total útil de 1.218 m. q., em que se acham dispostos vinte apartamentos para oficiais, dos quais dois para oficiais generais, constantes de amplo dormitório, saleta e quarto de banho, todos ligados internamente, por largo corredor, e, exteriormente, por espaçosa varanda solário;

— Substituição completa das redes de instalação elétricas (luz, força, telefônios e sinalização acústica), com aparelhagem integral;

- instalação das redes de distribuição de água quente e fria, sendo que naquela a caldeira de aquecimento pode trabalhar indiferente a lenha ou a óleo;
- instalação de gás e de esgotos, ambas com moderno aparelhamento;
- remodelação das salas de operações, de esterilização e lavabos dotadas aquelas de luz fria e estes, de novos e completos aparelhos;
- instalação completa de uma cozinha dietética para cem pessoas;
- pavimentação mármore, pintura e decoração artística do hall de entrada;
- substituição da antiga escadaria de madeira por escadas de mármore, para o acesso aos pavimentos superiores;
- instalação de um elevador para maca e para os serviços de copa e cozinha;
- adaptação, no pavimento térreo, de salas para as dependências da secção de metabologia, refeitório do corpo clínico do Hospital, reuniões da Junta Militar de Saúde, barbearias de oficiais e praças e rouparia;



Sr. Dr. Getulio Vargas, Ministro da Guerra, General Eurico Gaspar Dutra, e demais autoridades na cozinha da Enfermaria de oficiais.

- melhoramentos nas secções de mecanoterapia e balneoterapia;
- finalmente, instalação de ar condicionado, pelo sistema cumulativo, em vinte e seis dependências do edifício, instalação essa que fica aguardando ainda, para seu completo acabamento, a chegada do maquinário, há muito encomendado nos Estados Unidos da América do Norte e retardado pelas atuais dificuldades de transporte. As obras de remodelação do pavilhão importaram na quantia de Cr\$ 2.319.800,00, assim distribuída:

— Instalações em geral (luz, força, telefônios, água, gás, esgotos, ar condicionado, elevadores e cozinha dietética) Cr\$ 1.271.421,00.

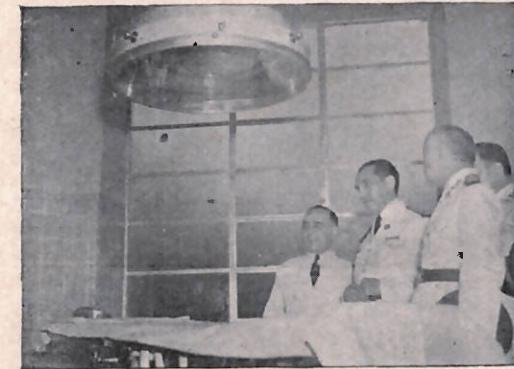
— Construção propriamente dita Cr\$ 1.048.379,00.

A obra foi, no conjunto, executada por administração direta, tendo sido os trabalhos especializados levados a efeito por locação de serviços.

Os materiais de construção foram em sua totalidade adquiridos pela Comissão de Compras da Diretoria de Engenharia e as empreitadas para as instalações entregues, mediante concorrência administrativas ou especulação de preços, a firmas especializadas.

A parte construtiva propriamente dita esteve a cargo do técnico dessa especialidade, Ten. Cel. Raul de Miranda Leal e a das instalações elétricas em geral ficou sob a responsabilidade fiscalizadora do engenheiro electricista Major Vinicius Rabelo Dias.

Ambos esses oficiais deram cabal desempenho à tarefa que lhes foi confiada, confirmando, com o trabalho realizado, a sua proficiência técnica já revelada em trabalhos anteriores.



O Sr. Presidente da República na sala de operações.

Sr. Cel. Florêncio de Abreu: Fazendo-vos entrega do edifício remodelado da 14.ª Enfermaria de Oficiais na data em que transcorre o primeiro aniversário de vossa operosa atuação à frente dêste acreditado nosocomio, quero congratular-me convosco pelo acontecimento duplamente festivo que, dêste modo, o dia de hoje assinala para êle.

Valioso colaborador da obra ora concluída, por vossas felizes sugestões no domínio da técnica hospitalar tendes, por certo, na solenidade de hoje, justos e sobejos motivos de satisfação.

A Diretoria de Engenharia vos agradece a preciosa coadjuvação e faz sinceros votos pelo crescente êxito da vossa administração nesta casa".

Em seguida, assim se expressou o Cel. Dr. Florêncio de Abreu, Diretor do Hospital, recebendo o Pavilhão de Oficiais:

“O Hospital Central do Exército recebe da Engenharia Militar este novo Pavilhão, que, neste ato, é incorporado ao seu patrimônio. Pavilhão destinado à hospitalização dos oficiais do Exército, será extensivo às suas famílias se a tanto nos autorizar o Governo. A atual legislação do Brasil, referente ao amparo do Estado aos seus servidores, estende esse amparo às respectivas famílias, desde a proteção à maternidade até a assistência aos filhos maiores, sem economia própria. Se nos setores da organização civil brasileira é esse o critério dominante, parece-nos justo e exato que o mesmo critério seja dispensado à família dos servidores militares, tanto mais quanto, salvo para pequenas medidas consequentes e complementares, essa prática não acarretará acréscimos orçamentários substanciais. Aceita a idéia que nesse sentido levámos ao Sr. General Diretor de Saúde do Exército, cada pessoa da família de um oficial, aqui hospitalizada, indenizará ao hospital da mesma forma como o faria esse oficial se fosse ele o internado. A despesa de um doente nessas condições, no Hospital Central do Exército, será seguramente de um terço, apenas, em confronto com o que dispenderia numa Casa de Saúde civil, obrigada, por sua própria natureza, a gastos e lucros que não entram nas previsões dos hospitais militares.

Com o pavilhão que ora se inaugura, com as instalações hospitalares que nos tem sido possível realizar, em consequência do amparo que o Sr. Ministro da Guerra tem superiormente dispensado às nossas solicitações administrativas, o Hospital Central do Exército vai ficar em condições de figurar entre as melhores Casas de Saúde do país. Evidentemente para o tratamento de pessoas femininas das famílias dos oficiais será indispensável, entre as pequenas medidas complementares a que nos referimos, dotar o nosso hospital de enfermeiras mulheres, o que também já solicitámos: sua presença certamente não diminuirá o caráter militar dêste nosocomio porque a mulher-enfermeira, atualmente, em toda a parte, é elemento necessário às organizações sanitárias militares, haja vista o Exército Norte-Americano onde não há enfermeiros-homens.

A inauguração hoje dêste novo Pavilhão do Hospital Central do Exército, mercê da notável operosidade do ilustre Sr. General Raimundo Sampaio, Diretor de Engenharia, e altamente honrado com a presença do Exmo. Sr. Presidente da República, do Sr. Ministro da Guerra, dos Srs. Generais e demais autoridades presentes, é uma exata oportunidade, pensamos nós “data vénia”, para estender o amparo do Estado à família militar, incluindo esse benefício social entre os muitos que estão caracterizando a realidade brasileira do Governo Getulio Vargas”.

Finda essa cerimônia, dirigiram-se para o majestoso *hall* do Pavilhão Central, onde foi servido o grande banquete de 150 talheres oferecido pelo Hospital ao Exmo Sr. Presidente da República.

A mesa, em forma de *E*, achava-se artisticamente ornamentada de cravos róseos, vendo-se no ramo central as iniciais H. C. E., constituídas daquelas mesmas flores naturais.

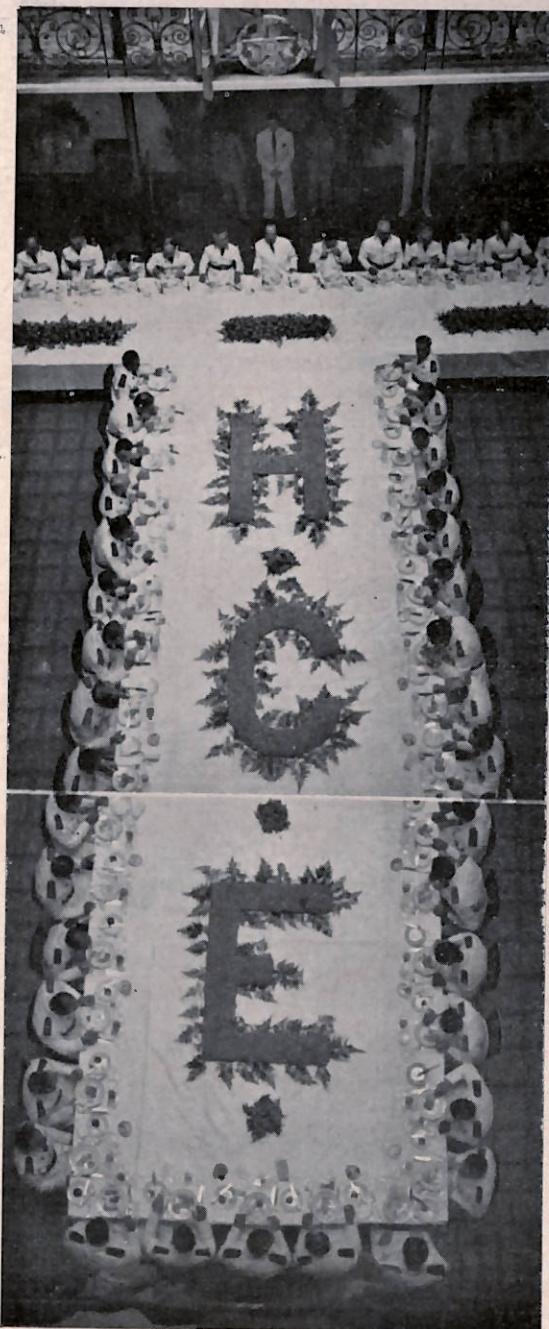
Ao “champagne”, falou o Coronel Dr. Florêncio de Abreu, que pronunciou a seguinte oração:

“Exmo. Sr. Presidente da República:

A presença de V.Ex., no dia de hoje, será marcada com especial registo na história dêste Hospital. A inauguração de um novo Pavilhão, que será o mais importante dêste conjunto hospitalar, por isso que se destina à elite do Exército, é certamente motivo idôneo para a honra que V. Ex., hoje nos concede. Mas, os que trabalham neste Hospital querem ver ainda na presença de V. Ex. a aprovação generosa ao esforço produtivo, embora silencioso, que é a feição atual dêste Nosocomio.

O Hospital Central do Exército está no curso de um programa de administração. Sua direção atual se impôs o ônus de uma conquista: a confiança integral do Exército no seu Hospital Central. Para isso, alé dêste dia, precisamente um ano de nossa direção, temos conseguido sucessivamente reunir material adequado e selecionar profissionais capazes, no sentido da melhor produção hospitalar. E aquele programa vai se edificando sobre o transcurso do tempo e sobre a eficiência constatada no meio militar, diretamente interessado. Essa eficiência encontrará maior facilidade quando dêste hospital for dotado de um novo bloco cirúrgico que completará suas instalações e lhe permitirá modernizar o serviço dos diversos aspectos da cirurgia atual, o que, certamente, será resolvido pelo Governo em momento oportuno.

A presença de V. Ex., neste dia, Sr. Presidente, é um prêmio para o trabalho aqui realizado: é um estímulo para todos os que exercem sua atividade neste Hospital onde a intenção do diretor ficaria irrealizável sem a cooperação de quantos aqui dispendem seu esforço profissional. E, nesta oportunidade, tenho o prazer de informar a V.Ex., que os oficiais que comigo servem atualmente no Hospital Central do Exército, reunidos neste momento em face de V. Ex., são profissionais escolhidos por sua competência, por sua capacidade de trabalho, por sua eficiência de produção; cada um deles, no setor de um serviço, de uma enfermaria ou de um laboratório, realiza, dia por dia, conscientemente, beneditinamente, um trabalho hospitalar que se faz em silêncio, que evolue sem publicidade, que trava batalhas individuais desconhecidas do público. Para todos nós a presença de V. Ex., à nossa mesa, aceitando a homenagem que ora lhe prestamos, é a certeza de que o Presidente Getulio Vargas continua a dispensar sua velha amizade ao Serviço de Saúde do Exército onde encontrou, desde os primeiros dias de seu governo, os elementos que lhe seriam pessoalmente úteis para exercer sem inter-



Vista parcial da mesa do almoço que o H. C. E. ofereceu ao Sr. Presidente da República.

rupção a atividade contínua e excepcional que vem dedicando à obra grandiosa de reconstrução da Pátria brasileira.

•  
O Diretor do H.C.E.  
lendo o seu discurso  
de saudação ao sr.  
Presidente da Re-  
pública.



O Hospital Central do Exército agradece cordialmente a visita de V. Ex., e, no seu mister de fonte de saúde, eleva neste momento, e com exata propriedade, seu melhor voto à saúde do grande Presidente do Brasil".

O Sr. Presidente da República, de improviso, agradeceu a manifestação, dizendo que sua presença neste hospital representava também o aplauso aos laboriosos serviços que a Saúde do Exército, em toda a sua história, sempre prestou ao Exército e ao país, dentro das tradições glorioas da medicina e das Fôrças Armadas Brasileiras. Teceu S. Exceléncia, uma série de comentários e lembrou, de passagem, a visita que o atual diretor do Hospital realizara à Europa, com o propósito de adquirir material sanitário para as nossas Fôrças Armadas, havendo, além disso, feito a adaptação do mesmo às peculiaridades do nosso meio e aos recursos de que dispúnhamos.

O Sr. Getulio Vargas prosseguiu, dizendo que o novo pavilhão viria prestar aos oficiais novos benefícios e acentou que encontrara favorável repercussão no seio do governo a idéia de estender essa assistência, — conforme lembrara em seu discurso, o Coronel Florêncio de Abreu — às famílias dos militares.

Acrescenta que, aproveitando aquela oportunidade, ia doar à biblioteca do Hospital um livro especializado, que acabava de receber de uma autoridade em cirurgia plástica, juntamente com um bisturí de invenção do mesmo cientista que o oferecera ao Brasil.



O Sr. Presidente Getúlio Vargas agradecendo a saudação do Diretor do H. C. E.

Entregava o livro e o bisturi ao Diretor e à oficialidade do Hospital na certeza de que, com seu trabalho profícuo e paciente, lhes seriam muito úteis.

#### O LIVRO E O BISTURI

Recebendo das mãos do Sr. Presidente da República o livro e o bisturi de autoria do Prof. Maxwell Waltz, o Coronel Dr. Florêncio de Abreu agradece as ofertas.

Retirando-se após o ágape, foi o Dr. Getúlio Vargas acompanhado até ao automóvel por todos os presentes.

#### OUTRAS HOMENAGENS

Transcorrendo naquele dia o 1.º aniversário da gestão do Coronel Dr. Florêncio de Abreu no Hospital Central do Exército, os oficiais cumprimentaram-no pela passagem da data.

Nesse dia foram inaugurados os novos melhoramentos da Secretaria e do Gabinete de Pesquisas Clínicas, tendo falado nessa ocasião o Coronel Aristarco Ramos e Tenente Majella Bijos, respectivamente, chefes daquelas dependências.

Ainda por aquele motivo, as Voluntárias Socorristas estagiárias, além de oferecerem rica corbeille à Exma. Sra. Coronel Dr. Florêncio de Abreu, escolheram-no para seu paraninfo, numa homenagem especial ao Exército.

De grande significado para a classe militar foi o dia 7 de Novembro de 1942, porque assinala o primeiro passo concreto para a realização do problema hospitalar de pessoas da família dos oficiais, conforme promessa governamental.

#### O DIRETOR DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO PARANINFO AS VOLUNTÁRIAS SOCORRISTAS DAS ASSOCIAÇÕES CRISTÃ DE MOÇOS E BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO

No Auditório da Associação Brasileira de Imprensa, sob a Presidência da Exma. Sra. Darcy Vargas, realizou-se o ato de conclusão do curso das voluntárias socorristas das Associações Cristã de Moços e Brasileira de Educação. Após o discurso da oradora da turma e da diretora do Curso, Sra. Professora Maria Isolina Pinheiro, fez-se ouvir, na qualidade de paraninfo, o Cel. Dr. Florêncio de Abreu, Diretor do Hospital Central do Exército.

Eis o seu discurso:

“A homenagem que as novas samaritanas quiseram prestar ao Exército Brasileiro, na pessoa do diretor do seu Hospital Central, tem certamente um duplo objetivo: a afirmação de um propósito patriótico que as coloca ao dispôr do Exército para uma possível utilização de suas generosas funções e a tocante expressão de simpatia a um antigo professor de enfermeiras e velho orientador de suas atividades hospitalares.

O Exército Nacional, sem dúvida, não será indiferente a essa homenagem tão significativa e tão oportuna que ora lhe presta a mulher brasileira, através desse meio-milhar de novas damas de caridade. De minha parte agradeço cordialmente às diplomadas de hoje a afetuosa lembrança que tanto me sensibiliza.

Paraninfo de uma das turmas das novas samaritanas, permito-me, nesta oportunidade, dirigir a todas uma palavra simples e amistosa que lhes possa evidenciar a grandeza da nova profissão que por ventura venham a exercer.

A caridade humana, desde épocas muito remotas, vinha se preocupando com a dôr alheia. Espíritos bem formados e corações generosos, em todos os tempos, procuraram mitigar o sofrimento dos feridos, dos doentes e dos necessitados de assistência, nas guerras, nas epidemias, nos terremotos, nas calamidades públicas.

Era, entretanto, uma caridade de atos pessoais, isolados e esparsos, por isso mesmo mais generosa porque menos organizada, em contraste com a brutalidade e a geral indiferença em face dos sofrimentos alheios. Tal caridade, exclusivamente pessoal, continuou na sociedade civil até meados do século passado. Mas, em 1859, Henry Dunant, suíço de nascimento, encontrava-se na Itália quando ali se feriram cruentas batalhas entre franceses, italianos e austriacos. Nesses combates, sobretudo no massacre de Solferino, o número de feridos abandonados nos campos de luta era tão numeroso que a sensibilidade de Dunant, ante aquele doloroso cenário de gemidos, de sofrimentos e de desespero, resolveu organizar, com o auxílio de generosas senhoras, um serviço de imediato socorro para os sofredores. E brotou-lhe ali a idéia de uma instituição permanente para socorros de guerra, nascendo, com isso, o primeiro esboço de Cruz Vermelha.

Não cabe nos limites razoáveis deste ambiente detalhar a história e a organização dessa entidade internacional. Cumpre dizer, entretanto, que quando, em 1910, a morte colheu o fundador da nobre Instituição, a Cruz Vermelha já protegia com seu símbolo de neutralidade e com sua humanitária assistência a todos os povos da terra, desde as montanhas da Suíça até os desertos da África, desde os chãos do Paraguai até os últimos recantos do Oriente Extremo.

Até aí, porém, os seus objetivos não iam além do socorro aos feridos das guerras.

A comoção universal que de 1914 a 1918 abalou a todas as Nações, traçando um novo mapa da Europa, devastando um grande acervo de trabalho humano, matando milhões de combatentes, mutilando outros milhões de criaturas, transformando as lavouras em cemitérios e as cidades em hospitais, estabeleceu na vida, ao cabo de sua brutalidade, outros aspectos de dores humanas, disseminando por toda parte a desolação, as epidemias e a miséria.

A Cruz Vermelha, então, ampliando sua missão generosa no sentido de uma finalidade oportuna, traçou um "programa de paz",

levando o socorro de suas equipes também aos que sofrem pela desolação, pela calamidade, pela doença, pelo fogo, pela água, pela fome, pelo frio, por todas as modalidades da desgraça humana onde quer que ela pareça.

Por notável coincidência histórica, muito confortadora para a emotividade brasileira, na mesma época das iniciativas de Henry Dunant para a formação inicial da Cruz Vermelha, realizava-se a atividade generosa de uma mulher brasileira, dama de caridade de nossa raça, enfermeira dedicada e consoladora dos feridos durante a guerra contra o Paraguai: Ana Neri ! Com ela, nasceu também, deste lado do Mundo, o espírito de Cruz Vermelha. Importa pouco que uma latência prolongada separasse a obra de Ana Neri da organização da Cruz Vermelha Brasileira; embora esta só tivesse surgido no Brasil em 1907, Ana Neri é a prioridade generosa, é a influência sugestiva, é o símbolo glorioso da mulher brasileira ao serviço do Bem para honra da Pátria. Tende-a sempre presente em vosso espírito, enfermeiras do Brasil ! E qualquer que seja a vossa modalidade funcional, samaritanas-enfermeiras ou samaritanas-socorristas, irmanadas no mesmo intuito de aliviar a dôr, cultivai com a vossa mais tocante reverência a memória de Ana Neri !

Para todas as atividades na vida é preciso que haja a "alma da profissão". Criai em vós a "alma da enfermeira". Sem ela, não sareis compreender a expressão de um gemido ou a angústia de um olhar. Com ela, vossa presença será mais desejada, vossa palavra mais consoladora, vosso olhar mais suave, vossa mão mais leve, vossa dedicação mais sincera, vossa resistência mais forte, vossa consciência mais tranquila e vosso heroísmo mais glorioso !

A "alma da enfermeira" é a alma do Bem em todas as modalidades de atenuar o sofrimento humano. E' a alma de Elisabeth Fry, de Henriette Beecher-Stowe, de Florence Nightingale ! E' a alma de Ana Neri ! E' a alma generosa de Darcy Vargas, criadora da Legião Brasileira de Assistência ! E' a alma que eu vos invoco e auguro para o bem de vós mesmas e para o bem da humanidade !

Nesta oportunidade, por intermédio de vós que me prestais ouvidos generosos, eu me dirijo a todas as senhoras do Brasil, de todas as idades, de todas as situações: nas vossas mãos a fatalidade das sugestões humanas depositou uma larga soma de cuidado pelo amor da Pátria. Se amardes a vossa Pátria, saberão também amá-la os homens que rodeiam a vossa vida como satélites de um astro que cada uma de vós representa. Para os vossos irmãos e para os vossos noivos, para os vossos maridos e para os vossos eleitos, para os vossos pais e para os vossos filhos, mais completo que a orientação dos pensadores, mais feliz que a evidência das razões, mais convincente que a vida de outras

pátrias, mais poderoso que as leis fatais da história e mais forte que o troar de canhões sobre nossa terra — será o ímã do vosso exemplo, o poder da vossa sugestão !

Amai, senhoras, a vossa Pátria !  
Sêde as inspiradoras do nosso ressurgimento !  
Praticai a nobreza do patriotismo !  
Inspirai os capazes e excitai os apáticos !

Fazei pelo vosso encanto, ao serviço da Pátria, com que os homens saibam levar pelas dobras da vida “mil combates de heróis e mil sonhos de amor” !

Exigí para a conquista dos vossos sorrisos a vitória de ser patriota !  
Impelí os fracos que se abeiram à borda da descrença !

Desprezai os egoístas que por muito amor a si próprios não temem sobras na alma para o amor à Pátria !

Repelí os ingratos para quem a Pátria é um mito que se desfaz ao sopro de teorias !

E, no vosso juízo inapelável, condenai os traidores do patriotismo !

Sêde, senhoras, pela vossa Pátria, o exemplo, o motivo, a inspiração, o prêmio, a elevação e a vitória dos homens de vossa vida ! Guiai-os para o dever, para o triunfo, para o heroísmo, olhos fitos na bandeira do Brasil, símbolo de nossa Pátria, dos nossos lares e da nossa gente, da nossa terra e da nossa língua, bandeira sagrada e gloriosa :

“Auri-verde pendão de minha terra  
que a brisa do Brasil beija e balança,  
estandarte que a luz do sol encerra  
e as promessas divinas da esperança.”

#### ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR

##### SEU PRIMEIRO ANIVERSÁRIO

Sob a presidência do Coronel Dr. Florêncio de Abreu, reuniu-se, a 8 de Dezembro, em sessão solene, para comemorar o transcurso do seu primeiro aniversário, a Academia Brasileira de Medicina Militar. Constituída a mesa com autoridades e presidentes de associações congêneres, o Coronel Dr. Florêncio de Abreu pronunciou um discurso alusivo ao ato, nomeando, em seguida, uma comissão para introduzir no recinto o novo acadêmico, Dr. Câmara Leal, Chefe de Clínica Cirúrgica do Hospital Central do Exército. Nessa ocasião o acadêmico Majella Bijos ofereceu ao recipiendário a medalha símbólica. O discurso da pragmática foi proferido pelo acadêmico Dr. Aquiles Gallotti, tendo agradecido, fazendo o elogio do patrono, Dr. Souza Lima, e do primeiro ocupante da cadeira, Dr. Aridio Martins, o novo acadêmico, sendo, a seguir, encerrada a sessão.

Nesse mesmo dia, os membros da Academia estiveram num almoço de confraternização oferecido pelo presidente. Ao “champagne”, o Dr. Aquiles Gallotti, interpretando o pensamento dos seus amigos, prestou ao Dr. Florêncio de Abreu expressiva homenagem, tendo sido trocados vários brindes.



Grupo feito durante o almoço que o Presidente Cel. Dr. Florêncio de Abreu ofereceu aos seus confrades.

DISCURSO DO PRESIDENTE DA ACADEMIA, CORONEL DR. FLORÊNCIO DE ABREU

“A Academia Brasileira de Medicina Militar comemora hoje o primeiro aniversário de sua fundação. Instituto criado para o estudo de problemas médicos, especialmente os relacionados com as coletividades militares, procurou, no decorrer do primeiro ano de sua existência, sem embargo dos aspectos concernentes à sua incipiente organização, ventilar assuntos característicos de sua finalidade. A guerra atual, preocupação absorvente da geração humana que a realiza ou que lhe assiste os malefícios, está exigindo de quantos vivem o seu momento amargo uma colaboração constante, sob a forma de idéia ou de ação.

A medicina militar, nesta emergência, encontra precipuamente a razão de sua existência e a imposição de sua responsabilidade.

A Academia Brasileira de Medicina Militar, congregando expoentes do Serviço de Saúde das fôrças de terra, do mar e do ar, em colaboração permanente com expoentes da Medicina civil brasileira, constitue exatamente o que se poderia chamar de Estado-Maior

Sanitário da Defesa Nacional, espontânea e patrioticamente colocado ao dispôr da Nação para quando esta entender de o utilizar como órgão consultivo. Nesse sentido, vários problemas relativos à saúde e eficiência da tropa combatente são objeto de estudo em nossa Academia, tendo em vista especialmente as soluções de interesse nacional. Ainda agora estamos cogitando da terapêutica do tétano, passível neste momento de verdadeira revolução na ortodoxia clássica de seu emprego. A injeção de sôro anti-tetânico preventivo, aplicada sistematicamente em todo ferido de guerra, tem sido ultimamente, em alguns setores da guerra atual, substituída pela vacinação pelo toxoide, com resultados concretos. Vencedora essa prática, além de outras vantagens de ordem terapêutica, a economia resultante será apreciável em organizações militares como a brasileira, onde, para cada exército, mesmo de quatro divisões, o gasto obrigatório com um único medicamento (o sôro anti-tetânico) é atualmente da ordem de um milhão de cruzeiros. Também está sendo objeto de nosso estudo, para possível utilização brasileira, o acréscimo de sulfanilamida no curativo individual usado em nosso Exército, tendo em vista o conhecimento atual das vantagens de sua aplicação, inteiramente desconhecidas na última guerra e mesmo depois, quando a Comissão Internacional de Estandardização do Material Sanitário de Campanha estabeleceu as condições mínimas do curativo individual para os exércitos.

Esses e outros problemas da maior importância prática para o momento que vivemos estão sendo cuidadosamente estudados pela Academia Brasileira de Medicina Militar, que, para isso, já confiou a uma comissão especializada, dentre seus membros, a incumbência de trazer ao seu plenário os resultados concretos das respectivas investigações.

Assim orientada, no sentido de produzir praticamente, esta Academia deseja e espera ser útil à coletividade brasileira.

Por uma feliz coincidência, a Academia Brasileira de Medicina Militar foi fundada em 8 de Dezembro, dia de Nossa Senhora da Conceição. O culto religioso ou emotivo da Imaculada Conceição

tem congregado espiritualmente, no Brasil como em todo o Mundo, uma *élite* de pensadores e de sábios, de artistas e de militares, de profissionais de todas as profissões, samaritanos do amor ao próximo, obreiros da emoção de praticar o bem, unidos cristãmente sob o amparo maternal da Mãe de Deus. Sob esse amparo, desde o século XV, com espírito congregacional, fundaram-se as ordens religiosas da Conceição. Sob a mesma égide conheceu a História duas ordens militares: a primeira, fundada em 1617 pelos duques de Mântua e de Cleves; a segunda, criada pelo rei de Portugal, no começo do século XIX.

As ordens da Conceição, religiosas ou militares, em todos os tempos, têm tido um traço comum de espiritualidade: a devoção da Virgem Imaculada.

A Academia Brasileira de Medicina Militar é apenas uma ordem científica; mas a circunstância de ter sido fundada em 8 de Dezembro, dia da Imaculada Conceição, certamente a colocará, no correr do tempo, sob seu amparo maternal, traçando-lhe, talvez por isso, um melhor destino, para servir ao Brasil e à Humanidade.

#### SOCIEDADE DE BIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Eleito sócio honorário o Diretor do Hospital Central do Exército. *Instituído o premio "Cel. Dr. Florêncio de Abreu".*

No dia 5 de novembro de 1942, em sessão solene presidida pelo Professor Abdon Lins, reuniu-se a Sociedade de Biologia para receber em seu seio o Cel. Dr. Florêncio de Abreu como sócio honorário. O salão achava-se literalmente cheio e presentes autoridades civis e militares foi o novo titular introduzido no recinto por uma comissão de sócios, sendo recebido com prolongada salva de palmas. O discurso da pragmática foi pronunciado pelo Professor Estelita Lins, tendo agradecido o Cel. Florêncio de Abreu. A entrega do diploma foi feita pelo Professor Abdon Lins, que proferiu, nessa ocasião, palavras de grande contentamento pelo ingresso de tão alta personalidade médica naquela Sociedade.

Dias após, a mesma Sociedade criava a prêmio "Cel. Dr. Florêncio de Abreu". Para melhor conhecimento de todos, transcrevemos, na íntegra, os motivos de sua criação e as condições para sua obtenção.



O Prof. Abdon Lins fazendo entrega do diploma ao novo titular

#### PRÊMIO CORONEL DR. FLORÊNCIO DE ABREU

Transcreve-se: SOCIEDADE DE BIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO  
 — Avenida Mem de Sá, 197 — Rio de Janeiro — Exmo. Sr. Coronel Dr. Florêncio de Abreu. Apraz-me comunicar a V. Excia. ter a Sociedade de Biologia do Rio de Janeiro instituído, por unanimidade e aclamação o "PRÊMIO CORONEL DR. FLORÊNCIO DE ABREU", destinado a galardoar com u'a medalha de ouro o melhor trabalho científico sobre medicina militar que lhe for apresentado até o dia 15 de Março de 1943. Constituindo tão alta distinção a mais justa homenagem com que uma Sociedade sábia poderia consagrar os méritos do ilustre médico militar e o mais franco aplauso à atuação de V. Excia. no Corpo de Saúde do Exército Nacional, é com imenso prazer que interpreto o sentir desta coletividade trazendo a V. Excia. a comunicação do ocorrido e adicionando aos parabens de todos os sócios da Sociedade de Biologia do Rio de Janeiro os meus sinceros votos de felicidades, pedindo a Deus conserve e aumente o brilhantismo de vitoriosa carreira de V. Excia., para exemplo e gôso dos filhos da nossa grande Pátria. Saudações. Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 1942. (a) Professor Abdon Lins. Presidente.

1 — A Sociedade de Biologia do Rio de Janeiro resolveu instituir um prêmio que consiste em u'a medalha de ouro com os seguintes dizeres: "HONRA AO MÉRITO!" — "Prêmio Coronel Dr. Florêncio de Abreu" — "Sociedade de Biologia do Rio de Janeiro" — "1943".

2 — Os trabalhos concorrentes a esse prêmio devem ser entregues até 24 horas do dia 15 de Março de 1943, na sede da Sociedade de Biologia, à Avenida Mem de Sá, 197 ou em mãos do Presidente ou do Secretário Geral, mediante recibo.

3 — O trabalho será assinado por pseudônimo e acompanhado de envelope fechado, contendo o pseudônimo, o nome e o endereço do concorrente.

4 — A Diretoria da Sociedade de Biologia terá no dia 15 de Março de 1943 já organizada a Comissão julgadora que será composta de dois médicos militares, de um médico civil e de um representante da Sociedade.

5 — A Comissão dará parecer inapelável, sendo entregue o prêmio ao dono do trabalho considerado melhor, na primeira sessão de Abril de 1943.

6 — Na Sessão solene destinada exclusivamente à entrega do Prêmio Coronel Dr. Florêncio de Abreu, usarão da palavra, além do Presidente e do patrono do prêmio, o orador da Sociedade, o concorrente vitorioso, as autoridades militares e civis e os representantes das sociedades sábias. Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 1942."

**SUMARIOS DAS PUBLICAÇÕES FEITAS NOS ANAIS  
DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO**

ANO I — 1936

- “HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Histórico” — Alves Cerqueira.  
“MENINGO-TYPHUS” — Dr. F. Leitão.  
“MOMENTOS MÉDICO-LEGAIS” — Dr. Aridio Martins.  
“INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA CIRURGIA DE GUERRA” — Dr. Marques Porto.  
“BARREIRA HEMATO-ENCEFÁLICA E NEURO-LUES” — Dr. Gabriel Duarte Ribeiro.  
“UM CASO DE DOLICOCOLON ILEO-PÉLVICO” — Dr. Ernestino de Oliveira.  
“EM 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 CLISTERES 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 TERAPÉUTICA 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.  
 “HEMOSSEDEIMENTAÇÃO E CLÍNICA” — Dr. Ismar Tavares Mutel.  
 “EM TORNO DE UM CASO DE TERÇÃ MALIGNA” — Dr. Josefi Nunes Ribeiro.  
 “ANEURISMA ARTÉRIO-VENOSO FEMURAL” — Dr. Ernestino de Oliveira.  
 “NOVA TÉCNICA PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA VARI-COCELE” — Dr. Guilherme Hautz.  
 “FERIDA PENETRANTE DO ABDOME COM LESÕES MULTIVIS-CERAIS” — 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 PÍQUIATRICO NO EXÉRCITO” (a propósito de um caso de esquizofrenia, incapacitado há quatro anos e posteriormente readaptado à atividade militar) — Dr. Jurandir Manfredini.  
 “DA ARTE DOS CRIMINOSOS” (nota prévia) — Dr. Ubirajara da Rocha.  
 “A AUTO-UROTERAPIA NO TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES BLENORRÁGICAS” — Dr. Olarico Xavier Airosa.

— 234 —

- “OTITE MÉDIA PURULENTAGUDA. MASTOIDITE, ABCESSO EXTRA-DURAL E ABCESSO DO CÉREBRO” — Dr. Otavio Amaral.  
 “CLÍNICA DE OLHOS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO” — Dr. Paiva Gonçalves.  
 “EM TORNO DA SÍFILIS CUTÂNEA” — Dr. Euclides Goulart Bueno.  
 “FINALIDADES DO CENTRO DE TRATAMENTO DA SÍFILIS DO H.C.E.” — Dr. Luiz Cesar de Andrade.  
 “O QUE JULGAMOS MELHOR NO TRATAMENTO DE VENÉREOS” — Dr. Alcebiades Schneider.  
 “REALIZAÇÕES DA FARMÁCIA. SEU EVOLUIR. FORMULÁRIO 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 CRÂNIO-ENCEFÁLICOS FECHADOS (Conduta terapêutica)” — Capitão Dr. Ernestino de Oliveira.  
 “A PROPÓSITO DE UM CASO DE ÓSTEO ARTRITE CRÔNICA DO COTOVELO” — Capitão Dr. Guilherme Hautz.  
 “DILATAÇÃO AGUDA DO ESTÓMAGO POR HEMORRAGIA ULCEROSA INTRA-GASTRICA” — Capitão Dr. Osvaldo Monteiro.  
 “HIDRONEFROSE E TUMOR DA FOSSA ILÍACA ESQUERDA” — 1.º Tenente Dr. José Fadigas de Souza Junior.  
 “PULMONARITE” — Capitão Dr. Generoso de Oliveira Ponce.  
 “AS 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.

— 235 —

EM TORNO DA QUESTÃO SEXUAL — Major Dr. Henrique Ferreira Chaves.  
 DA NATUREZA DOS FENÔMENOS NEURO E PSICOPATOLÓGICOS — Capitão Dr. Gabriel Duarte Ribeiro.  
 CORÉIA TRAUMÁTICA — 1.º Tenente Dr. Jurandir Manfredini.  
 SUICÍDIO — Major Dr. Aradio 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 SÔBRE O DIAGNÓSTICO SOROLOGICO 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.  
 FORMULARIO FARMACÊUTICO-MILITAR — 1.º Tenente farmacêutico Oscar Tavares Gomes.  
 EM TORNO DE UM CASO DE ANOMALIA DENTARIA — Capitão Cirurgião dentista Alberto da Fonseca e Souza.  
 ESTATÍSTICA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO EM 1937 — Major Dr. Reinaldo Ramos da Costa.  
 CENTRO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE — Capitão Dr. 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. Acyliño de Lima.  
 FLEURISTAS — 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 CONSTRUÍDO 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 NO 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 DAGNÓSTICO DA EPILEPSIA — 1.º Tenente Dr. Nelson Bandeira de Mello.  
 A PSIQUIATRIA TRAUMÁTICA — Cap. Dr. Jurandyr Manfredini.  
 MANIFESTAÇÕES OCULARES DOS TUMORES HIPOFISÁRIOS — Cap. Dr. Paiva Gonçalves.  
 DUAS OBSERVAÇÕES DO SERVIÇO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA (SÍFILIS CÉREBRAL SIMULANDO MENINGITE SÉPTICA E ABCESSO DO CEREBRO) — Cap. Dr. Octavio Amaral.  
 ESBOÇO PARA A PROFILAXIA DA SÍFILIS NO EXÉRCITO — Maj. Dr. Luiz Cesar de Andrade.  
 GONOCOIAS E A MODERNA TERAPÉUTICA 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 Mutel.  
 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 ODONTOLÓGICO NO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E SUAS NOVAS INSTALAÇÕES.  
 CENTRO DE ESTUDOS.  
 ESTATÍSTICA MÉDICA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO REFERENTE AO ANO DE 1938 — Major Dr. Euclides Goulart Bueno.

## ANO V — 1940

## DIREÇÃO

MAIS UM ANO DE ATIVIDADE DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Coronel Dr. José Acyliño 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 Pillar.  
 IDÉIAS ATUAIS SÔBRE TENSÃO ARTERIAL — 1.º Tenente Dr. Abelardo Lobo.  
 CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA ELIMINAÇÃO DE ÉSTERES DE AMINO-ÁCIDOS — 1.º Tenente Farmacêutico Dr. Gerardo Majella Bijos.

CLÍNICAS CIRÚRGICA E URO-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.  
FÍGADO 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. Juandir 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 OTORRINOTRITIS EM LACTENTES — Capitães Drs. Octavio Amaral e Olívio 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

SÓBRE O PREPARO DE INJETÁVEIS DE GLICOSE — Capitão Farmacêutico Dr. João Clemente do Rêgo Barros.  
O PREPARO DE CERTAS TINTURAS — 1.º Tenente Farmacêutico Leobaldo Rodrigues de Carvalho.

NOTAS E ESTATÍSTICAS

SERVIÇO FARMACÊUTICO DO H. C. E.

SERVIÇO ODONTOLÓGICO.

ESTATÍSTICA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, REFERENTE AO ANO DE 1939 — Capitão Médico Dr. Nelson Bandeira de Mello.

CENTRO DE ESTUDOS.

PAVILHÃO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA — Capitães Dr. Gabriel Duarte e F. R. P. Leivas.

ANO VI — 1941

DIREÇÃO

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — General Dr. José Acyliro 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 — Capitães Drs. Generoso de Oliveira Ponce e Juarez Pereira Gomes.

CARCINOMA PRIMITIVO DA CABEÇA DO PÂNCREAS — Capitães Drs. Generoso de Oliveira Ponce e Diocleciano Pegado Junior.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA ELIMINAÇÃO E CONCENTRAÇÃO DA SULFANILAMIIDA EM MEIOS BIOLÓGICOS — Primeiros Tenentes Farmacêuticos Drs. Olyntho Luna Freire do Pilar e Gerardo Majella Bijos.

A AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DO ÁCIDO NICOTÍNICO E SUA AMIDA NOS MEIOS BIOLÓGICOS — Primeiro Tenente Farmacêutico Gerardo Majella Bijos.

CLÍNICAS CIRÚRGICA E URO-PROTOLÓGICA

VACINOTERAPIA SEGMENTÁRIA 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 AMBULOTÓRIO — Capitão Dr. Otávio Amaral.  
SÍNTESE BIOTIOLÓGICA — 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 OCASIÃO DA POSSE NO CARGO DE DIRETOR DO H. C. E. — Coronel Dr. Florêncio de Abreu.

#### ASSUNTOS MÉDICO-MILITARES

CONSTITUIÇÃO INDIVIDUAL E RECRUTAMENTO MILITAR — Prof. Rocha Vaz.  
CRIAÇÕES BRASILEIRAS NO SERVIÇO DE SAÚDE EM CAMPANHA — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.  
A TUBERCULOSE E A SUA TERAPEUTICA SANATORIAL ATUAL — Coronel Dr. Ernesto de Oliveira.  
POSSÍVEL CONVOCAÇÃO DE INCAPAZES RELATIVOS — Ten. Cel. Dr. Câmara Leal.

#### CLÍNICA CIRÚRGICA

CÂNCER PRIMITIVO DO CÓLON — Cap. Dr. Oswaldo Monteiro.  
EM TORNO 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. Firmino Gomes Ribeiro.

#### CLÍNICAS DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

IDÉAS 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. Menelau Paiva Alves Cunha e Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello.  
ESTUDO DOS DELÍRIOS — Capitão Dr. Nelson Soares Pires.

CLÍNICA OFTALMO-OTO-RINO-LARINGOLÓGICA

CONSIDERAÇÕES SÔBRE OS RIMEIROS CUIDADOS AOS IRAU-MATIZADOS 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 Pillar.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA NATREMIA NOS MEIOS MILITARES — 1.º Ten. Dr. Gerardo Majella Bijos.

ESTATÍSTICA

ESTATÍSTICA NOSOLÓGICA DE 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.

Hospital Central do Exército  
(em 22-III-943)

DIREÇÃO — ADMINISTRAÇÃO

Diretor	Cel. Dr. Florêncio Carlos de Abreu Ferreira
Sub-Diretor	Ten. Cel. Dr. Henrique Ferreira Chaves
Ajudante	Cap. Dr. Moacyr Ribeiro da Luz
Estatística sanitária	Cap. Dr. Nelson Bandeira Mello
Secretaria	Oficial Administrativo Aristarcho Lopes de Oliveira Ramos, secretário Oficiais Administrativos Euclides Teixeira e Lourival Ribeiro do Rosário, auxiliares
Tesouraria	Capitão I. E. João Vicente Ferreira, tesoureiro Oficiais Administrativos José Veloso de Silveira e Raymundo Brandão dos Santos, auxiliares

Almoxarifado	1.º Ten. I. E. Hélio de Moura Salgado, almoxarife
Aprovisionamento	2.º Ten. Conv. Francisco Pessoa Guedes, aprovisionador

## SERVIÇOS

## CLÍNICA MÉDICA

Chefia	Ten. Cel. Dr. Jayme de Azevedo Villas Bôas
1.ª Enfermaria	Cap. Dr. Adhemar Bandeira
2.ª Enfermaria	Cap. Dr. Adhemar Bandeira
3.ª Enfermaria (sargentos)	Cap. Dr. Olivio Vieira Filho
4.ª Enfermaria	Cap. Dr. André de Albuquerque Filho
5.ª Enfermaria	Cap. Dr. Edgard Alvarenga
6.ª Enfermaria	Cap. Dr. Edgard Alvarenga
Gabinetes de Metabologia e Eletrocardiologia	Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão
Laboratório de Pesquisas Clínicas	1.º Ten. Farmº. Gerardo Majella Bijos 2.º Ten. Farmº. Paulo da Motta Lyra, auxiliar

## CLÍNICA CIRÚRGICA

Chefia	Ten. Cel. Luiz de Castro Vaz Lobo da Câmara Leal
10.ª Enfermaria	Cap. Dr. Américo Pereira
11.ª Enfermaria	Cap. Dr. Edson Hypolito da Silva
12.ª Enfermaria (sargentos)	Cap. Dr. Ito Mariano da Silva
15.ª Enfermaria (ortopedia)	Cap. Dr. Ito Mariano da Silva
19.ª Enfermaria	Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas
7.ª Enfermaria (uroproctologia)	Cap. Dr. José Ferreira de Barros
Gabinete de Transfusão de Sangue	Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas

## CLÍNICA DERMATO-SÍFILO-VENEREOLÓGICA

Chefia	Major Dr. Alvaro de Sousa Jobim
8.ª Enfermaria (venereologia)	Cap. Dr. Oscar Nicolson Tavares
9.ª Enfermaria (dermatologia)	Cap. Dr. Luiz Felipe Santayana de Castro
18.ª Enfermaria (dermatologia)	Cap. Dr. Luiz Felipe Santayana de Castro
Centro de Tratamento da Sífilis	Major Dr. Alvaro de Sousa Jobim

## CLÍNICA OFTALMO-OTO-RINO-LARINGOLÓGICA

Chefia	Major Dr. Herbert Jansen Ferreira
16.ª Enfermaria (oftalmologia)	Cap. Dr. Carlos Paiva Gonçalves e 1.º Ten. Dr. João Gervais Vieira, auxiliar
17.ª Enfermaria (oto-rino-laringologia)	Cap. Dr. Otávio José Amaral e Cap. Dr. Olivio Vieira Filho, auxiliar

## SERVIÇO MÉDICO LEGAL E DE ASSISTÊNCIA AOS PRESOS

Chefia	Major Dr. José de Azevedo Câmara
13.ª Enfermaria (presos)	—
Gabinete Médico Legal	—
Junta Militar de Saúde	—
Perícias	—

## ASSISTÊNCIA AOS OFICIAIS - (PAVILHÃO) - 14.ª ENFERMARIA

Chefia	Major Dr. Azais de Freitas Duarte
Clínica Médica	Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão
Clínica Cirurgia	Major Dr. Azais Freitas Duarte
Clínicas especiais	—

## PAVILHÃO DE NEUROPSIQUIATRIA

Chefia	Ten. Cel. Dr. Rogaciano Joaquim dos Santos
Enfermarias A-B-C-D-E-F-G	Cap. Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas e Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello
Laboratório especializado	Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello

## PAVILHÃO DE ISOLAMENTO

Chefia	Major Dr. Augusto Marques Torres
20.º Enfermaria	—
21.º Enfermaria	Cap. Dr. Milton Alvarenga
22.º Enfermaria	—

## RADIOLOGIA — FISIOLOGIA — MECANOTERAPIA

Chefia	Major Dr. João Nominando de Arruda
Gabinete de Raios X	Cap. Dr. Thiers Rodrigues de Almeida
Gabinete de Fisioterapia	—
Gabinete de mecanoterapia	—
Massagens	—
Duchas	—

## SERVIÇO FARMACÉUTICO

Chefia	Ten. Cel. Farmº. Antonio de Mello Portella
Chefia de Laboratórios	Major Farmº. Odorico de Albuquerque Barreto
Secção de Manipulação	Cap. Farmº. Olyntho Luna Freire do Pilar
Laboratório de Hipodermia	1.º Ten. Farmº. Henrique Barbosa da Cruz Filho
Laboratório de Produtos oficinais	1.º Ten. Farmº. Rubens Antunes Leitão
Auxiliares	1.º Ten. Farmº. Gerardo Majella Bijos e 2os. Tens. Farmacêuticos Paulo da Motta Lyra, Cyro de Rezende Siqueira e Mario Castagno

## SERVIÇO ODONTOLÓGICO

Chefia	Cap. Dentista João Antonio Ferreira da Cunha
Gabinete de oficiais	Bartolomeu Lopes, cirurgião dentista
Gabinete de praças	2.º Ten. Conv. Carlos Americano D'Avila
Laboratório de Prótese	Manuel Rogério
Pavilhão de Isolamento	Antonio Archanjo Câmara, cirurgião dentista
Serviço de externos	Firmo de Barros Perestello Carvalhosa.