

*BLO*

**ANNAES**

DO

**Hospital Central**

DO

**Exercito**

*20 de Junho de 1902 — 20 de Junho de 1936*

NUMERO

**1**



1936

## PAGINA DE HOMENAGEM

Presidente da Republica

**Exmo. Sr. Dr. Getulio Dornelles Vargas**

Ministro de Estado e Negocios da Guerra

**Exmo. Sr. General de Divisão João Gomes Ribeiro Filho**

Chefe do Estado Maior do Exercito

**Exmo. Sr. General de Divisão Arnaldo de Souza Paes de Andrade**

Director de Saude do Exercito

**Exmo. Sr. General de Brigada Dr. Alvaro Carlos Tourinho**

Chefe do Departamento do Pessoal do Exercito

**Exmo. Sr. General de Brigada Raymundo Rodrigues Barbosa**



## HOSPITAL CENTRAL DO EXERCITO

O administrador consciente sente-se ufano quando pôde, á testa de um estabelecimento como o Hospital Central do Exercito, dentro de suas possibilidades economicas, realizar alguma coisa util, sobretudo digna da apreciação de seus collegas de classe.

Os que trabalham commigo não se enganam, porque, quando ingressei na direcção desta casa, tratci, immediatamente, descendo a minucias, de indagar da sua marcha administrativa e, muito cuidadosamente, de onde poderia fazer as explorações de ordem económica.

Influe na ordem económica, já consagrado em compendios de Economia Política, o factor homem, tanto assim que se chama "phenomeno económico" a relação dos homens entre si no proposito firme de se provarem de meios materiaes que satisfaçam as necessidades tanto individuaes como collectivas.

Aprendi isto em creança e hoje, creio, será difficult rebuscar nos livros lição que me faça tomar rumo differente.

Preocupa-me não só o bem estar material do hospitalizado, como, em consequencia, o moral.

O H. C. E. terá de possuir boas installações, como apparelhamento technico moderno indispensavel, além do muito que ja existe distribuido pelos seus gabinetes especializados e enfermarias.

Não desejando me parecer com os que se fixam no terreno de uma só idéa, tenho sempre uma serie de coisas a executar e, confesso que, sendo absolutamente realista, passo sempre ao campo de acção, removendo os impecilhos que, não obstante a harmonia existente na administração, surgem a cada passo.

Já disse, em um dos boletins internos, não vai muito longe, que "administrar era realizar dentro das possibilidades económicas do proprio Estabelecimento.

Assim se tem feito, a começar pela economia conseguida o anno passado e da qual resultou enciar-se uma quota de 47 contos de réis á Caixa Superior de Economias da Guerra, sob a presidencia do Exmo. Sr. General João Gomes Ribeiro Filho, em cujos exemplos de honestidade e disciplina, — pela sua tempera de soldado leal e abnegado, — encontramos a estrada sempre ascendente a seguir.

As nossas verbas são insuficientes para manter as 22 enfermarias e os mil leitos que constituem o bloco do Hospital Central do Exercito.

Além das verbas, este anno, transferiram-se para as Economias Administrativas duzentos e vinte e sete contos de réis oriundos da economia realizada no anno proximo passado que, distribuidos pelos itens 1, 2, 3, 4 e 5, da letra "f" do artigo 19 do R.C.S.C.E.G., não servindo para as iniciativas da Director.a.

Não sou homem de programmas, mas sahirei daqui satisfeito se conseguir:

- a) Erguer sobre um dos alicerces existentes no immenso parque do Hospital um pavilhão para nelle instalar um modelar serviço de cirurgia.
- b) Erguer sobre o outro alicerce tambem existente no parque do Hospital um pavilhão destinado ás especialidades.
- c) Um Gabinete de Pesquisas Clinicas com o material indispensavel á sua efficiencia e que inspire confiança aos clinicos do Estabelecimento.
- d) Um pavilhão adequado ao funcionamento da Clinica Physio-therapica, com os serviços de Raios X e Mechanotherapy.
- e) Um pavilhão para o Serviço Medico Legal com as suas instalções modernas.
- f) Uma Enfermaria para presos militares, com secções para officiaes, sargentos, praças e assemelhados.
- g) Um pavilhão destinado ao serviço Neuro-psychiatria, com salas apropriadas e material moderno, indispensavel ao seu funcionamento.
- h) Um pavilhão para officiaes como o que se inaugurou ha pouco tempo no Exercito Argentino, com apartamentos de 3 peças, destinado aos senhores officiaes do Exercito, procedendo-se á distribuição baseado na magestade da hierarchia.
- i) Pavilhão destinado a Pharmacia, visto que a dependencia actual é destinada á Administração do Estabelecimento.
- j) Um pavilhão de 9 metros de comprimento por 4 de largura destinado á installação de uma officina typographica e Gabinete Photographico, indispensaveis ao serviço do Hospital.
- k) Um pavilhão destinado ás Irmãs zeladoras, em serviço neste Hospital, (com uma pequena capella annexa), visto que o lugar por

ellas occupado é destinado aos serviços administrativos do Estabelecimento (thesouraria, secretaria do C. A., aprovisionamento e almoxarifado).

l) Reforma do pavilhão onde funcionam as officinas e garage, que, presentemente, não corresponde ás necessidades do serviço.

m) Reforma e adaptação do actual pavilhão onde funciona o Serviço de Physiotherapy para nelle installar-se a Biblioteca e o Museu de Anatomia Pathologica.

n) Reforma da dependencia destinada ao Corpo da Guarda, adaptando-se o pequeno pavilhão da esquerda.

o) Construcção do pavilhão destinado á Casa da Electricidade, visto que onde está, actualmente, offerece grande risco ao Pavilhão Central e perigo de vidas.

p) Calçamento geral do parque do Hospital a paraclipipedo.

q) Reforma das installações sanitarias de todos os pavilhões de sua iéde de esgotos.

r) Reforma da cozinha e aquisição de marmitas thermicas para condução da alimentação (em condições de ser distribuida quente nos respectivos pavilhões)

s) Construcción da Portaria do Hospital.

No hospital trabalha-se anonymamente com grande entusiasmo e, sobretudo, com abnegação.

As faltas involuntarias não vêm de nós, de nossas pequenas faltas ou de nossos defeitos, absolutamente.

O que nos falta vem de outras fontes que se nos têm afigurado à removêrseis; o H. C. E. ainda guarda a sua estructura primitiva, com pequenas modificações e com construccões, que não permitem equiparal-o aos estabelecimentos congeneres actuaes.

O programma a desenvolver é vasto e vamos, mercê de Deus, realizando por partes e de acordo com as possibilidades; o fichario do Hospital está organizado e功用cionando; o serviço de transfusão de sangue está installado e tambem功用cionando; o gabinete de Raios X foi provido de material moderno; a Pharmacia está toda remodelada; a Lavanderia foi igualmente remodelada; construiu-se um amphitheatre para conferencias e reuniões clínicas; as viaturas do Hospital, em sua totalidade imprestáveis, foram completamente reformadas e se acham rodando oito carros (quatro ambulâncias, um caminhão, um ra-

*(becão e dois carros de passageiros); isolou-se o Hospital da rua, por meio de uma cerca de ferro zincado, por motivos óbvios.*

*A obra não é minha só; não sou absorvente nem exclusivista; o que se ha feito, e o que se traça para o futuro, é a exteriorização do pensamento de todos os que aqui mourejam.*

*O que se vier a executar de bom será obra de todos, o que surgir de imperfeito será obra minha.*

*Têm todos o caminho que desejam, que pretendem, sob forma auspíciosa, para o Hospital Central do Exército.*

*Aguardemos a boa vontade dos poderes públicos e, dentro de nossas possibilidades, contemos sobretudo com as nossas energias.*

ALVES CERQUEIRA.

## HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

### HISTORICO

Comemora-se festivamente pela primeira vez, de acordo com praxes estabelecidas e com os regulamentos, o aniversário deste grande Estabelecimento, o nosso maior e mais importante centro de cultura médica.

O primeiro hospital que teve o Exército Nacional existiu no centro da mui nobre e leal cidade de S. Sebastião em 1763; mais tarde, pelos anos de 1767 — 69 foi removido para o antigo colégio dos jesuítas no morro do Castelo por ordem do vice-rei D. Antônio Rolim de Moura Tavares, 1.º conde de Azambuja, sendo nele estabelecido por decreto de 21 — V — 1798 uma botica com boticario oficial e aprendiz.

Por alvará de 7 — III — 1805 foi expedido o regulamento para sua administração e criados no mesmo estabelecimento por decretos de 22 — V e 5 — XI, um laboratório farmacêutico e uma escola anatômica cirúrgica e médica que mais tarde deixaram de funcionar.

Depois da fase colonial foi extinto o Hospital do morro do Castelo pela lei de 15 de novembro de 1831.

Pela lei n. 244 de 30 — XI — 1841 foi instalado no Asilo de Invalídos da Pátria um hospital regimental provido de todos os recursos pelo Governo.

Por decreto de 25 — XI — 1844 foi restabelecido o Hospital do morro do Castelo e expedido o respectivo regulamento.

Em 18 — II — 1857 instalou-se na Fortaleza de S. João um Depósito de Convalescentes que foi transferido para o Andaráhy e mais tarde convertido em Enfermaria e depois em Hospital Militar Provisorio, dependente da administração do Hospital do morro do Castelo e finalmente em Hospital independente.

Pelo decreto n. 277 de 22 — III — 1890 que reorganizou o Serviço de Saúde do Exército foi criado também um Hospital de 1.ª classe na Capital do País com o título de Hospital Central do Exército, que só doze anos mais tarde teve instalação definitiva.

Em 1892 lançava-se em terrenos da rua Jockey Club a pedra fundamental do Hospital Central do Exército.

Em 1902 foi extinto o Hospital Provisorio do Andarahy e removido do velho casarão do morro do Castelo para os novos edificios á rua Jockey Club e nele centralizado todo o serviço hospitalar da guarnição do Rio.

A acta de sua inauguração reza assim:

"Aos vinte dias do mez de junho de mil novecentos e dous, com a presença do Exmo. Sr. Presidente da Republica Dr. Manoel Ferraz de Campos Salles, dos Srs. Ministros da Guerra Marechal João Nepomuceno Medeiros Mallet, Chefe do Estado Maior do Exercito Marechal João Thomaz de Cantuaria, Commandante do 4.<sup>o</sup> Distrito Militar General de Divisão Francisco de Paula Argollo, Commandante da Escola Militar do Brasil General de Divisão Bibiano Sergio Macedo da Fontoura Costallat, Director Geral de Artilharia General de Divisão Francisco José Ferreira Junior, Director Geral de Engenharia General de Brigada Carlos Eugenio de Andrade Guimarães, Intendente Geral da Guerra General de Brigada Antonio Vicente Ribeiro Guimarães, Director Geral de Saude General de Brigada Dr. Alexandre Marcellino Bayma, Generaes de Brigada Jorge Diniz de Santiago, Julião A. Serra Martins, Hermes Rodrigues da Fonseca, Antonio C. Pires de Carvalho Albuquerque, Coronel Luiz Antonio de Medeiros, Commandante da Escola Preparatoria e de Tactica do Realengo, Coronel João Cândido Jacques, Director do Arsenal de Guerra, Senador Coronel Bezerril Fontenelle, Deputados Dr. Tenente Coronel Paula Guimarães, Dr. Tenente Coronel Fortuna, Dr. Hosanah de Oliveira, Dr. Luiz Gualberto, Dr. Arthur Lemos, Dr. Antonio Bastos, Capitão de Mar e Guerra Alexandrino de Alencar, Capitão Tenente Adelino Martins, representante do Sr. Almirante Chefe do Estado Maior da Armada, Capitão de Fragata Fernandes Panema, Chefes de Repartições Militares, Commandantes e Fiscaes de Corpos e respectivas officialidades e outras muitas pessoas gradas, procedeu-se ao acto solemne da inauguração do Hospital Central do Exercito, cuja construcção á rua Jockey Club, no arrabalde de São Francisco Xavier, foi determinado pelo então Presidente da Republica Marechal Floriano Peixoto, projectada pelo Coronel do Corpos de Engenheiros Francisco Marcellino de Souza Aguiar e iniciada com o assentamento da pedra fundamental em vinte de agosto de mil oitocentos e noventa e dous, sendo Ministro da Guerra o Sr. General Francisco Antonio de Moura, Chefe da Directoria de Obras Militares o Sr. General Conrado Jacob de Niemeyer, engenheiro encarregado das obras o então Capitão Feliciano Benjamin de Souza Aguiar. Constando o plano geral da obra de oito grandes pavilhões isolados para enfermarias, de um grande edificio para administração e serviços geraes e de outras edificações para enfermaria de isolamento e mais serviços annexos, tudo para quinhentos doentes,

levantados dentro de uma area de terreno com duzentos e oitenta metros de frente pela rua Jockey Club, sobre duzentos e oitenta e dous metros de fundo, pônde ser levada a effeito a inauguração do novo Hospital com tres pavilhões, comportando nove enfermarias e mais outras construcções provisorias para diversos misteres e cuja construcção ficou concluida sob a Presidencia da Republica do Sr. Dr. Campos Salles, sendo Ministro da Guerra o Sr. Marechal Mallet, Director Geral de Engenharia o Sr. General de Brigada Carlos Eugenio de Andrade Guimarães, Chefe da 2.<sup>a</sup> Secção da Direcção Geral de Engenharia o Sr. Coronel do Corpo de Engenheiros Modestino Augusto de Assis Martins e Engenheiro das obras o Sr. Major do mesmo Corpo Cassiano Ferreira de Assis. Os pavilhões e enfermarias, em homenagem á memoria, serviços e meritos de militares illustres, receberam as seguintes denominações: 1.<sup>o</sup> pavilhão, Duque de Caxias, — 1.<sup>o</sup> enfermaria B. Vasques, 2.<sup>o</sup> enfermaria, Moura, 3.<sup>o</sup> enfermaria, João Severiano; 2.<sup>o</sup> pavilhão — Osorio, 4.<sup>o</sup> enfermaria, Bayma, 5.<sup>o</sup> enfermaria, Mallet, 6. enfermaria, Argollo; 3.<sup>o</sup> pavilhão — Deodoro — 7.<sup>o</sup> enfermaria, Enéas Galvão, 8.<sup>o</sup> enfermaria, Cantuaria, 9.<sup>o</sup> enfermaria, Carlos Machado. Depois de percorridas todas as dependencias do estabelecimento e após o levantamento da Bandeira Nacional, declarou S. Ex. o Sr. Presidente da Republica inaugurado o Hospital, que, em consequencia passou da jurisdicção da Direcção Geral de Engenharia para a da Direcção Geral de Saude, cujo Director é o Sr. General de Brigada Dr. Alexandre M. Bayma. Do que para em todo tempo constar, foi lavrada esta acta, por mim o Tenente Coronel do Corpo de Engenheiros Gabino Besouro, Chefe do Gabinete da Direcção General de Engenharia, assignando as autoridades acima referidas e mais pessoas presentes. — M. Ferraz de Campos Salles — J. N. de Medeiros Mallet — Marechal João Thomaz de Cantuaria — General de Divisão Bibiano Sergio Macedo da Fontoura Costallat — General Francisco José Teixeira Junior — General Francisco de Paula Argollo — General Firmino Pires Ferreira — Dr. Alexandre Marcellino Bayma — Jorge Diniz de Santiago — General de Divisão Carlos Eugenio de Andrade Guimarães — General de Brigada Antonio Vicente Ribeiro Guimarães — General de Brigada Julião Augusto da Serra Martins — General de Brigada Hermes R. da Fonseca — General de Brigada graduado Antonio Carlos Pires de Carvalho e Albuquerque — Capitão de Mar e Guerra José Pedro de Almeida Barros — Senador Coronel Bezerril Fontenelle — F. de Paula Guimarães — Deputado Arthur Lemos — S. N. S. Bastos — Padre Francisco Manoel Guedes de Miranda — Dr. Luiz Antonio Ferreira Gualberto — Pelo Sr. Ministro da Marinha, Capitão de Mar e Guerra Alexandrino Faria de Alencar — Coronel Luiz Antonio de Medeiros — Coronel Modestino Augusto de Assis Martins — Coronel Manoel G. Carvalho França — Coronel

Ricardo Fernandes da Silva — Dr. Flavio Augusto Falcão — Tenente Coronel Julio Fernandes Barbosa — Major Jeronymo Villela Tavares — Dr. Raymundo de Castro — Tenente Coronel Augusto Cesar Neiva — Major Alfredo José Abrantes — Dr. I. Rocha — Major Feliciano Benjamin de Souza Aguiar — Guilherme Midosi Pereira do Nascimento, Major Secretario do Hospital — Capitão Antonio A. de Moraes — Capitão Pedro Botelho da Cunha, pelo Sr. General Mendes de Moraes, Sub-Chefe do E. M. do Exercito — Capitão Tenente E. Adelino Martins, pelo Almirante Chefe do Estado Maior General da Armada — Representando o Almirante Commandante da Divisão de Encouraçados, Paulo Lopes Almeida, 1º Tenente — Thiago Fernandes Albuquerque Fortuna — Padre Rodrigues — Representando o General João Vicente Leite de Castro, Major Neves Jobim Barroso de Almeida — Capitão Claudio Rocha Guimarães — Dr. Alvaro de Paula Guimarães — Dr. Barbosa Roméo Filho — Alferes José Eloy Pessoa — Antonio José Villa Nova — Major Jonathas Barreto, pelo Colégio Militar — Capitão Valerio Augusto Amorim Caldas — Dr. Oscar Antonio da S. Gradiim — Dr. Pedro Rodrigues — Dr. Antonio Ferreira do Amaral — Capitão Dr. Carlos de Oliveira Costa — Dr. Lincoln Araujo — Dr. Antonio F. de Almeida Mello — Adolpho Borges Leitão — Prudencio José dos Santos — Dr. João Damasio — Capitão Epiphaneo Alves Pequeno — Tenente Manoel Ignacio da Silva Teixeira — Tenente Estellita Moreira — Manoel Frazão Corrêa — Dr. Luiz Augusto Moraes Jardim — Dr. A. do Rego Lopes — Tenente Vicente Coelho — Alfredo Augusto Falcão — Alvaro de Oliveira — Tenente Honorario José Fortunato da Silva Pinto — Tenente José Dias de Almeida — Major Cassiano Ferreira de Assis — Alferes Fernando de Medeiros — Cândido Narbal Pamplona Junior — Capitão José Feliciano Lobo Vianna — Antonio Alves da Fonseca — Tenente Heitor de Toledo — Heitor Hugo de Moraes

Em 11 — VIII — 1905, com a presença do Exmo Sr. Presidente da Republica e altas autoridades inaugurou-se o edificio destinado ao gabinete electro-terapico, o pavilhão para enfermaria de presos e o destinado ao alojamento das Irmãs de Caridade, da enfermaria General Cantuaria, mais dois edificios e o gradil do Hospital em uma extensão de 400 metros.

Em 8 — VI — 1910, foram inauguradas duas barracas de asbesto para servirem de enfermarias.

Em 20 — VI — 1913, foi inaugurado o Pavilhão Central.

Em 31 — V — 1915 inaugurou-se o pavilhão destinado ás 10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> enfermarias.

Em 4 — XII — 1928, inauguravam-se os pavilhões destinados ao Isolamento e aos operados de alta cirurgia.

Como se vê da primeira acta, só aos 20 de junho de 1902 foi dada instalação definitiva e condigna ao grande nosocomio militar.

O plano geral do Hospital foi vasado, com pequenas modificações, nos moldes do sistema Tollet.

Projecto grandioso de uma obra imensa não foi possível atacar sua construção de uma só vez. A obra tem-se feito por partes; monumento de grande vulto levantado á medicina devemos, a todo transe, completal-o levantando os edificios que ainda faltam para conclusão do plano geral do Estabelecimento.

No imenso parque do Hospital jazem aguardando paredes e coberturas tres alicerces que desafiam as inclemencias do tempo.

Tudo indica que não devemos permitir sejam destruidos pelas intempéries, mas aproveitá-los sem demora afim de que possamos ver concluido o projecto primitivo do trabalho ao qual já é indispensavel juntar novos melhoramentos como condição natural de progresso que vae, por si só, se incumbindo de ir modificando, adaptando e aperfeiçoando o que nunca é perfeito.

Os melhoramentos têm-se efectivado em todas as administrações. Cada uma tem trazido um contingente notável ao levantamento material e moral do estabelecimento.

Quanto á parte que tem tomado no desenvolvimento do Hospital, a actual Directoria tem-se esforçado por levar avante a obra de seus antecessores.

O fichario do Hospital que foi uma aspiração de todas as administrações, está organizado e funcionando; o serviço de transfusão de sangue que era uma necessidade proclamada por todos está instalado e funcionando; foram adquiridos tres carros novos, 1 de passageiros e 2 carros de condução de doentes; dos montões de ferro velho foram arrancados mais 5 carros que se acham rodando e prestando bons serviços ao Hospital; a Farmacia mereceu atenções especiais da Directoria, recebendo importantes melhoramentos; o gabinete de raios X tambem tem sido bastante aquinhoados; foi construído um amphitheatro para as sessões da Reunião dos Clínicos do Estabelecimento e para conferencias; o gradil fronteiro do Hospital recebeu tapume de ferro zincado que o isolou da rua por motivos obvios; as oficinas do Estabelecimento receberam tambem o seu quinhão. A Portaria do Hospital que era uma necessidade inadiável está para se edificar; melhoramentos de menor vulto e menos monta têm sido introduzidos no Hospital.

A Directoria pensa em reconstruir a 13<sup>a</sup> enfermaria cujo estado de ruina chegou a condições que não toleram reparos; em dar instalação definitiva ás Irmãs de Caridade que servem no Estabelecimento; em obter dos poderes publicos os necessarios recursos para edificar sobre os alicerces existentes os pavilhões que completam o plano primitivo do Hospital; em uma delas instalar um serviço

modelar de cirurgia e no outro as especialidades; e introduzir outros melhoramentos de menor vulto mas de igual utilidade.

Dirigiram o Hospital desde sua criação:

Tenente Coronel Dr. Flavio Augusto Falcão — de 19 — XI — 1898 a 20 — V — 1903; Tenente Coronel Dr. Raymundo de Castro — de 27 — V — 1903 a 1 — IV — 1904; Tenente Coronel Dr. José de Miranda Curio — de 9 — IV — 1904 a 26 — XII — 1904; Tenente Coronel Dr. Ismael da Rocha — de 26 — XII — 1904 a IV — 1908; Major Dr. Antonio Ferreira do Amaral — de 4 — II — 1909 a 31 — XII — 1914; Tenente Coronel Dr. Manoel Peero Vieira — de 2 — I — 1915 a 14 — XII — 1918; Coronel Dr. Virgilio Tourinho Bittencourt — de 14 — XII — 1918 a 15 — VII — 1920; Coronel Dr. José de Araujo Aragão Bulcão — de 15 — VII — 1920 a 16 — XI — 1922; Coronel Dr. Antonio Nunes Bueno do Prado — de 16 — XI — 1922 a 2 — V — 1923; Coronel Dr. Sebastião Ivo Soares — de 16 — VII — 1923 a 15 — X — 1924; Coronel Dr. Alvaro Carlos Tourinho — de 15 — X — 1924 a 11 — IV — 1929; Coronel Dr. Manoel Petrarca de Mesquita — de 11 — IV — 1929 a 24 — I — 1935; Coronel Dr. Antonio Alves Cerqueira — de 11 — II — 1935 até a presente data

ALVES CERQUEIRA.

=====

## MENINGO-TYPHUS

Pelo Dr. F. Leitão

(Chefe de Enfermaria no Hospital Central, Assistente Militar da 3<sup>a</sup> Cadeira de Clínica Médica da Universidade do Rio de Janeiro, Instructor de Clínica Médica da E. S. E.)

Em uma das ultimas "Reuniões dos Clínicos do Hospital Central do Exercito", no ano de 1934, apresentei um caso de meningotifoide, curado, havendo o paciente, um aluno do curso de enfermeiro da E. S. E., comparecido á reunião e exposto, com segurança, o começo da sua doença. Conseguiu ele terminar os seus estudos com bom exito.

Ficou esta minha observação inedita, mas um artigo no n.º 36, de 4 de maio de 1935, de *La Presse Medicale*, por Jean Troisier M. Bariéty, Mlle. B. Erber, G. Bronet e Mile. J. Sifferlen, sobre "Spirochétose Meningée et Méningo-Typhus", trabalho em que colaboraram tantos pesquisadores e que mereceu da imprensa médica as mais lisongeiras referencias; isto, e mais o desejo de colaborar nos *Annaes do Hospital*, decidiram-me a publicar aquele meu antigo caso clínico. Demais, já tendo tratado bem mais de uma centena de tificos, as particularidades deste caso foram taes — a clínica é bem a patologia da individualidade, como escreve Pende — que acreditei valia a pena a sua publicação.

\* \* \*

Ha uma coincidencia no meu observado e no dos autores franceses: ambos foram hospitalizados nos meses de setembro e outubro de 1934. No mais, diferem eles logo de inicio.

"Em resumo, escrevem os autores franceses, pensa-se primeiramente numa infecção de origem intestinal, embarranco gástrico febril ou dotienenteria. A reacção meningea é certa, mas não é tal que possa, ao ou dotienenteria. A reacção meningea é certa, mas não é tal que possa, ao primeiro exame, se sobrepor aos sintomas digestivos". No caso por mim observado, os fenómenos meningeos predominaram desde o começo. "Mas, escrevem eles, tem-se o direito de afirmar que toda a reacção meningea no começo de uma doença de marcha tífica permite suspeitar a leptospirose". No meu caso, em rigor, nada posso

acrescentar ou replicar aos autores franceses, porque não pensei na leptospirose, mas o bacillo de Eberth foi encontrado no liquor do doente e, segundo informação do nosso chefe de estatística, Dr. Reynaldo Costa, em 9.865 doentes hospitalizados no H. C. E., 5.740 foram de doenças infecciosas e parasitárias, não sendo observado um só de espiroquetose, em qualquer das suas várias fórmas.

\* \* \*

Trata-se do cabo enfermeiro, aluno da E. S. E., J. B. C. Sobrinho, com 23 anos de idade, branco, de olhos claros, micronormolíneo ctenico. Informou o enf. Sobrinho o seguinte, ao baixar: há já um mês aproximadamente, sentia dores na nuca e nas temporas, dores que se exacerbavam com os movimentos. Nessa ocasião teve calafrio e febre. Depois a febre desapareceu, mas a céphaléa persistiu, agora de predominância nitidamente frontal, intensa, gravativa, profunda. Foi, nessa ocasião, examinado por alguns dos clínicos do Hospital; a impressão delles é que se tratava de uma encefalalgia como a creou Fournier e, por isso, prescreveram um tratamento específico, com um preparado de bismuto, em que se associam sal solúvel e insolúvel. O seu mal, contudo, aggravado de hiporexia e insomnias e assim continuou por alguns dias, até que em 12 de setembro de 1934, à noite, teve novo calafrio, febre alta, vomitos e grande prostração. Foi examinado, então, por um dos nossos distintos collegas do Hospital, que, deante daquela quadro tão gritantemente meningo, fez-lhe uma punção lombar enviando o líquido a exame no laboratorio (I. M. B.). Foi no dia seguinte, 13 de setembro, já com o resultado do exame do laboratorio, que se deu a sua hospitalização na primeira enfermaria do H.C.E.

Era este o resultado do exame do liquor:

- a) — Líquido turvo, esbranquiçado, pequeno sedimento branco.
- b) — Elementos celulares por  $\text{mm}^3$  — 750.
- c) — Hematias por  $\text{mm}^3$  — 40.
- d) — Predominância de linfocitose; porcentagem muito pequena de polynucleares.
- e) — Não foram vistos germens ao Gram e ao Ziehl.

Vi-o na enfermaria no dia seguinte. O quadro clínico da meningite, já muito nítido, só se realizou completamente após: a atitude em gatilho de espingarda, o sinal de Kernig, o de Brudzinsky, a hiperestesia, o exagero dos reflexos cutâneos, a risca meningítica, etc. Pelo que, o chefe da enfermaria o transferiu para a 19ª Enf. do Pavilhão de Isolamento, por mim chefiada, nessa época. Até o dia 17 a situação era inalterável e alta a temperatura: 39,6.

Resolvi fazer nova punção para novo exame de liquor e, autorizado por uma conferencia médica com dois collegas do Isolamento, já certo que não se tratava de meningite meningococica, fiz 60 ccs. de sôro antimeningococico polivalente intraraquídiana e subcutaneamente. Tenho uma longa prática do manejo deste sôro e como, por via raquiana, sempre o tenho empregado sem accidentes e mesmo sem reacções, (em punção sub-occipital, na dose máxima de 20 ccs., tênhlo verificado reacções, mas não accidentes) queria aproveitar a sua ação inespecífica. Nas erisipelas, por exemplo, varios collegas me têm informado terem empregado o sôro antitetânico com bons resultados do que o sôro antiestreptococico e eu mesmo já verifiquei, varias vezes, no Pavilhão de Isolamento do Hospital, a veracidade dessa afirmação.

O facto é que, imediatamente após o emprego do sôro, o doente melhorou de modo considerável. No dia 19, não sómente a síndrome meningítica havia cedido, como não havia mais nem a céphaléa, tão antiga e tão rebelde. (O tratamento durante o tempo da hospitalização, anterior ao sôro, foi feito com urotropina, electrargol, capacete de gelo, etc.) Dali por diante, a febre continua, a sintomatologia abdominal mal definida, o aumento discreto do baço, é que me fizeram pedir ao laboratorio a pesquisa da S. A. Widal. O resultado

Typho 1/320 Paratypho A 1/80 Paratypho B 1/160.

Devo acrescentar que o doente não tinha sido vacinado contra o grupo coli-typhico.

Quanto ao resultado do 2º exame do liquor, foi:

- 1) negativo para meningococo e b. de Koch.
- 2) negativa a R. Wassermann.
- 3) negativa a R. Nonne-Appelt.
- 4) negativa a R. Lange.
- 5) negativa a R. do benjoim coloidal.

Com o resultado da S. A. Widal, pedi ainda uma hemocultura — foi negativa. Não é de admirar: foi feita uma só e feita já numa época em que é difícil obter-se resultado positivo.

Mas há um facto interessante a assinalar. Só pensei na infecção typhica após o emprego do sôro antimeningococico, quando desapareceu a síndrome meningítica, permitindo o diagnóstico da doctenenteria; é verdade que, por ocasião do 2º exame do liquor, eu já havia afastado o diagnóstico de meningite por meningococos, mas se foi pedida novamente a sua pesquisa, apelando para culturas, é pela importância que oferece esta infecção na nossa epidemiologia militar e era preciso, pois, que este ponto ficasse bem esclarecido.

Posteriormente, já resolvido o problema clínico, conversando com o tecnico do S.M.B. que procedeu aos dois exames do liquor, dizendo como o caso se encaminhára para infecção typhica, elle me declarou que havia isolado, no liquor, bacilos de Eberth, não tendo assinalado nos documentos o resultado das suas pesquisas, porque, tendo em vista os exames pedidos, mais acreditou elle se tratasse de uma eventual poluição do material enviado a exame (2º exame).

\* \* \*

Minha experiência com "meningo-typhus" não se limitou, com tudo, a este caso. Antes delle já tinha tido um caso de meningite typhica, complicação que sobreveio no decurso comum da molestia, que felizmente também acabou pela cura.

Doente, talvez, mais interessante, tive pouco depois e cuja observação passo a narrar resumidamente.

M. M. dos Santos, com 22 annos de idade, cabo reservista do 1º Regimento de Cavallaria Divisionaria, hospitalizou-se na 5ª Enf. do H.E.C. em 13 de abril de 1935, achando-se todos os documentos clínicos archivados na sua caderneta, que tomou o numero 4.195.

Visto no dia 14 pelo cap. dr. Juarez Gomes, este fez-lhe uma punção lombar, mandou o material para exame no I.M.B., injetou 40 ccs. de sôro antimeningococico polivalente na raque, 20 ccs. sub-cutaneamente e, em seguida, transferiu-o para o P.I., onde foram feitos mais 20 ccs. do referido sôro na veia, ficando então o doente sob os meus cuidados.

Vi-o no P.I. em profundo torpor, na attitude característica de gatilho de espingarda, uma vez por outra soltando o grito meningítico, tachicardico, hipotenso, temperatura elevada. O resultado do sôro antimeningococico parece foi satisfatorio, pois a melhora do paciente foi notável, permittindo a anamnese, que não havia ainda sido escripta no seu documento de baixa ao Hospital. Informou elle, então, que começou a se sentir mal no dia 12 de abril de 1935, com intensa dôr de cabeça, occipital, sendo-lhe impossivel o mais ligeiro movimento. Teve calafrio e febre, tendo igualmente vomitado muito. Dahi por deante de nada mais se recordava, não tendo conciencia da sua hospitalização, nem da punção lombar realizada.

Por esta época foi visto em conferencia com o meu colega de Isolamento, dr. Cicero Pimenta de Mello.

O resultado do exame do liquor, pedido pelo dr. Juarez, foi:

- a) sedimento com aspecto de puz, formula mixta, polynucleares e linfócitos.
- b) ausência de meningococos.
- c) presença de bacilos Gram negativos em grande numero a identificar.
- d) glycose — 0,63 %/oo.

#### *Identificação dos germens:*

Bacilos moveis, Gram negativos, não fermentando a lactose, fermentando a glycose com gaz, aglutinando pelo sôro *antiparatyphico B. (Major dr. Pacifico)*.

Deante deste resultado, pediu-se uma hemocultura, que resultou negativa. Fez-se tambem uma S. A. Widal, que foi negativa para os bs. typhicos e paratyphicos A e B. Esta ultima pesquisa, infelizmente, foi só uma e realizada relativamente cedo.

O doente teve alta curado em 10 de maio de 1935.

\* \* \*

Prefiro narrar os factos, singelamente, a tirar conclusões e edificar theories. Mais vale render-se á realidade do que ficar aprisionado nos tratados, certo que a soberana clínica é a razão de ser da Medicina.

## MOMENTOS MEDICO-LEGAES

Dr. Aridio Martins

(Major medico e chefe do Serviço Medico-Legal do H. C. E., professor catedratico de Medicina Legal da Faculdade Fluminense de Medicina, da Faculdade Fluminense de Odontologia, interino da Escola de Medicina e Cirurgia do Instituto Hahnemanniano do Rio de Janeiro, bacharel em Direito, membro nato do D. P. T. da Policia do Estado do Rio de Janeiro, membro do Conselho Penitenciario do Estado do Rio de Janeiro, membro da Academia de Scencias Artes Educativas da Federação de Professores do Estado do Rio de Janeiro, ex-medico legista da Policia do Distrito Federal, ex-Presidente da Associação Medico-Cirurgica de Nictheroy e da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Nictheroy, da Escola de Saúde do Exercito e assistente militar do Instituto Medico-Legal do Rio de Janeiro, etc., etc.)

A pericia é uma syndicancia medico-juridica. Dahi, o perito dever ser um especializado.

Auxiliar da Justiça, é o perito, na affirmativa de Hoffmann, uma testemunha technica.

O perito estudando o homem segundo os factos da Medicina Legal, faz o seu relato *secundum artem*, e o entrega ao magistrado, para que o julgue *secundum jus*. Conforme o conceito de Lucchini, o perito é um orgão auxiliar das facultades perceptiveis do juiz, é "como que uma lente anteposta aos olhos do homem para melhor investigar a estructura de um objecto". O perito, embora tenha um campo illimitado para proceder ás suas investigações, encontra *terreno* restricto, apertado e circumscreto pelos quesitos que lhe são apresentados. Kraft-Ebbing, entretanto, aconselha que esses quesitos sejam propostos em linguagem clara, em termos intelligiveis, para evitar incurssões em terreno vago e estranho ás interpretações. O perito descreverá com fidelidade tudo que vir a observar, evitará commentarios e discussões, limitar-se-á ao *visum et repertum*, tirará suas conclusões para finalizar com as respostas ao questionario proposto.

Sendo uma testemunha technica, merece a opinião do perito bastante fé, quando affirmativa, e Edward Bounier, citando Koffst, jurisconsulto inglez, declara valer mais essa affirmativa, que quando negativa.

A. Riant aconselha ao magistrado ouvir sempre o medico perito toda a vez que estiver deante de questões de responsabilidade.

Igual conselho dão Kraft Ebbing, Dutrait, Lacassagne, Lannois e Destot.

Resulta, pois, que não cabe a qualquer medico divorciado da especialidade exercer as funcções de perito, porque, um estudo bastante pratico da medicina legal, funda-se na observação, conforme os ensinamentos de Brouardel, visto ser a Medicina Legal sciencia de emprestimo.

Um engano sacrifica o prestigio da pericia medica. Vibert diz que a falta de estudo da Medicina Legal, conduz medicos não especializados a formularem ousadamente conclusões muito afirmativas que desviam a Justiça para resultados inocuos. Tudo por falta de estudo previo da especialidade.

No meio medico-militar é o ensino de medicina legal descurado. Annos seguidos, sahem da Escola de Saúdo do Exercito turmas de brilhantes medicos militares que não conseguem colligir elementos da especialidade, por ausencia da cadeira especializada no Curso. Resulta que os novos medicos militares, encaminhados aos Corpos de tropa ou Estabelecimentos, são, por força dos regulamentos, peritos necessarios, d'ahi, se sentirem em severas dificuldades para resolverem situações periciaes.

Um perito não é forjado na matriz dos regulamentos, faz-se pela observação, experiencia e especialização, pois, a responsabilidade do perito é, como affirma Brouardel, bastante pesada. O perito não pôde commetter uma falha pericial por ignorancia, porque, como se expressam Tourdes et Metzquer, é desconhecer o que cada um deve saber.

E' preferivel que o perito diga "não sei", e assim se approximaria mais dos ensinamentos de Hippocrates, quando no livro dos "Preceitos" manda o medico appellar para a conferencia medica; pois, caberia bem o "nosce te ipsum" ("Gnôthi se auton", palavras gravadas no portico do templo de Delphos, tomadas por Socrates como divisa). Não é deshonra dizer o medico nomeado perito não saber executar determinada pericia, porque o contrario disso, resultaria sómente obra falha, imprecisa, imperfeita e que de qualquer maneira poderia produzir resultados desastrosos. O perito deve ser vigilante e prudente, porque, assim, seguirá sempre a legenda do Collegio de Lyon creado no reinado de Henrique III: "Vigil et prudens", apoiada por Sainte Beuve, que considerava a verdade como "verdade sómente: "Et verus et vigil prudensque". O perito deante da Justiça deve dizer a verdade, porque elle é apenas um demonstrador, segundo os ensinamentos de Tardieu. Legludic manda que o perito em seu relatorio faça uma descrição minuciosa e precisa.

O perito, sendo minucioso, deve usar linguagem clara, segura e ao alcance do leigo, porque seu destino é fazer laudos para quem não

é medico, e é esse o ensinamento de Lacassagne. Não basta ser medico insigne ou cirurgião emerito para ser perito, ha necessidade de conhecimentos da Medicina Legal. Dando contas á justiça, redigindo o relatorio preciso e seguro, tem o perito de ser fiel, claro e usar de linguagem simples. Não deve o perito entreter-se em commentarios, e sim responder somente as questões propostas, como bem ensina Houlard D'Arcy. O perito deve ter uma idéa severa e precisa do dever pericial, porque, se não tiver uma experiecia especializada, por mais notavel clinico que seja, será um perito incompetente, na affirmativa de Nina Rodrigues. Como technico, o perito verifica o facto *secundum artem*, estabelecendo premissas, entrega após suas observações ao juiz, que, comparando as provas *secundum jus*, tira delas conclusões necessarias. Para boa norma de uma orientação pericial, é dever não desprezar conselhos, e assim Lacassagne fornece os seguintes, que devem sempre ser orientadores dos peritos:

- 1º) É preciso aprender a duvidar e, conseguintemente, não ter idéas preconcebidas.
- 2º) Os casos apparentemente muito simples podem ser extremamente complicados.
- 3º) Olhar com attenção e ver bem.
- 4º) Evitar as theorias precipitadas e desconfiar dos arroubos de imaginação.
- 5º) Nunca formular conjecturas complicadas.
- 6º) Proceder com ordem e methodo que obedeça a um plano preestabelecido. Uma autopsia mal feita não pôde ser recomeçada.
- 7º) Ter sempre presente: "Tota medicina prudentia est".

A' esses conselhos additou Praguer:

"1º) Examinar previamente se tem competencia para o caso a que é chamado. 2º) Usar de paciencia e doçura ao ouvir os queixumes do examinando, porque seria o meio seguro de captar-lhe a confiança. 3º) Sagacidade para dar o justo valôr aos commemorativos. 4º) Imparcialidade para poder somente dizer a verdade, não se esquecendo de que da sua affirmation dependem muitas vezes os mais sagrados direitos e interesses. 5º) Fidelidade a mais escrupulosa no que tiver observado, para o que notará *in loco o visum et repertum*. 6º) Usar em seu relatorio de estylo simples e claro, evitando termos de duplo sentido, porque seu fim é fazer-se entendido e esclarecer. 7º) Não affirmar senão o que puder demonstrar scientificamente. 8º) Não ultrapassar jamais a esphera de suas attribuições, afim de evitar prevenções da parte dos magistrados. 9º) Não sacrificar os interesses da justiça ao espirito de classe ou ao orgulho profissional."

Seguindo estes conselhos, teremos observado sempre o bello concito de Socrates: faremos conscientemente justiça e nunca commet-

teriamos injustiça! Sigam, pois, os peritos esses ensinamentos e a consciencia profissional estará sempre alta e serena, elevada e tranquilla.

\* \* \*

O Serviço Medico-Legal do Hospital Central do Exercito, sobre ser uma organização modesta, attende a sua finalidade. Todas as pericias alli executadas têm sido apoiadas não só pelas autoridades juridicas militares como pelas civis. Serviço centralizado, no anno findo elaborou essa dependencia do Hospital Central do Exercito 1.874 pericias no vivo, no morto e em objectos.

Seguem abaixo alguns laudos, que, embora não sirvam de modelos, entretanto demonstram o carinho com que vimos ha mais de quatro lustros dedicando á especialidade, sempre complexa, delicada e recheiada de bellos ensinamentos:

#### HERNIA ACCIDENTE

Os peritos abaixo firmados, nomeados pelo Sr. Dr. Juiz de Direito da 1<sup>a</sup> Vara da Comarca de Nictheroy, para procederem a exame em A. J. S., na acção que o mesmo move contra a Companhia X... por accidente de trabalho, depois de compromissados, receberam os quesitos do autor e da ré, passando a realizar os exames e observações como se segue: E' apresentado a exame um individuo de côr branca, que declarou chamar-se A. J. S., ter 38 para 39 annos de idade, ser casado, natural do Rio Grande do Norte, residente á travessa... nº..., na rua da... e bairro das Neves, individuo esse reconhecido por todos os presentes como sendo o proprio. E' o examinando de regular compleição physica, medindo um metro e sessenta e tres centimetros de altura, pesando cincocentas e sete kilos e tendo de perimetro thoraxico noventa centimetros (Indices de Tartiere e Pignet quasi bons); as suas medidas craneanas accusam os seguintes diametros: antero-posterior, dezoito e meio centimetros, e bipraietal, quinze e meio centimetros. E' portador de constituição psychica (1) relacionada com seu grao de instrucção primaria e certa tendencia que vai ao limiar da olygophrenia, sem contudo deixar apreciavel esta modalidade psychopathica. As propriedades morphologicas e physiopsychicas conduziram Kretschmer a evidenciar as intimas relações existentes entre a constituição somatica, o temperamento e o caracter, estabelecendo por essa forma um estudo da constituição corporal. O

(1) Esses dados são relatados por haver quesitos attinentes ao assunto.

estudo dessa constituição corporal relaciona de qualquer forma a sua "conducta", sobretudo dos que se apresentam como o examinando, um typo mesosthenico da typologia, segundo os preceitos estatuidos por Kretschmer, Viola, Pende e Noccarati. Interrogado, disse o examinando ser foguista da barca... da... e que em dias que não precisa, do mez de março de 1934, quando "arrastava carvão" para as carvoeiras na referida barca, sentiu forte dôr na região inguinal direita, sobrevindo-lhe vomitos e sentando-se immediatamente. Foi nessa occasião, continúa o relato do examinando, amparado por dois companheiros, não trabalhando mais esse dia, verificando tambem formarse um relevo do tamanho de um pequeno ovo na referida região inguinal. Ao dia seguinte compareceu á visita medica, sendo pelo clinico aconselhado a se submetter a intervenção cirurgica. Continuou a sentir dôr na região, retornou ao seu serviço quarenta e oito horas após, sentindo sempre dores que se exacerbavam ao esforço expendido pela natureza do seu serviço. Posteriormente foi submetido a intervenção cirurgica para a cura de hernia. Apresenta as paredes abdominaes de aspecto batracheano, sendo as zonas epigastrica, mesogastrica até os limites das regiões das fossas illiacas espalmadas e estas ultimas em projecção convexa abobadando-se. Na fossa illiaca direita ha uma cicatriz em baixo relevo, de côr pardo clara, de soalho deprimido e bordos engelhados e mais escuros, medindo tres centimetros de extensão, resultando de anterior intervenção cirurgica de appendicite realizada em julho de 1934, conforme declaração do examinando. Situada desde a porção inferior e media da região da fossa illiaca direita, abaixo da cicatriz anterior, cerca de tres dedos, em direcção obliqua até um dedo para fóra da raiz do penis, ha uma cicatriz de 8 1/2 centimetros de extensão, de bordos em pequeno relevo relativamente ao plano da superficie externa da região, de côr pardo clara, de aspecto endurecido á palpação. Ainda pela palpação notam os peritos os tecidos subjacentes a essa cicatriz, de aspecto endurecido, estando o respectivo orificio inguinal retrahido. Esta ultima cicatriz e demais aspectos apresentados, referem-se á intervenção cirurgica para a cura de hernia, optima e proficientemente executada. Os exames e manobras procedidos na zona inguinal direita despertaram dores ao paciente justificaveis em face da maior sensibilidade, que é commun aos operados em taes circunstancias. Na região inguino-crural esquerda, notaram os peritos haver no paciente uma dilatação do anel crural correspondente, apresentando ainda varicocelle mais pronunciada á esquerda. Na Medicina Legal dos accidentes de trabalho, as hernias vêm sendo objecto de capitulo reservado, taes as controversias observadas na interpretação da legislação em vigor. Hernia doença ou hernia accidente, uma vez que a legislação seja omissa nas determinações concusioneas, resulta sempre das condições habituaes do trabalho. O accidente, na expressão de M. Lebret, é a lesão corporal provindo de una acção subita de causa exterior,

CENTRAL DO EXÉRCITO

doutrina essa aceita em o Congresso de Acc. de Trab. de Paris. A causa exterior provém do esforço, da rapidez e da violencia do trauma, triade que pôde occasionar o accidente. Por outro lado, releva notar que o accidente resulta de causas inherentes ao exercicio normal e habitual da profissão, meio, local e natureza do serviço pelo esforço habitual. "E", como afirmam Serre e Verhaegen, "o facto pelo qual o homem é victimá de uma lesão corporal sobrevinda pelo trabalho occasionando uma lesão do organismo" (caso de hernia — Rev. Esp. Acc. Trab., 1905. Idem Rec. Doc. Minist. — Bordeaux — março 1907).

As hernias, segundo os estudos de Berger (*As Hernias e os Accidentes de Trabalho*) e Thoele (*Origem e pericia das hernias inguinæs*) têm causas antagonicas; para o primeiro, é o resultado de um esforço, e assim se orienta mais pela opinião do publico, e o segundo, mais clinico, orienta as suas observações como a resultante de uma manifestação exterior sobre uma evolução morbida. No capítulo II, das "Hernias" (da Medicina Legal dos Acc. de Trab. e das Doenç. Professor Dr. Afranio Peixoto, Favero e Ribeiro), ha, nas "considerações geraes", a citação de varios tratadistas, dando ás hernias de fraqueza e de esforço, *sempre a força como condição indispensavel*. Entretanto, mais adiante, ainda no mesmo opusculo, vêm considerações desfazendo esse princípio para exceptuar, através os signaes caracteristicos, a hernia accidente e hernia doença. De doença ou de força, as hernias desabrocham sempre pelo esforço, maior ou menor, endogeno ou exogeno, porque de outra forma não se poderia comprehender o resultado de uma dilatação maior e consequente extravasão dos elementos (epiplon ou intestino), senão pelo esforço. Assim, é A. J. S. portador de cicatriz resultante de intervenção cirurgica da hernia inguinal direita, apresenta ainda dilatação do anel inguinal esquerdo, além de varicocelle mais pronunciada á esquerda. Biotipologicamente é um mesosthenico de organização psychosomatica de accordo com o meio em que vive, sem, contudo, apresentar reacções psychosensoriaes e motoras que o enquadrem em determinada psychopathia. (Os quesitos em numero de 38 foram devidamente respondidos). Relator: Dr. Aridio Martins.

\*  
\* \*

#### PARECER INFORMATIVO

Revendo o auto de autopsia de J. D. P. de 12 de janeiro do corrente anno, constam da alinea 4) os elementos que motivam o requerimento do sr. Promotor de Justiça constante do officio presente do senhor coronel encarregado do I. P. M.

No caso em apreço têm os peritos, tanto quanto lhes favoreçam os exames e observações, de procederem o diagnostico medico-legal por exclusões e sobretudo pelos elementos que, tornando lethal a lesão, apresenta ainda a victimá.

Uma das questões mais serias a ser resolvida pelos peritos, nos casos de suicidio por arnia de fogo, é de se saber positivamente do acto lethal voluntario. E' um problema que sempre tem interessado o mais alto ponto de vista ao magistrado. Questão difficult, que merece toda a atenção dos peritos e exige toda a sua sagacidade. Em regra, sabe o medico que a maioria dos suicidios é preparada pôr uma elaboração mental, por certo de ordem pathologica e por vezes manifestada pelo contagio social. Uma familia tem o dever de ficar desolada pelo suicidio de um de seus entes, e o proprio Carriet, em magnifica these, chamou os egressos da vida de "melancolicos cujos signaes premonitorios falham aos observadores".

D'ahi, resulta a necessidade da pericia em local, chamada "inspecção medico-jurídica de local" com o "levantamento do cadáver". No caso em apreço, ao que sabem os peritos, por informações posteriores, houve a pericia de local procedida pelo Instituto Medico-Legal da Policia do Distrito Federal e Departamento de Pesquisas e Investigações dessa Repartição Federal. A inspecção jurídica do local daria, senão signaes certos, ao menos bastante provaveis do suicidio, homicidio ou accidente, uma vez que os elementos e tudo que circumde o cadáver possam fornecer os dados primordiales para as conclusões, tendo em vista tambem o confronto com a pericia necroscopica. Ainda revendo o laudo de autopsia em questão, na alinea 18) consta a retirada de um projectil de arma de fogo que será remettido uma vez que se faça necessaria a sua annexação aos autos do processo. (1) Tem importancia o estudo do projectil, para identificar a arma que serviu para ferir. Foi enocntrada no cadáver autopsiado uma bala que serviu para produzir as lesões lethæs. Seria possivel dar indicações sobre a arma que serviu ao acto pelo projectil encontrado? Sim; pesado, medido, levanta-se o numero de impressões helicoidales deixadas sobre o projectil pelas arestas que determinam os espaços das raias do cano da arma. Por outro lado o projectil encontrado e retirado do cadáver, para provir da arma encontrada com o cadáver, teria de ser periciado comparativamente com os projectis intactos, calibre, etc., que porventura existam ainda com a arma encontrada. Ainda completando a pericia, não seria de desprezar as impressões estereotypadas na bala e principalmente as digitæs na arma.

No exame necroscopico, a alinea 4) constata incrustações de polvora combusta nos dedos pollegar, indicador, medio e auricular da mão esquerda, accrescendo que o dedo pollegar direito apresentava

(1) Foi posteriormente requisitado o projectil e enviado à Auditoria do D.P.E.

no terço superior do bordo interno uma escoriação lenticular de aspecto pergaminhado. Diz o officio do senhor coronel encarregado do inquerito policial militar, transcrevendo a parte do requerimento do sr. Promotor, que os depoimentos das testemunhas affirmam estar "o cadaver caido empunhando a arma com a mão direita". Como estaria caido o cadaver? Em decubito dorsal, ventral, lateral? For informações colhidas verbalmente por um dos peritos, ao medico-legista do Instituto Medico-Legal do Rio de Janeiro que procedeu à pericia de local, obteve a descrição verbal de que o cadaver estava caido em decubitus ventral segurando com a mão direita uma arma pequena que se achava sob o corpo.

Quanto ás tatuagens, diz H. Gross em seu *Manual de Instrucção Judiciária* que, em se tratando de armas de dimensões pequenas, poderia esta ser quasi empalmada, sendo o 2º chyrodactylo sobreposto ao gatilho ou mesmo ao longo do cano, enquanto que a manobra de detonação poderá ser feita com o terceiro e mesmo quarto chyrodactylo; o 1º chyrodactylo seria apenas o elemento adjuvante.

No caso em apreço, explicar-se-iam as tatuagens esquerdas pelo anteparo da mão esquerda sobre a direita e o pollegar direito forçando o gatilho, d'ahi a escoriação lenticular constante do final da alinea 4) do laudo de autopsia.

A lesão inicial no precordio descripta na alinea 3) dá aspecto de tiro a curta distancia, pois a fórmula, bordos, coloração ennegrecida, isso justificam, e dahi, provavelmente, em sendo dextro a vítima, encontrar melhor posição recorrendo ao auxilio da mão esquerda como adjuvação. E' a hypothese que justificaria a tatuagem esquerda e a escoriação lenticular do pollegar direito. Provavelmente o 1º chyrodactylo esquerdo, auxiliando o esforço do direito sobre o gatilho, exercesse pressão sobre este e consequentemente, com as maiores probabilidades, surgisse a escoriação lenticular descripta como sendo produzida pelo encontro desse dedo ao gatilho. Uma vez os gazes se escapando da arma no momento da detonação, manchariam os dedos mais juntos a esta.

Chavigny, em sua "Medicina Legal das Feridas por Arma de Fogo", citando Midon, fornece o resumo dos principaes elementos de diagnostico diferencial do suicidio e homicidio por arma de fogo. No suicidio: Exame do local: não ha signaes de lucta; a arma se acha habitualmente com o cadaver. Quando levantado o cadaver, não se constatam signaes de violencia, apresentando a vítima uma ou varias feridas por arma de fogo caracteristicas de tiro dado a curta distancia. O tiro, via de regra, em pontos mais accessíveis, ordinariamente cabeça e precordio. As vestimentas são geralmente queimadas ou maculadas de polvora combusta; a arma está geralmente empunhada, presa á cinta ou proxima á mão que a empunhou; sobre a arma ficam estereotypadas as impressões digitae. Autopsiado o cadaver, quando o tiro não é transfixante, o projectil retirado coincide com

a arma encontrada; os dedos apresentam maculas de polvora combusta.

No homicidio, continúa Midon, no local, o crime deixa signaes de lucta ou a arma está longe do cadaver ou, se junta a elle ou em sua mão, os dedos não são contrahidos na posição de fixação; pôde haver ausencia da arma junto ou nas immediações do cadaver. O corpo revela signaes de violencia, uma ou varias feridas offerecem caracteres de tiros dados a uma certa distancia. Os tiros podem attingir a varias regiões do corpo, frequentemente no abdomen. As vestes transfixadas pelo projectil por vezes e a curta distancia o tiro; ausencia de tatuagem nos dedos. A arma, si encontrada junto ao cadaver, não estará fortemente segura pela mão da victim, visto ter sido collocada após a morte, quando o processo de rigidez muscular se inicia. O ponto essencial é que na arma as impressões digitae são de outro que não a victim. São esses os conceitos de Midon.

No caso em apreço os elementos fornecidos pelo cadaver, submetido á necropsia pelo Serviço Medico-Legal deste hospital, no dia 12 de janeiro do corrente anno, conduzem a uma orientação medico-legal mais para a probabilidade de suicidio, que homicidio. O projectil retirado do cadaver está archivado neste serviço Medico-Legal e será remetido tão promptamente haja recebido a respectiva requisição. Quanto á pericia do local, foi ella procedida pelo Instituto Medico-Legal da Policia do Distrito Federal, conforme conhecimento verbal que teve um dos peritos que firmam este parecer.

#### LAUDO DE PROJECTIL

Aos vinte e sete dias do mes de novembro do anno de mil novecentos e trinta e cinco, nesta cidade do Rio de Janeiro, no Hospital Central do Exercito, presente o senhor major doutor REYNALDO RAMOS DA COSTA, chefe do Serviço Medico-Legal, por delegação do senhor coronel doutor ANTONIO ALVES CERQUEIRA, director do referido hospital, commigo JOÃO PINTO DUARTE DOS SANTOS JUNIOR, enfermeiro de 3<sup>a</sup> classe, servindo de escrivão, os peritos nomeados doutores ARIDIO FERNANDES MARTINS e OCTAVIO JOSE' AMARAL, capitães, ambos com exercicio profissional neste estabelecimento, e as testemunhas CORNELIO VIEIRA SANTIAGO e MANOEL ANTUNES DA SILVA, enfermeiros de 3<sup>a</sup> classe, prestado pelos peritos o compromisso de bem e fielmente desempenharem os deveres do seu cargo e com verdade declararem o que descobrirem e encontrarem e o que de sua consciencia entenderem, aquella autoridade encarregou-os de procederem a exame de projectil. Passando os peritos a fazer os exames ordenados e as investigações que julgaram necessarias, declararam o seguinte: UM PROJECTIL DE ARMA DE FOGO, DE CHUMBO, CYLINDRO-OGIVAL, PESANDO SEIS GRAMMOS E

QUARENTA CENTIGRAMMOS, MEDINDO TREZE E MEIO MILLIMETROS DE ALTURA E SEIS MILLIMETROS DE BASE. ESTE PROJECTIL APRESENTA NO VERTICE DUAS RANHURAS CURVAS E PARALLELAS, SENDO QUE NA CONVEXIDADE DA RANHURA SUPERIOR HA PEQUENA EFRACCÃO DO CHUMBO; NO CORPO DO PROJECTIL HA EM SUAS FACES E EM POSIÇÕES OPPOSTAS DUAS SOLUÇÕES DE CONTINUIDADE, SENDO QUE UMA DELLAS EM BISEL; EM SENTIDO LIGEIRAMENTE OBLIQO HA NO CORPO DO PROJECTIL UMA SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE COM CERCA DE TRES MILLIMETROS DE COMPRIMENTO; NA BASE HA LIGEIRO AMASSAMENTO DOS BORDOS DO GODET; ESTE PROJECTIL APRESENTA-SE MANCHADO DE SANGUE DISSECADO, ALÉM DAS RANHURAS NORMAES POR EFFEITO DA DEFLAGRAÇÃO. E foram estas as declarações que em sua consciencia e debaixo do compromisso prestado fizeram. E por nada mais haver deu-se por concluido este laudo de projectil, que vae assignado e rubricado pela autoridade que presidiu o exame, pelos peritos nomedos e pelas testemunhas referidas, que assistiram ao exame desde o seu inicio comigo JOÃO PINTO DUARTE DOS SANTOS JUNIOR, enfermeiro de 3<sup>a</sup> classe, servindo de escrivão, que o dactylographei e que de tudo dou fé. (Relator: Dr. Aridio Martins).

### LIVRAMENTO CONDICIONAL

#### *Relatorio*

J. F., preso recolhido á Penitenciaria do Estado, matriculado sob n. 1.137, no cumprimento de sentença de 11 annos, 9 meses e 22 dias em virtude de condenação imposta pelo Tribunal do Jury da Comarca de Parahyba do Sul, fundado no art. 3º, § unico do decreto 16.665, de 6 de novembro de 1924, requereu livramento condicional por haver cumprido mais de dois terços da pena.

Do processo consta que em a noite de 30 de outubro de 1927, cerca das 22 horas, no logar "Campo Alegre", quarto Distrito do Municipio de Parahyba do Sul. J. F., tambem conhecido por "J. Gostoso", penetrando na residencia de D. C. M. S., onde havia danças, aggrediu a foice quatro pessoas, vindo uma dellas, a de nome C. G. O., a failecer em virtude das lesões recebidas de J. F., constatadas em o laudo de autopsia, predominando traumas craneanos; e as tres pessoas attingidas apresentavam todas lesões de natureza leve.

Processado, foi submettido a dois julgamentos, sendo condenado em o primeiro a 27 annos de prisão cellular; submettido ao segundo, logrou a pena de 11 annos, 9 meses e 22 dias de prisão cellular como incursão no grau sub-medio dos arts. 303 (tres vezes) e

234, § 2º da Consolidação das Leis Penaes. O liberando foi preso a 14 de novembro de 1927, tendo, portanto, cumprido mais de dois terços da pena.

Individuo de côr preta, ingressou para o crime aos dezenove annos de idade, analphabeto, cuja vida pregressa fel-a ao vicio da embriaguez, libando-se constantemente.

Preso, processado, condenado, cumpre sua sentença na Penitenciaria do Estado, onde vem se adaptando a uma norma de vida salutar, pois actualmente, com 26 para 27 annos, já sabe ler e escrever, tem o officio de alfaiate, tudo aprendido alli naquelle estabelecimento, tornando-se assim um individuo util a si mesmo.

O relatorio do Dr. Director da Penitenciaria esclarece que J. F., "quando se tornou criminoso, era menor e analphabeto. Frequentou a escola com assiduidade, tendo aproveitado bastante. E sempre destacado para o serviço externo de utilidade publica, merecendo confiança da Directoria. O seu peculio é de 400\$000. As relações de affectividade com pessoas de familia são firmadas por correspondencia amistosa. Vive bem com os companheiros de infotnio e promette acatar as determinações da lei se conseguir o livramento ora pleiteado".

Visitando em a manhã de 27 de março a Penitenciaria, foi meu proposito surprehender J. F. em suas actividades e relações naquelle Presidio. Com elle palestrando demoradamente, procurei esverrumar-lhe o intimo, estudando o seu psychismo através os "tests" que de qualquer forma pudesse traduzir a sua personalidade, por me parecer ao começo da leitura da historia do seu delicto ter sido o liberando uma constituição psychopathica. Do exame que lhe fiz, porém, deduzi que, menor, entregue ás mareas da vida, não ajuizasse, na época, do seu grão de responsabilidade na sociedade, quer por desfeito pedagogico, quer por levar vida social ligada ao vicio, ser de menor idade e conduzir-se de permeio ás comborças que, rapaz, a ellas se misturava em complexos sexuaes. Foi possivel, da visita feita, apreciar suas relações affectivas, submisão e obediencia e, sobretudo, o grão de aproveitamento moral e intellectual durante a sua vida de presidiario. Trabalhador, empregou sua actividade em serviços externos, taes como no da reconstrucción da estrada de Maricá e do calçamento da alameda São Boaventura, onde trabalhou por mais de anno, percebendo mil réis e tres mil réis diarios como salario.

Nunca demonstrou intenção de fuga, mesmo trabalhando extenamente em locaes de facil execução de plano fugitivo.

Na Penitenciaria tive informação de haver J. F. ganho como premio de applicação na Escola um livro didactico que lê nas horas de folga. No presidio vive conformado, resignado á sua sorte e esperançoso de uma liberdade que, segundo suas affirmativas, quer aproveitar a trabalhando honestamente, não pensando mais em embriagar-se e muito menos em delinquir.

J. F. attende tambem pelo vulgo de "J. Gostoso".

Na vida social, um appellido, via de regra, representa um feitio proprio ao individuo, caracterizando-o perfeitamente, traductor quasi sempre de uma morphologia psychica tão bem estudada na psychologia juridica dos delinquentes, principalmente.

Esse appellido, segundo relato que me fez o liberando, nasceu das pugnas esportivas, quando, no gramimado do "Foot-ball" em sua terra natal, marcou uma victoria para o seu club, gritando a assistencia o epitheto que sempre o tem acompanhado ate mesmo na vida carceraria e quiçá mais além, quando saldar o seu debito de prisão.

Juridicamente, J. F. preenche os imperativos do art. 4º, ns. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 e respectivo § unico do decreto 16.665, de 6 de novembro de 1924.

Assim, as circumstancias peculiares á infracção da lei penal decorreram da pouca idade, etilismo, analphabetismo, condições de vida rude, sem noção do grau de responsabilidade, não descortinando, entretanto, perversidade positivada. Não revelou J. F. instintos brutalmente perversos ou outro factor psychico apreciavel. Durante o tempo de prisão tem procedido com docilidade, affectividade para com os de sua familia, através de correspondencia amistosa, e para com os seus companheiros de infortunio, é obediente e submisso ás ordens, laborioso, tendo exercido trabalhos externos, accumula um peculio que lhe garante a subsistencia nos primeiros meses de liberdade e, finalmente, manifesta claramente suas tendencias para, liberado, manter-se honestamente em trabalho proficuo e não mais delinquir.

Sob o ponto de vista medico, é um individuo sadio, somaticamente constituido, traduzindo apparelhos physiologicamente bons sem oferecer, pelo exame clinico, qualquer ateração ao seu hygidsimo. O exame psychico que he fiz traduz percepção, attenção, vontade, idéa, intelligencia integras, não revelando visões e allucinações ou outra physionomia psychopathologica.

Voto, pois, pelo deferimento do pedido de livramento condicional, pleiteado pelo sentenciado J. F., condenado pelo Jury da Paraíba do Sul a 11 annos, 9 meses e 22 dias, tendo já cumprido mais de dois terços da pena, para que lhe seja concedida a liberdade viagiada, visto preencher os requisitos estabelecidos no decreto 16.665, de 6 de novembro de 1924. Sala das sessões do Conselho Penitenciario em Nictheroy, 24 de abril de 1936. (a.) Dr. Aridio Martins, relator.

(Este relatorio teve approvação unanime do Conselho).

#### LIVRAMENTO CONDICIONAL

*Relatorio*

A. F. M. requereu livramento condicional por haver já cum-

prido mais de dois terços da pena de seis annos que lhe foi imposta pelo Jury de Nictheroy.

O seu delicto funda-se na physionomia juridica do art. 294, § 2º da Consolidação das Leis Penaes, por haver o liberando morto a tiros de revolver, cerca das 8 horas do dia 4 de dezembro de 1931, a J. B., no interior de um botequim situado á rua da Bôa Viagem nº... desta cidade. A prova processual, bem assim os termos da denuncia e demais tramites juridicos, affirmam haver A. F. M. matado a B. por motivos frivulos.

O relatorio do Dr. Director da Penitenciaria refere que o comportamento de A. F. M. ao ingressar na Penitenciaria foi satisfactorio, muito embora os seus assentamentos referentes á sua passagem pela Casa de Detenção digam haver o liberando soffrido diversas penalidades, com recolhimento á cella por faltar ao respeito á Directoria.

O seu promptuario na Penitenciaria refere que a 29 de dezembro de 1933 foi recolhido ao cubiculo por 30 dias por haver provocado um seu companheiro de infortunio por nome D. R. da S. com palavras referentes á Directoria.

Continua o seu promptuario a revelar uma serie de pequenas faltas que lhe negam a nota de bom comportamento.

Continuando no seu relatorio, o Dr. Director da Penitenciaria diz ser A. F. M. demasiadamente impulsivo, tornando-se malcreado e até valente; ha pouco tempo aggrediu um guarda e certa vez, na revista passada, quando pretendia fallar ao Director, foi-lhe tirada uma perigosa arma por elle preparada, que constava de um furador com cabo solido. E' costumeiro em faltas, terminando o sr. Director da Penitenciaria o seu relatorio com as seguintes expressões: "Mais tarde, com a idade, talvez A. F. M., voltando á sociedade, nella melhor se adapte".

A. F. M., ao delinquir, era menor, pois tinha a idade de 19 annos; actualmente, com 24 annos de idade, é de cor parda, de bôa compleição physica, não apresentando desvios no seu somatismo.

Pondo-me em contacto coni o liberando da visita que fiz no dia 21 do corrente, pude apreciar em A. F. M. um typo mesosthenico com estygmas clinicos de lues secundaria, tornando-se o liberando loquaz, reivindicador e apreciando o espirito de justiça ao seu modo todo especial; é reclamador.

Não apresenta A. F. M. serviços externos ou outros internos que de qualquer forma possam suavizar a sua situação social, bem assim nenhum peculio consta no relatorio apresentado, tornando-se por esta forma um individuo sem meios para poder enfrentar os primeiros tempos uma liberdade condicional com os onus que a lei determina.

A. F. M., pois, não preenche as formalidades constantes dos ns. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 do art. 4º do decreto 16.665, de 6 de novembro de 1924.

Sendo sua pena de seis annos de prisão, tendo o liberando 24 annos de idade, é possivel que a therapeutica penal a que se submette presentemente possa daqui a pouco tempo retornal-o mais sadio, moral, physica e psychicamente á sociedade em condições mais vantajosas.

Nego, pois o meu voto ao livramento condicional de A. F. M. Nietheroy, 24 de abril de 1936. (a.) Dr. Aridio Martins, relator.

(Este relatorio teve paerter unanime do Conselho).

## INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA CIRURGIA DE GUERRA

Pelo Major Medico Dr. Marques Porto

(Professor de Cirurgia de Guerra da Escola de Saúde do Exercito. Chefe de enfermaria do Hospital Central do Exercito)

A cirurgia de guerra não é uma especialidade á margem da cirurgia geral, antes é uma consagração dos seus principios e uma applicação de suas doutrinas ás circumstancias decorrentes do estado de guerra e á pathologia especial dos ferimentos determinados por agentes vulnerantes particularmente violentos.

A pathogenia e a therapeutica das feridas por arma de fogo sofreram, comtudo, com a experienzia adquirida na conflagração europea, uma completa revisão, estando hoje condicionadas, em grande parte, aos principios estabelecidos pela cirurgia de guerra.

Executando-se em condições especiaes, muito diversas das do tempo de paz, a cirurgia de guerra assume caracteristicas bem definidas que, si não a erigem em especialidade autonoma, precisam ser conhecidas dos cirugiões, principalmente daquelles que sagraram sua technica no conforto das installações do tempo de paz, entre material abundante e apropriado, num ambiente de calma e de segurança.

Sendo a cirurgia unica por toda a parte, a cirurgia de guerra só poderá ser praticada por cirugiões de carreira, que tenham faculdade de iniciativa para se adaptarem ás circumstancias e conhecimentos especializados que comportem decisões baseadas na experienzia pessoal.

Essa necessidade de adaptar a orientação clinica, o largo tirocinio do tempo de paz, mesmo a technica cirurgica ás condições creadas no periodo de hostilidades, ás difficuldades ambientes, ás particularidades de organisação e funcionamento do Serviço de Saúde em tempo de guerra constituem os motivos de applicação dos conhecimentos cirúrgicos.

Não se trata, porém, de uma simples transposição de dados scientificos da paz para a guerra, mas de uma verdadeira adaptação ás condições de um meio em que a *preparação, a organização, a execução* dos actos technicos collidem com obstaculos inexistentes na paz: a *insegurança, o imprevisto, a instabilidade*.

Assim, para alcançar uma finalidade technica mais perfeita naen, modelo 1919. A bala ogival O tem 12 grs. de peso, velocidade guerra, os conhecimentos medicos propriamente ditos representam, semcial de 720 metros e alcance de 4.000 metros. duvida, os dados essenciaes, mas estes devem estar associados, no ver. Os effeitos vulnerantes dessas balas de fuzil ou de metralhadora dadeiro cirurgião militar, a uma cultura militar cuidadosamente prebre os tecidos humanos variam segundo numerosas condições — esparada desde o tempo de paz. Essa cultura militar, reunindo as regrasactura do projectil, resistencia e textura anatomica dos tecidos attin-principaes que orientam a organisação sanitaria em campanha, systhe-dos, direcção e superficie de choque, mas principalmente, segundo a matiza os esforços, uniformiza e coordena o trabalho, disciplina a acçāstancia de que se originam, ficando, assim, adstrictos á força viva technica e, em rigor, constitue o corpo da doutrina technico-militar qustante que os anima. Dessa maneira, quando essas balas vêm de mui-vae presidir ás applicações da cirurgia á collectividade militar mobil longe, podem determinar feridas com orificios de entrada e de sahida zada.

A guerra não pôde ser, portanto, uma escola de improvisação, mas, desde que um orgão essencial não tenha sido attingido. Esse g-uma escola de applicação. Os methodos, as technicas da cirurgia dero de ferimento havia sido o mais frequentemente observado nas guerra sendo, em principio, identicos aos da cirurgia civil, alcançam guerras anglo-boer, russo-japoneza e turco-balkanica, tanto que se ha-ideal theorico da intervenção precóce na ferida de guerra segundo todos enaltecido essas *balas humanitarias* que, immobilizando um comos processos da cirurgia moderna, presume sempre uma adaptaçātente, não provocavam lesões mortaes ou muito graves. desses methodos e dessas technicas ás circumstancias creadas pelas hos- As condições em que se realizaram aquellas guerras, guerras de tilitades.

Para que o Serviço de Saúde se possa approximar desse ideal tehnico é preciso associar e conciliar essas directivas especiaes que prectis. Na conflagração européa, ao contrario, com o emprego intensidem á sua organisação intima e formam o cabedal technico-militar ávo da artilharia, das bombas, dos engenhos de trincheira, houve uma doutrinas consagriadas pela cirurgia geral. Teremos assim uma sériprevista frequencia dos ferimentos por estilhaço, do mesmo modo de noções particulares que, reunindo e congregando esses conhecimenti, com o advento da guerra de posição, os combatentes se hostilizatos, methodizam as actividades da organisação sanitaria na guerra tam a curta distancia. Desses factos surgiu uma nova concepção da gravidade da ferida e guerra, gravidade que decorre, principalmente, das seguintes causas:

### I) Particularidades do traumatismo de guerra

Para que se possa bem interpretar os problemas da cirurgia guerra e suas connexões com a organisação do Serviço de Saúde na guerra, preciso é que se conheçam certas particularidades que distinguem a ferida de guerra dos traumas habituaes ao tempo de paz.

Nas guerras modernas a ferida de guerra é determinada, mais frequentemente, pelos projectis das armas de fogo: balas de fuzil, de metralhadora, estilhaços de bomba de mão, de granada, de bomba de avião, de engenhos de trincheiras, etc.

*As balas de fuzil ou de metralhadora*, armas portateis da infantaria, são projectis allongados, de forma ogival ou ponteaguda, de calibre variavel segundo os exercitos. Ellas derivam, em geral, de dois tipos fundamentaes adoptados em quasi todos os exercitos: a bala S, allemã, e a bala D, franceza.

A bala brasileira deriva da bala S, allemã, e é fabricada em dois modelos: a ogival O e a ponteaguda P. Ambas são formadas por nucleo de chumbo endurecido forrado de camisa de aço doce recoberto de mallechort.

A bala ponteaguda P tem 9 grs. de peso, velocidade inicial de 890 metros, alcance de 4.000 metros e é atirada pelo fuzil metralhador Ma-

1º) — A velocidade das balas modernas, expressa na sua força restante, que, como vimos, é consideravel, produz, sobre o esqueleto, mesmo a 1.000 ou 1.500 metros, lesões do tipo explosivo, muito em estudas por Kratzfelder e Oertel. Os trabalhos de Von Coler e Schjerning mostraram, tambem, com a theoria da pressão hydrodynamica, como um projectil pôde fazer explodir um orgão cheio de liquido, como a bexiga, o estomago, ou órgãos parenchymatosos engorgitados de liquido, taes como o baço, o rim, o figado.

2º) — Si essas graves lesões podem ser determinadas pelas balas que incidem normalmente sobre os tecidos, isto é, pela ogiva, ou pela ponta, os desvios de direcção ou os rodopios em torno de eixos anormaes, fazendo variar a posição do projectil, quando ainda em plena trajectoria, podem fazel-o incidir pela culote ou pelo lado, modificando a direcção e a superficie de choque e acarretando lesões tambem do tipo

explosivo. A mesma gravidade se observa para os *ricochetes*, que deformam ou fragmentam as balas. Nos campos de tiro, 30 % das balas neidem no alvo apôs terem ricochetado, segundo observou Uzac. Na guerra, o contacto do projectil com o solo, com as partes metalicas do equipamento ou com qualquer corpo resistente deforma-o e, ao mesmo tempo, fal-o girar em torno de eixos anormaes. Nas balas bi-metalicas,

providas de couraça, como é o caso das balas brasileiras, o ricochet outras circunstancias que só no ambiente das batalhas podem ocasionar o despêndimento do projectil, separando-se o nucler. O levantamento do ferido e seu transporte até á formação central da camisa de aço, que se fragmenta irregularmente, formanrgica onde será assistido, nem sempre pôde ser feito rapidamente, do projectis secundarios.

A incidencia de uma maior superficie de choque, de parte de ate. Até chegar ás mãos do cirurgião que o assistirá, terá o ferido de projectil assim achatado, ou tornado irregular, são factores que tamara de soffrer transportes demorados, por más estradas, no desenbocam aggravam as condições do traumatismo, principalmente quando orto, muitas vezes, de vehiculos improvisados. contram um segmento do esqueleto.

Assim se prova que as balas modernas sómente são humanitarias quando provêm de grandes distancias e incidem normalmente sobre os tecidos. Na realidade, seja pelos efeitos explosivos que lhe conferem grande velocidade de que vêm animadas, seja pelos desvios de direcção ou pelas deformações causadas pelos ricochetes — as balas são projectis capazes de determinar as mais graves desordens sobre os tecidos humanos.

*Os estilhaços* das granadas de mão, das granadas de artilharia, das bombas de avião ou dos engenhos de trincheira produzem os tipos mais graves da ferida de guerra. As lesões por elles provocadas são sempre feridas muito contusas, irregulares, com grande attricção dos tecidos contendo numerosos corpos estranhos conduzidos pelo projectil.

#### *Em summa:*

A ferida de guerra distingue-se das feridas do tempo de paz por maior gravidade das lesões, determinadas sempre por uma acção violente mais violenta do agente traumatico, lesões de extensão e profundidade raramente apreciadas na pratica civil. No interior dos tecidos, fortemente attrictados pelo traumatismo e em via de mortificação, encontram-se, arrastados pelo projectil, corpos estranhos e germes pathogenicos da maior virulencia, capazes de engendrar as mais sérias complicações infecciosas.

#### *II) Condições especiaes do ferido de guerra*

Raramente nos accidentados do tempo de paz estarão reunidas as mais condições que depreciam o valor physico do combatente. O ferido de guerra é sempre um deprimido por factores physicos e moraes. fadiga das longas marchas, a fome ou a alimentação deficiente, as tempestades reduzem as resistencias organicas do soldado. Doutro lado, o estado psychico do combatente, trabalhado pelas emoções da guerra, perigo constante, a expectativa da morte, cream um estado moral inferior, que Bertein chamou de "avant-schock", que facilita o desencadear de todas as complicações immedias ou tardias que se podem successivamente ao ferimento.

Essas condições pessoas tão desfavoraveis são ainda agravadas

esmo modo que é impossivel o tratamento no local mesmo do com-

Assim, não sómente o projectil fez tombar um homem em condições de menor resistencia, intoxicado, deprimido, mas ainda, circunstancias ulteriores, retardando o socorro cirurgico, favorecem o evoltecidos. Na realidade, seja pelos efeitos explosivos que lhe conferem grande velocidade de que vêm animadas, seja pelos desvios de direcção ou pelas deformações causadas pelos ricochetes — as balas são projectis capazes de determinar as mais graves desordens sobre os tecidos humanos.

#### *III) Condições de organisação e execução do trabalho cirurgico na guerra.*

A therapeutica cirurgica, que tudo aconselha ser precóce para ser efficaz, fica, na guerra, subordinada ás possibilidades e eventualidades dos meios de transporte de que possa dispôr o Serviço de Saúde, a uma utilisação das estradas, a uma conveniente approximação das formações de tratamento das linhas de fogo, ás oscillações das operações militares.

Em consequencia, devemos fugir, em cirurgia de guerra, ás formas muito rígidas e ás concepções theoricas por mais exactas que sejam, porque elles são concebidas no ambiente da paz e para n'elle terem applicação. A cirurgia é unica nas suas concepções, mas em nenhuma occasião, como na guerra, suas applicações estão tão sujeitas a variações. Si nos cingirmos, em certos momentos, á rigorosa orientação cirurgica a que nos habituámos no conforto e na segurança da paz, e não intirrinos a presença do adversario e os imprevistos de que ella é causa, não chegaremos a interpretar, precisamente, uma das faces mais caracteristicas da cirurgia de guerra.

As condições de funcionamento do Serviço de Saúde em campanha são assim absolutamente singulares no conceito dos outros serviços que compõem o Exercito. Rigorosamente baseado em principios científicos, deve, contudo, o Serviço de Saúde conservar o maximo malleabilidade nas concepções puramente technicas ou na applicação dos principios de organisação sanitaria.

De facto, todos os serviços exercem sua accão da rectaguarda para vanguarda, obedecendo a dados e regras sempre fixos, sem manterem enlhum contacto com o inimigo. O Serviço de Saúde, ao contrario, sem participar do combate propriamente dito, vive, por suas antennae, das emoções da luta e as transmite, sucessivamente, aos escadões da rectaguarda, movimentando-se da vanguarda para rectaguarda, em condições de funcionamento as mais difíceis e aleatorias (Clarendon).

*IV) As necessidades militares e sua influencia sobre a organização cirurgica.*

E' justamente dessas particularissimas condições de funcionamento, creadas pelas imposições sempre brutaes da luta, que resulta necessidade de adaptação das regras da therapeutica cirurgica, ás meira vista rígidas e immutaveis, ás exigencias das operaçoes militares.

Vimos como o transporte de um ferido até uma formação real tratamento é tarefa penosa, que tem a vencer grandes dificuldades coticas, importando na demora de tratamento e obrigando a um acto cirurgico mais difficil e complexo, com maiores riscos para o ferido.

Tambem a impossibilidade de approximiar as formações cirurgicas de tratamento a uma distancia tal das linhas de fogo que annulle as dificuldades offerecidas por esse transporte; a mobilidade dessas linhas na guerra de movimento; a affluencia consideravel de feridos, são tras tantas dificuldades que emprestam á cirurgia de guerra uma ção propria, porque impedem, muitas vezes, a execução da cirurgia classica do tempo de paz, influem mesmo nas indicações e contra-indicações operatorias, obrigam a medidas selectivas que dividem os feridos em categorias, visando uma distribuição logica segundo a gravidade e urgencia dos ferimentos.

Essa triagem cirurgica classifica os feridos em transito, retenos inequivocáveis, que, assim, pela gravidade de suas lesões, se beneficiam de um tratamento mais prompto, e encaminha os demais para formações cirurgicas mais á rectaguarda que, fóra das ameaças inimigo, podem se organizar com mais fixidez e se installar com maiores e melhores recursos.

Entretanto, mesmo essas formações cirurgicas não são rigorosamente estaveis, porque são forçados, muitas vezes, a acompanhar as fluctuações do exercito, nos seus avanços e recuos, ficando ainda nessas emergencias, a decisão cirurgica na estreita dependencia das operaçoes militares.

*V)—Os principios scientificos como fundamento da organização cirurgica na guerra.*

Se as operaçoes militares podem, em certos casos, dominar a técnica, a técnica e a clinica, por sua vez, presidem a todo o funcionamento do Serviço de Saúde.

Do estudo das reacções biologicas que se processam na ferida de guerra, da physiopathologia das lesões visceraes em particular, pode a clinica adquirir uma série de conhecimentos de importancia fundamental para o Serviço de Saúde na guerra.

A noção do periodo de latencia microbiana da ferida, que decorre dentro das primeiras 12 horas do ferimento, indicou, praticamente,

o razo maximo em que deve ser levada a efecto a intervenção precocé, que vae proteger o ferido de todas as complicações infeciosas futuras. Em consequencia, uma boa distribuição e ligação dos elementos de transporte e de tratamento será imprescindivel para que se possa attingir a esse ideal cirurgico. Pode-se mesmo dizer que em torno desse principio microbiologico gyra toda a complicada organização do Serviço de Saúde na guerra e, para conseguil-o, é necessário encadear e considerar todos os factores que para elle concorrem: o mechanismo das evaçoes, uma correcta triagem cirurgica, um perfeito ajustamento das formações de transporte ás de tratamento, a sufficiente approximação dessas ultimas das linhas de fogo.

Pode assim a clinica estabelecer para o Serviço de Saúde a importancia do *factor tempo*, que, para a organização cirurgica na guerra, é uma questão basica, essencial.

*VI)—Evolução da cirurgia de guerra*

A cirurgia de guerra evoluiu com a medicina e a cirurgia. Na Idade Média as sciencias medicas estavam em embryão. A mentalidade da epocha, imaginosa e subtil para outras actividades especulativas, era coagida por subtilezas metaphysicas que a impediam de crear ou mesmo observar no terreno da scienza experimental. A cirurgia era tida como simples arte manual e o cirurgião considerado um mero artista em tudo inferior ao clinico.

A primeira obra em que se descrevem ferimentos por arma de fogo parece ter sido o "Buch der Wund Artzney", publicado em Strasbourg em 1499. O auctor considerava essas feridas como envenenadas, aconselhando a eliminação do veneno pela cauterização com o ferro em brasa, que provocava abundante suppuração com a qual o veneno se eliminava (Paul Lecene). A gravidade da ferida se accrescentava assim a acção destructiva de uma queimadura por ferro incandescente ou azeite fervente. Tal era o tratamento classico da ferida de guerra naquella época e que se vê reeditado por Gersdorf, em seu "Feldtbuch der Wund-Artzney", publicado já em 1517, tambem em Strasbourg.

Ambroise Paré sentiu esse grande erro. Sem recorrer á cauterização profunda, inutil e dolorosa, praticava nas feridas de guerra o debridamento a bisturi, seguido da ablação dos corpos estranhos e de drenagem por mécha. O celebre cirurgião da Renascença foi assim o verdadeiro precursor da cirurgia de guerra e o seu livro "Plaies par hachebutes" é um interessantissimo documento de sua admiravel visão clinica.

Após elle, através das guerras successivas, a cirurgia de guerra evoluiu parallelamente á cirurgia, valendo-se de suas conquistas na esfera da technique e da clinica, aperfeiçoando seus methodos de trabalho e aproveitando-se dos constantes progressos do apparelhamento material.

Mas a verdadeira escola da cirurgia de guerra foi a guerra europea. Com a modificação profunda que sofreram em todos os países pelo emprego dos antisepticos — o líquido de Dakin, o de Menard, a tática militar e a organização dos exercitos, o Serviço, o de Wright, o de Delbet, de Saúde transformou-se, visando novos objectivos, acompanhando as novas idéias científicas e as concepções militares em curso.

Na previsão de uma guerra de movimento, em que os elementos das feridas por Pollicard, Foissy e Noel Fiesinger. Esse estudo baseado de transporte deveriam, necessariamente, assumir uma considerável importância, todos os problemas de evacuação rápida dos feridos eram o ferimento, a proporção de microbios vai se accrescendo rapidamente, todos os capitais e constituíam as bases das previsões patente e que já na 24<sup>a</sup> hora as feridas são infectadas de variadas espécies pathogenicas. Considerados como capitais e constituíam as bases das previsões patente e que já na 24<sup>a</sup> hora as feridas são infectadas de variadas espécies pathogenicas. A importância considerável dessas organizações de transporte sacrificava o apparelhamento das formações. Os estudos biológicos mostram que duas noções são capitais e que de tratamento, então desprovidas do material cirúrgico indispensável, elas deriva toda a cirurgia de guerra:

Com tal orientação, empenhou-se o Serviço de Saúde dos exércitos combatentes nos primeiros meses da grande guerra. Os feridos recolhidos no campo de batalha eram evadidos o mais cedo possível, passando, rapidamente, pelas ambulâncias, onde recebiam apenas ligeiros curativos. Dizia-se que as ambulâncias eram simples "armazéns de enxoval de feridos" para o interior, onde grandes organizações hospitalares fixas os atenderiam.

O conceito da benignidade das lesões de guerra determinadas por calculável importância para a terapêutica. Realmente, a violência de bala humanitária e o desconhecimento da biologia da ferida, preconizavam a penetração do projétil destrói, instantaneamente, os tecidos a uma certa profundidade. Os tecidos traumatizados, os músculos danificados pelo próprio combatente, seria capaz de, por si só, impedir todas as complicações infeciosas.

Essas concepções, que formavam a doutrina cirúrgica de entâxicado, em maior ou menor grau, segundo a massa celular desvitalizada, foram as responsáveis por espantosas carnificinas, que uma melhoria. A mais alta expressão dessa intoxicação é, segundo Quenu, a apreciação dos factos fez desde logo evitar.

O Serviço de Saúde viu-se assim na contingência de modificar sepathogenicos trazidos pelos corpos estranhos — projectis, detritos de sistema de funcionamento, afim de atender aos imperativos de um roupa, etc., e que assim encontram um meio propício ao seu desenvolvimento terapêutica inspirada em melhores razões científicas.

A experiência mostrava ainda que, ao contrário do que se julgava, dava posto na estufa."

era elevado o número de feridos por estilhaço de granada, cujos efeitos destruidores sobre os tecidos humanos emprestavam-lhe a maioria contestaram as vantagens do método de Carrel como tratamento exclusivo das feridas e alguns cirurgiões, em cuja primeira tilla mortas.

Por iniciativa de Marcille foi reconhecida a necessidade absoluta de operar os feridos no mais breve prazo, em ambulâncias instaladas guerra, toxica e infectada, é transformada em ferida cirúrgica de proximas ás linhas de frente e dotadas de todos os recursos cirúrgicos vivos, com todos os meios de defesa dos tecidos normais. O sucesso dessa conducta cirúrgica activa e precoce foi uma vitória das novas idéias propagadas pelo cirurgião francês.

Ao mesmo tempo que a organização cirúrgica do Serviço de Saúde se tinha modificado produziu-se, na guerra, um acontecimento tático notável: a frente estabilizou-se, iniciou-se a guerra de posição e essa estabilidade permitiu uma melhor instalação das ambulâncias, que se transformaram em verdadeiras organizações hospitalares de relativa fixidez.

Um segundo período na evolução da cirurgia de guerra é assinalado pelo emprego dos antisepticos — o líquido de Dakin, o de Menard, de Saúde transformou-se, visando novos objectivos, acompanhando as novas idéias científicas e as concepções militares em curso.

Derivando do método de Carrel, surgiu a verdadeira concepção médica da ferida de guerra, com o estudo bacteriológico das secreções

de transporte sacrificava o apparelhamento das formações. Os estudos biológicos mostram que duas noções são capitais e que de tratamento, então desprovidas do material cirúrgico indispensável, elas deriva toda a cirurgia de guerra:

1º — Os tecidos das feridas de guerra são desvitalizados pelo traumatismo.

2º — Os tecidos da ferida de guerra são infectados pelo agente balagem e expedição de feridos" para o interior, onde grandes organizações hospitalares fixas os atenderiam.

A noção de desvitalização dos tecidos foi um novo contingente de choque toxicó. A desvitalização juntam-se, imediatamente, germens no organismo. Assim, pôde-se dizer que o ferido de guerra é um intóxico.

Essas concepções, que formavam a doutrina cirúrgica de entâxicado, em maior ou menor grau, segundo a massa celular desvitalizada,

foram as responsáveis por espantosas carnificinas, que uma melhoria. A mais alta expressão dessa intoxicação é, segundo Quenu, a apreciação dos factos fez desde logo evitar.

O Serviço de Saúde viu-se assim na contingência de modificar sepathogenicos trazidos pelos corpos estranhos — projectis, detritos de sistema de funcionamento, afim de atender aos imperativos de um roupa, etc., e que assim encontram um meio propício ao seu desenvolvimento.

Delbet dizia com razão: "a ferida de guerra é um verdadeiro

Chegou-se enfim ao terceiro período, de Pierre Duval. Vozes autorizadas contestaram as vantagens do método de Carrel como tratamento exclusivo das feridas e alguns cirurgiões, em cuja primeira tilla

estavam Lemaitre, Gaudier, Rouville, Guillaume preconizaram um

método ousado: a sutura primitiva. Por esse tratamento a ferida de

grave, manifestada por complicações infeciosas agudas, rápidas mortas.

estavam Lemaitre, Gaudier, Rouville, Guillaume preconizaram um

1º — A excisão dos orifícios do projétil, dos tecidos contusos, ablação dos corpos estranhos e uma hemostasia cuidadosa.

2º — A sutura da ferida.

Esse método, posto em prática quasi simultaneamente nos exercitos frances e alemão, foi utilizado em 60 % dos feridos de guerra no

exercito francez, dando um resultado de curas de 95 %, constitui o mais notavel progresso da cirurgia de guerra, nesses ultimos tempos.

A noção da desvitalização dos tecidos attingidos pelo agente veniente, meio de cultura favoravel á pullulação microbiana, conduziu a inducção clinica logica da excisão desses tecidos mortificados, á abertura dos corpos estranhos contaminadores, coroando-se a intervenção pela sutura immediata. A precocidade dessa intervenção é, porém, o principal factor de exito, antecedendo-se á diffusão dos elementos microbianos e suas toxinas através do organismo e protegendo o ferido das complicações infecciosas ulteriores.

#### VII) — *Conceito actual da cirurgia de guerra*

Conquistando esses novos conhecimentos, que derivaram da longa experiência dos primeiros mezes da grande guerra, pôde o Serviço de Saúde formular as bases legitimas de sua organisação. Destruiu-se o velho conceito da esterilidade da ferida de guerra, cahiu tambem perante o dogma da abstenção operatoria e impoz-se a necessidade de approximar as formações de tratamento das linhas de fogo, de modo que o ferido pudesse ser submettido a uma intervenção cirurgica preventiva e prophylactica antes do prazo de infecção declarada da ferida.

Os imperativos da therapeutica cirurgica presidem, pois, á organização de todo o complexo do Serviço de Saúde na guerra e de modo elle se tornou efficiente, na guerra européa, que foi um dos factores decisivos da victoria.

Realmente, as estatísticas indicam que, no exercito francez, entre 4.000.000 de feridos, 2.052.984 foram hospitalizados nas diferentes formações de tratamento. Foi bem: 80 % desses feridos foram recuperados, ou seja 1.646.134 homens que foram restituídos ás linhas de fogo.

Desempenhando tão saliente papel na recuperação dos efectivos a organisação sanitaria em campanha excede os objectivos simplesmente prophylacticos que procuram conservar-los. Si preservar os efectivos é uma finalidade hygienica que a epidemiologia prevê na defesa das doenças transmissíveis ou evitaveis, já conhecida e applicada em todas as campanhas modernas, a recuperação intensiva desses efectivos — na qual a cirurgia de guerra tem um papel preponderante — mais uma conquista da guerra européa.

Para que se possa attingir a esse ideal technico representado por um tratamento cirurgico precóce, moldado nas bases mais seguras da cirurgia moderna, serão precisas, necessariamente, condições de realisação technica subordinadas scientificamente ás doutrinas em voga e em condições especiais ás circumstâncias militares.

Lecene resumiu esses preceitos segundo formulas syntheticas que traduzem uma orientação clinica inspirada na realidade dos factos, mas variaveis segundo os imprevistos proprios á guerra:

"1º) — Todo ferido de guerra deve ser confiado, tão rapidamente quanto possível, a um cirurgião habilitado.

2º) — Todo ferido de guerra deve ser, na grande maioria dos casos, operado sem demora, logo após o ferimento.

3º) — Os methodos e technicas aperfeiçoados da cirurgia moderna devem ser, em principio, applicados ao tratamento dos ferimentos de guerra.

4º) — Ha o maximo interesse para o ferido em ser tratado, de principio ao fim, pelo mesmo cirurgião, que assim será ao mesmo tempo o operador e o responsável pelos cuidados consecutivos."

Para attender a essas exigencias será, antes de tudo, indispensável a preparação prévia, desde o tempo de paz, do pessoal especializado que, na guerra, irá assumir a responsabilidade do tratamento cirúrgico dos feridos. Essa utilização dos valores e esse aperfeiçoamento e preparação prévios do pessoal technico a empregar na guerra devem estender-se aos medicos da reserva, que precisam tambem, desde o tempo de paz, receber essa instrução especializada de modo que fornem, como os da activa, num momento de mobilização, um todo homogeneo penetrado de uma mesma unidade de doutrina. Todos os problemas de execução e funcionamento encontrarão assim, na realidade de uma lucta, uma solução mais perfeita, encarados que sejam segundo um mesmo ponto de vista.

O Serviço de Saúde na guerra moderna, tambem como o Exercito, é a propria Nação mobilizada, não mais constituindo, como nas guerras anteriores, um accessorio do poder vulnerante das armas, mas uma condição imprescindivel de successo.

Dessa maneira, sendo a guerra moderna a mobilização de todas as forças vivas de um paiz, indispensável se torna a cooperação de todos os medicos na obra de assistencia aos feridos e doentes, mas integrados numa mesma ordem de idéas e dentro de um mesmo espirito de organisação militar, presidido por uma orientação scientifica ajustada ás dificuldades ambientes.

Amparado em tais bases technicas, facil será ao Serviço de Saúde abordar os outros problemas que se apresentam á sua solução na guerra, principalmente as dificuldades de que a therapeutica das feridas se reveste dentro do ambiente da guerra.

Sómente um conjunto assim homogeneo, de material de transporte, material technico, pessoal habilitado, tecnicamente instruido, integrado por uma mesma unidade de doutrina, mantido por uma perfeita ligação technica entre as suas partes componentes, será capaz de desobrigar-se dos elevados compromissos do Serviço de Saúde em atender ás responsabilidades que lhe confere a guerra: a conservação, a preservação e a recuperação dos efectivos.

## BIBLIOGRAPHIA

- 1) —IMBRIACO — Du traitement des blessures de guerre dans le passé et le futur — Giornal Med. — 14-15. 1894.
- 2) —RECLUS — De la conservation systematique dans les traumatismes des membres. Congrès de Chirurgie — 1895.
- 3) —DELOREME — Traité de chirurgie de guerre — 1896.
- 4) —La chirurgie de guerre pendant la campagne sino-japonaise. (Análise) — Arch. de Medéc. Militaire — 1897.
- 5) —Les nouvelles armes à feu et le service de santé en campagne — Journal des Sciences Militaires. Análise nos Arch. de Med. Mil. T. XXXI — 1898.
- 6) —ADOLPHE COUSTAN — Aide mémoire de chirurgie de guerre — Paris — 1897.
- 7) —NIMIER ET LAVAL — De l'infection en chirurgie d'armée — Paris — 1900.
- 8) —NIMIER ET LAVAL — Traitement des blessures de guerre — Paris — 1901.
- 9) —TOBOLD — Le premier pansement sur le champ de bataille — (Congresso Alemão de Cirurgia) — Caducéo — N° 14 — 1902.
- 10) —BASSERES — Du pansement immediat des plaies par armes de guerre — Arch. de Med. Milit. — 1902 — T. XLI.
- 11) —IFAHL — Les premiers secours sur le champ de bataille d'après le nouveau règlement autrichien — Deutsch Milit. Zeitschr. — Fev. 1905.
- 12) —WILL. WAUGH — L'intervention sur la ligne de feu — Journ. of Milit. Surg., U. S. — 1905.
- 13) —DEMMLER — La chirurgie du champ de bataille — Paris, 1909.
- 14) —L. REVERDIN — Leçons de chirurgie de guerre — Paris, 1910.
- 15) —DELORME — Os ensinamentos da guerra dos Balkans — (Campanha da Trácia) — Paris, 1913.
- 16) —QUENU — Relatórios e comunicações á Sociedade Cir. de Paris — Junho de 1915 a Jan. de 1916.
- 17) —GOSSET — Relatório á Conferencia Inter-Alliada de Cirurgia — Maio de 1917.
- 18) —MARQUIS — Chirurgie de guerre — Paris, 1917.
- 19) —CL. REGAUD — Leçons de chirurgie de guerre — Paris, 1918.
- 20) —WILLEMS — Manuel de chirurgie de guerre — 1916.
- 21) —MAUCLAIRE — Chirurgie de guerre — 1918.
- 22) —BROCA — Chirurgie de guerre et d'après guerre — Paris — 1921.
- 23) —PEREZ Y ORTIZ — La cirugia en la guerra — Madrid — 1918.
- 24) —FORNI — Feriti del capo e dell'addome in un ambulancia chirurgica d'armata — Bologna — 1918.
- 25) —M. TOUBERT — La langage des chiffres et des graphiques (Essai d'interprétation de quelques documents de la guerre 1914-1918 concernant le Service de Santé Militaire) — Rapport au 2eme Cong. Intern. de Med. et de Pharm. Milit. — Roma — 1923.
- 26) —DOPTER, UZAC ET DUGUET — De l'organisation générale des évacuations des malades et blessés dans les armées en campagne — (Rapp. ao 2eme Cong. Int. Med. Mil.) — Roma — 1923.
- 27) —DUGUET — Organisation des évacuations compte tenu des exigences irreductibles des nécessités thérapeutiques — (Rapp. au 2eme Cong. Int. de Med. Mil.) — Roma — 1923.
- 28) —DUGUET — Adaptation de la thérapeutique chirurgicale aux diverses conditions résultant de la nécessité de procéder à des évacuations — Id. ibid.
- 29) —CARLOS EUGENIO GUIMARÃES — Evacuation dans la guerre de mouvement — These ao IV Cong. Int. de Med. Mil. — Varsóvia — 1927.
- 30) —MIGNON — Le Service de Santé pendant la guerre 1914-1918 — Paris — 1926.
- 31) —MARLAND — Le Service de Santé en campagne. (Conferencias na Escola de Estado-Maior) — Rio — 1922.
- 32) —MARLAND — Les blessures de guerre et la chirurgie pendant la guerre 1914-1918 (Conf. na Escola de Estado-Maior) — Rio — 1922.
- 33) —SOUZA FERREIRA — Considerações sobre problemas cirúrgicos do funcionamento do Serviço de Saúde em campanha — Separata da Revista Militar Brasileira — Rio — 1928.
- 34) —SOUZA FERREIRA — Características da guerra moderna e dados gerais sobre a cirurgia que lhe é aplicável — Sep. da Rev. Milit. Bras. — Rio — 1929.
- 35) —SOUZA FERREIRA — Dados técnicos relativos aos ferimentos de guerra que condicionam a tática sanitária — Sep. da Rev. Milit. Bras. — 1931.
- 36) —SOUZA FERREIRA — Curso de cirurgia de guerra — Rio — 1930.
- 37) —JACQUEMART ET CLAVELIN — Le Service de Santé du temps de paix et du temps de guerre — Paris — 1929.
- 38) —SPIRE ET LOMBARDY — Précis d'organisation et de fonctionnement du Service de Santé en temps de guerre — Principes de Tactique Sanitaire — Paris — 1934.
- 39) —BERNARD DESPLAS — L'évolution de la thérapeutique des plaies de guerre. (Conf. real. na Fac. de Med. de Paris). Bulletin de l'Union Fédérative des Médecins de Reserve — N° 3 — Março de 1933.
- 40) —B. PAWLOWSKY — Evacuação e distribuição dos feridos, do ponto de vista cirúrgico, conforme o Regulamento em vigor para o Serviço de Saúde na frente — Lekarz Wojskowy (Polónia) — N° 10 — 1932 — In Bull. Intern. — N° 11 — 1933.
- 41) —BRANOVATCHKI MILETA — O tratamento dos casos cirúrgicos urgentes, nas primeiras linhas, na guerra de movimento — Revista Yugo-Slava de Med. Mil. — N° 1 — Out. — 1933.
- 42) —MARQUES PORTO — Tres meses de cirurgia de guerra — Rev. de Med. Milit. — Rio — N° 4 — Out. — 1933.
- 43) —MARQUES PORTO — Indicações e contra-indicações operatórias nos ferimentos abdominais em cirurgia de guerra — Rev. de Med. Milit. — N° 1 — 1934.
- 44) —BUTOIANO — L'évolution de la chirurgie de guerre — Bullet. Intern. — N° 2 — Fev. 1934.
- 45) —CORREA NETTO, ETZEL E CERRUTI — Cirurgia de guerra no Hospital de Sangue de Cruzeiro — São Paulo — 1934.
- 46) —COMOLLI — La cura ideale delle feriti lacero-contuse e loro equivalenti di guerra — Giornale de Med. Milit. — Roma — Maio 1934.
- 47) —SANITATOBERICH über das Detsch Heer Deutsches Feld und Besatzungsscher — in Weltkriege 1914-1918 — Berlin — 1934.
- 48) —SCHIAMEKELÉ — Le triage medico-chirurgical (Conf. no Off. Intern. de Documentation Milit. (Grenade) — 1933.
- 49) —WEHRLI — O equipamento do cirurgião de campanha — Atas Ciba — 1935.
- 50) —ISTERIUS — Teoria e prática dos antigos cirurgiões de campanha — Atas Ciba — 1935.
- 51) —SCHNEIDER, ALTMAYER, KLEIN — Le Service de Santé dans la guerre de mouvement — Arch. Med. et de Ph. Mil. — Março — 1935.

- 53) — MANGANARO — Il servizio sanitario nella guerra de movimento  
Giorn. de Med. Mil. — 1934.
- 54) — WINTERS — Contribuição ao estudo da cirurgia de guerra — Bulletin Intern. — 1935.
- 55) — VON GAZA — Cuidados y tratamiento de las heridas y de los focos de infección cerrados — 1926.
- 56) — TOUBERT — Les variations du Service de Santé dans la guerre  
Sur les variations de l'armement et de la tactique — Arch. de Med. et de Ph. Milit. — T. CIII — Set. 1935.

## RREIRA HEMATO-ENCEPHALICA E NEURO-LUES

Pelo Cap. Medico Dr. Gabriel Duarte Ribeiro

(Chefe da 1<sup>a</sup> Enfermaria — Neuro-psychiatria)

E' bem conhecida e de ha muito commentada, em todos os grandes congressos scientificos, a diferença de composição existente entre o plasma sanguíneo e o líquido encefalo-racheano. Este facto tem contribuído poderosamente para a indagação da origem do líquido sub-aracnóideano. Admitte-se, geralmente, que o meio líquido que inunda este espaço, ao mesmo tempo que enche os ventrículos e o epêndimo, proveniente dos plexos coroides — tecido diferenciado da pia-mater, composto por cordões granulosos, muito rico de vasos sanguíneos; muito embora, o processo de sua formação constitue objecto de discussão, achando uns que estas formações granulosas funcionam como verdadeiras glândulas, secretando o líquido, enquanto outros (Mestreza) procuram comprehendê-lo como um dialisado.

O mais prudente, entretanto, é aceitar o papel das formações coroides como um regulador indispensável, encarregado de seleccionar o meio orgânico as substâncias que devem aparecer no líquido encefalo-racheano. Justamente, esta função específica de uma apparelhação necessária, situada no limite dos dois meios orgânicos, mereceu de Lina Stern a designação de barreira hemato-encefalica.

Diversos autores tentaram empregar outros designativos sem lograrem o sucesso de Lina Stern.

O líquido encefalo-racheano normal deve apresentar a seguinte composição: límpido cristalino, ligeiramente viscoso e alcalino ao turquesol ou á phtaleína, densidade 1,0075, ponto cromoscópico 0,58, extracto seco 11 grms., cinzas 8,80, matérias orgânicas 2,20, cloréto 7,30, carbonato 0,55, albumina 0,10 a 0,20, azoto total 0,20, uréa traços, quantidade 125 a 150 grammas.

Muitas substâncias minerais e orgânicas gozam da propriedade de travessarem a barreira hemato-encefalica, em condições normais, fisiológicas. Entre estas, são sempre citadas o iodo, o bromo, o ácido cílico, o álcool, o cloroformio, a estrichinina, a urotropina, a morfina e a santonina, bem assim os corantes e os corpos immunisantes.

Alguns autores (Wittgenstein e Krebs) tentaram precisar dentro de um conceito physico-chímico mais extenso a natureza das substâncias.

cias capazes de transporem esta barreira physiologica, concluindo encephalo-racheano, passemos a descriminar o conceito actual de sy-especificidade dos anions organicos ou inorganicos, donde o maior der dos crystaloides sobre os coloides e o insucesso de certas meções, como o Salvarsan e os productos albuminosos, como recupera therapeutico.

Adeante veremos os meios empregados para "forçarem" a barreira hemato-encephalica a se deixar transpor, para attingir os centros nervosa nos seus diversos estadios ou periodos, accusando ora simples alterações humorais, ora o compromettimento de um dos elementos

### NEURO-LUES

Costuma-se investigar a maior ou menor resistencia da barreira hemato-encephalica á cesta de indicadores. Mestreza empregava o tratamento de sodio por via endovenosa, o que offerece a vantagem de excepcional apparecimento de accidentes nervosos e psychicos. Não inocuo, além de fornecer uma reacção corada, quando extraido diluir-se, comtudo, que em plena efflorescencia do cancro venereo che. Kafka servia-se da safranina para o mesmo fim. Walter, filham a surgir alterações somaticas e nervosas peculiares ás outras, aconselhou o brometo de sodio por via buccal para determinar. Já tivemos oportunidade de observar um individuo moço e de a seguir, no sangue e no liquido encephalo-racheano, fazendo instituição athletica que deu entrada na enfermaria em profundo esdiariamente 4,0 até o quinto dia, quando dava inicio á sua deterior confusional. Ao exame somatico salientava-se a presenca de um ção por meio do colorimetro de Bürker. Obtido o numero em grande cancro da glande e extensas syphilides cutaneas (algumas bron-da quantidade de bromo no sangue, dividia pelo que encontrava nas), em toda a superficie da pelle até nas palmas e plantas. O tra-queabilidade ou C. P.

Normalmente o C. P. deve estar na altura de 3, o que significa a hora e a qualidade dos alimentos, e a governar os esphincteres; que no sangue deve existir tres vezes mais bromo que no liquido em embargo, não foi possivel evitar a sequela demencial, que evoluiu phalo-racheano.

Nas clinicas psychiatricas (Walter-Jakob e Kolle, Günsburg, e tem-se procurado aproveitar o C. P. para a diagnose entre lues nervosa (C. P. diminuido) e a demencia precoce (C. P. augmentado). Nâo pode constatar, entretanto, uma diferença essencial entre a lues fusa e a tabes ou a paralysia geral, o que seria um recurso ideal para facilidades da clinica. Na epilepsia, o C. P. costuma apresentar-se mal e, quando é surprehendido em decrescimo, deixa suppor a existencia da lues em actividade.

Parece que o grão de permeabilidade das meningeas decoire, de outra parte, do estado de labilidade dos coloides do plasma. Precisamente o obstaculo offerecido pela barreira hemato-encephalica á sua transporção está na dependencia de uma elevação da estabilidade do plasma.

Neste sentido é que se opera correntemente em clinica por mida prova da sedimentação das hematias: a um accrescimo da velocida de sedimentação corresponde o augmento da barreira hemato-encephalica (Kant, Fedoroff, W. Scheinjuk).

De modo analogo poderia ser interpretado o resultado da reacção das hemolisinas de Weil-Kafka, que accusa a presenca do complemento e do amboceptor no liquido encephalo-racheano nos casos de permeabilidade aumentada (meningites) ou só do amboceptor (lues-paralyse geral).

Exposto, deste modo, o necessario para fazer comprehender a reacção de barreira hemato-encephalica, limite entre o sangue e o liquido

Os centros nervosos costumam reagir differentemente á infecção Os centros nervosos costumam reagir differentemente á infecção

Na syphilis primaria, em plena evolução local do protosyphiloma, Na syphilis primaria, em plena evolução local do protosyphiloma, trato de sodio por via endovenosa, o que offerece a vantagem de excepcional apparecimento de accidentes nervosos e psychicos. Não inocuo, além de fornecer uma reacção corada, quando extraido diluir-se, comtudo, que em plena efflorescencia do cancro venereo che. Kafka servia-se da safranina para o mesmo fim. Walter, filham a surgir alterações somaticas e nervosas peculiares ás outras, aconselhou o brometo de sodio por via buccal para determinar. Já tivemos oportunidade de observar um individuo moço e de a seguir, no sangue e no liquido encephalo-racheano, fazendo instituição athletica que deu entrada na enfermaria em profundo esdiariamente 4,0 até o quinto dia, quando dava inicio á sua deterior confusional. Ao exame somatico salientava-se a presenca de um ção por meio do colorimetro de Bürker. Obtido o numero em grande cancro da glande e extensas syphilides cutaneas (algumas bron-da quantidade de bromo no sangue, dividia pelo que encontrava nas), em toda a superficie da pelle até nas palmas e plantas. O tra-queabilidade ou C. P.

Normalmente o C. P. deve estar na altura de 3, o que significa a hora e a qualidade dos alimentos, e a governar os esphincteres; que no sangue deve existir tres vezes mais bromo que no liquido em embargo, não foi possivel evitar a sequela demencial, que evoluiu phalo-racheano.

Nas clinicas psychiatricas (Walter-Jakob e Kolle, Günsburg, e tem-se procurado aproveitar o C. P. para a diagnose entre lues nervosa (C. P. diminuido) e a demencia precoce (C. P. augmentado). Nâo pode constatar, entretanto, uma diferença essencial entre a lues fusa e a tabes ou a paralysia geral, o que seria um recurso ideal para facilidades da clinica. Na epilepsia, o C. P. costuma apresentar-se mal e, quando é surprehendido em decrescimo, deixa suppor a existencia da lues em actividade.

Parece que o grão de permeabilidade das meningeas decoire, de outra parte, do estado de labilidade dos coloides do plasma. Precisamente o obstaculo offerecido pela barreira hemato-encephalica á sua transporção está na dependencia de uma elevação da estabilidade do plasma.

Neste sentido é que se opera correntemente em clinica por mida prova da sedimentação das hematias: a um accrescimo da velocida de sedimentação corresponde o augmento da barreira hemato-encephalica (Kant, Fedoroff, W. Scheinjuk).

De modo analogo poderia ser interpretado o resultado da reacção das hemolisinas de Weil-Kafka, que accusa a presenca do complemento e do amboceptor no liquido encephalo-racheano nos casos de permeabilidade aumentada (meningites) ou só do amboceptor (lues-paralyse geral).

Exposto, neste modo, o necessario para fazer comprehender a reacção de barreira hemato-encephalica, limite entre o sangue e o liquido

b) meningo-vascular — O accomettimento dos vasos realiza fórmulas clinicas especifcas decorrentes da endo e da peri-arterite. Costu-

main evoluir, durante muito tempo, discretamente (cephaléa, cans corpor persistente e syndromes neurastheniformes), até que um falso concomitante — acção de frio, trabalho esgotante, alcool, etc., — sommar-se para realizar a endoarterite obliterante ou espastica, ad retando o apparecimento dos grandes syndromes: hemiplegias, plegias, aphasias, parkinsonismos, etc.; ás vezes, phenomenos de f devidos á formação de gommas em zonas capazes de apresentarem quadro anatomico-clinico significativo.

As formas parenchimatosas, durante muito tempo, consideradas degenerativas e designadas para e meta-syphilis, via de regra evolu silenciosamente por longos annos e, ás vezes, se encontram limitadas a um ou dois elementos organo ou physiopathicos (abolição de reflexos trophicos e vaso-motores, ataxia discreta, tendencia delirante, etc.) Este grupo admite modernamente as seguintes formas nicas:

a) tabes — quadro clinico muito vasto e variado: ataxias, hipertonias, perturbações trophicas, dores fulgurantes, osteo-arthropathies, neurites opticas, Argyll-Robertson, etc. O exame do liquido encefalo-racheano descobre albuminas 0,50 a 1,0, lymphocitose pouco accentuada ou quasi nulla (alguns lymphocitos até 12 a 15), R. W. muita vez negativa, reacções coloidaes frequentemente positivas, assucar e chloreto abaixo do normal.

b) paralysis geral — quadro clinico muito significativo nas formas declaradas: neurite optica, signaes de accomettimento aos centros nervosos dando symptomatologia de fóco — disturbios dos reflejos tendinosos, tremores, disarthrias, tendencia á rigidez, delirios grandeza, euphoricos ou phantasticos, ataques epileptiformes, perda auto-critica, etc. As alterações do liquido encephalo-racheano assemelham-se sobremodo ás da tabes, se bem que nos casos de P.G.P. que sempre a R. W. é positiva e a curva da reacção do benjoim coloidal apresente um aspecto typico. Sob o ponto de vista da biotypologia clinica, parecem mais dispostos á tabes os asthenicos, displasicos, enquanto que os picnics seriam antes predispostos á paralysis geral.

c) atrophie muscular espinhal chronica e progressiva syphilitica — oriunda de uma alteração especifica dos cornos anteriores da medula etiologia luetica, evolução e symptomatologia analoga ás outras formas (familiar, myopathica, etc.), quadro humorai muito pouco significativo, a R. W. positiva ás vezes esclarece a etiologia.

d) paralysis espinhal espastica de Erb — affecção systematica da via pyramidal, predominante nos membros inferiores — syphilis na anamnese — supervenientia de factores occasionaes (nemias, arterioescleroze, intoxicações habituaes ou profissionaes) — evolução sob

ma de paraplegia espastica com notavel exagero da reflectividade e paixão da sensibilidade — quadro humorai tambem pouco significativo com R. W. positiva em pequena proporção.

## CONCLUSÃO

Do exposto podemos, desde logo, admittir que a noçao de barreira hemato-encefalica auxilia a comprehender a natureza dos processos nervosos de origem luetica, segundo um criterio facil de interpretar e commodo de utilizar, ao mesmo tempo que traz para a nossa anatomia um fundamento material muito propicio para fugir ás anas expressões physiopathicas de sentido obscuro senão obsoleto.

Podemos aproveitar ainda este conceito para resolver e justificar notivo das nossas actividades therapeuticas junto ás diferentes modalidades de neuro-lues. Convém aqui declarar que o methodo heroico sugerido por Wagner-Jauregg, da malarisação dos paralyticos generalizados, está abrindo franca estrada para a generalisação, estendendo-se o emprego á quasi generalidade dos casos de neuro-lues, como prova a sua eficacia inicial, desde que o estado somatico ou uma visceropathia saiente não o contraindique, justamente pela grande virtude que se encontra nos agentes protozoarios de investirem contra a barreira hemato-encefalica, desfazendo as resistencias, o que equivale a dilatar a ssagem, aumentando a facilidade de comunicação entre os dois sistemas humorais, auxiliando, sobremodo, a penetração dos agentes específicos chimiotherapeuticos ulteriormente empregados.

Além da malariotherapy têm sido empregados outros recursos para aumentar a permeabilidade da barreira hemato-encefalica. Os autores americanos (Hall, Gallender, Holmlund, etc.) costumam introduzir soro de cavallo ou soluções salinas por via racheana, para provocar a retenção e o aumento do arsenico junto aos centros nervosos. Outros limitam-se a extrahir o liquido encephalo-racheano antes das injecções venosas para aproveitarem o periodo de reconstituição do mesmo nos plexos coroides, o que ajudaria a penetração das substancias medicamentosas. Já foi tambem empregada a caseina por via lombar com identico intuito.

## UM CASO DE DOLICOCOLON ILEO-PELVICO

Pelo Dr. Ernestino de Oliveira

Médico — Chefe de Enfermaria do H. C. E. — Docente de Clínica Cirúrgica da Universidade do Rio de Janeiro — Prof. da Escola de Saúde Pública do Exército — Ex-Assistente de Cirurgia do Hospital de Prompto Socorro do Centro de Transfusão de Sangue do H. C. E., Da Soc. de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro)

Apezar de ser uma affecção com um grande numero de symptoms, não deixa de ser um tanto raro o diagnostico do dolicocolon. Certamente que muitas vezes passam despercebidos, mas é fóra de dúvida que em geral os symptoms, apezar de numerosos, nem sempre aduzem, desde o inicio, ao diagnostico verdadeiro. Póde-se mesmo querer que só com o advento da radiologia, nos ultimos tempos, é que a affecção se tornou mais identificável, pois até há pouco tempo confundia com outras perturbações dos órgãos abdominaes. Os estudos sobre este assunto datam de muito. Primitivamente cingiram os anatomistas a verificar no cadáver apenas o comprimento do intestino, mas só os estudos realizados por Fleischmann em 1815 e posteriormente em 1820 é que fizeram a prova do deslocamento, por alongamento, dos colons. A esses autores seguiram-se Engell, Huguier, Stettner, Guber, etc. O trabalho de Trèves publicado em 1885 trouxe classico pela abundância de minúcias. A observação de Walter em 1888 mostrou um cólon pélvico de 70 cms.

Mas verdadeiramente só com Mackenzie, Troussseau, Melchiori, Virchow, é que se inaugurou a era denominada por Chiray de *periodo cirúrgico do dolicocolon*. Estes autores publicaram casos de torsão da sigmoide em consequência de alongamento e mobilidade do colon. Outros trabalhos, como os de Kadjan, Kusnetzow, Marinkowski, Telker, vieram corroborar os estudos de Shober, Black e Davis, que afirmaram a importância toda especial do alongamento do S. ilíaco. Entre os trabalhos franceses do período cirúrgico merecem destaque os ensinamentos de Roux de Lausanne, Forgue, Marfan, Lefèvre, Leblaire, etc.

Sem querermos nos deter demoradamente na história do dolicocolon, não poderemos entretanto deixar de assinalar o *periodo radiológico* desta affecção, que, pode-se dizer, foi o decisivo, pois permitiu um estudo completo, um estudo diferencial perfeito. Referindo-me aos estudos do período cirúrgico, Chiray, Lomon e Wahl dizem:

"En somme tous ces travaux ne considéraient l'allongement de certains segments du gros intestin que comme une disposition anatomique particulière dont on peut discuter les rapports avec diverses affections (volvulus, constipation chronique, syndrome de schprung)".

Kienbock em 1913 e depois Schwarz, foram os que primeiramente signalaram o aspecto radiológico do dolicoocolon. Mas o primeiro todo de conjunto parece haver sido feito por Lardennois e Autem em 1914. Foram estes autores que criaram o vocabulo *dolicocolon*. Depois seguiram-se as observações de Siciliano, Bélot, Beclère, ban Girault, Mlle. Reichenecker, Gaston Durand, sem esquecer os estudos de Kantor, Murray, Larrimore, Hecker, Grunwald, Römann, Müller, Slessinger, Busch, Zorzi, Strauss e muitos outros. Da ha pouco Bensaude e Olivier Monod publicaram um trabalho folego sobre este assumpto.

"Cependant, le dolichocolon reste encore peu connu des médecins", dizem Chiray, Lomon e Wahl. E por isso resolvemos publicar o nosso caso.

OBS. — Soldado J. Raymundo dos S. — da Escola de Cavalaria — Entrado no Hospital Central do Exercito em 5 de Junho de 1935, para a 11ª Enfermaria — Caderneta n. 5.730, de 1935. — Branco, solteiro, 21 annos de idade, natural do Estado de Alagoas.

*Antecedentes hereditarios* — Pais falecidos de causa ignorada. Não tem irmãos.

*Antecedentes pessoais* — Em criança, sarampo e varicela. Aos 15 annos, dores em diversas articulações. Em 1934, cancro molle, adenopathia. Em 1935, blenorragia, motivo de sua baixa ao hospital. Foi operado ainda em 1935 de appendicite.

*Historia da affecção actual* — Ha pouco mais de tres meses, dando por uma das ruas da cidade, foi accommettido repentinamente de fortes dores abdominais, na região epigástrica, sentindo calefíe, tonturas, havendo perdido os sentidos. Socorrido pela Assistência, melhorou com o tratamento que lhe fizeram. Tendo dado entrada no hospital para tratamento da blenorragia de que é portador, teve inicio na região epigástrica outra crise abdominal forte, que se extendeu em seguida a todo o ventre. Suores frios, vertigens, náuseas. Refere que vomitou uma substância de cor escura, que não pôde precisar se tinha aspecto sanguinato. No dia seguinte ao da crise abdominal, emitiu com as fezes grande coágulo. Indagado sobre seu regimen de exoneracao intestinal, refere que tem de quando em vez periodos de constipação que duram de 3 a 4 dias. Não se recorda de haver passado n

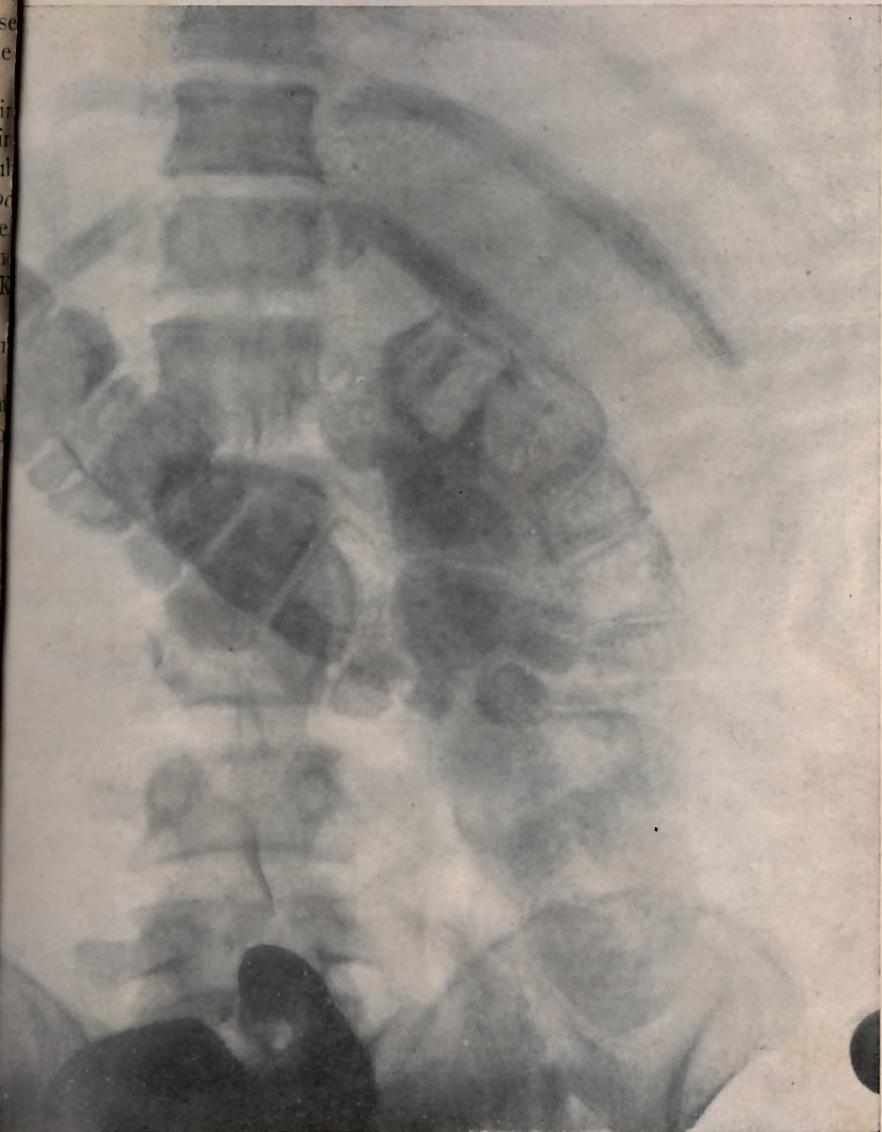


Fig. 1 — Radiografia mostrando o intestino cheio de ar em uma das crises dolorosas do doente. (Rad. do Gab. de Radiologia do H. C. E.)

epo com prisão de ventre. Sobre o regimen das dôres e passado trico ou intestinal, nada mais refere. Tendo-me sido pedido o exame deste doente, solicitei a sua transferencia para a minha enfermaria (10<sup>a</sup>), afim de melhor observal-o. Realmente, ainda não havia corrido dez dias e já outra crise abdominal caracteristica se apresentou. O inicio brusco, com séde no epigastrio e depois expansão pelo resto do abdomen. Ondas peristalticas na parede abdominal. Tenesmos rectaes. Nauseas. Timpanismo e ligeiro abaumento. Crise com aspecto de occlusão intestinal. Repouso, medicação sedativa, e tudo resolveu rapidamente.

Por essa occasião, com o paciente ainda em plena crise, foi solicitado um exame radiologico que nos forneceu a imagem da Fig. 1, onde se vê o intestino grosso dilatado por espacos apresentando aspecto de nichos polygonaes caracteristicos da perturbação do transito de gazes.

O doente referiu que antes de ser operado de appendicite sofreu uma crise de menor intensidade do que as duas ultimas.

*Exame do doente* — Individuo de typo brevilineo, bom estado de nutrição geral. Musculatura bem desenvolvida. Mucosas visiveis ligeiramente descoradas. Faneros normaes. Ganglios inguinaes palpaveis.

*Exame do abdomen* — Abdomen de conformação normal, apresentando cicatriz operatoria de 3 cms. na região appendicular. A percussão timpanismos na região mesogastrica e nos flancos direito e esquerdo. Ausencia de timpanismo pre-hepatico. Espaço de Traube normal. A palpação superficial, a parede se apresenta flacida. A palpação profunda, nota-se gargarejo em todo o colon e o doente accusa dores, tanto na região umbilical quanto na fossa illiaca esquerda. Cora illeo-pelvica sensivel e cheia. Fígado com 16 centimetros na linha mamilar direita e baço perceptivel.

#### *Exames dos outros apparelhos, normaes.*

A rectoscopia não pôde ser feita, por se haver a ella recusado o paciente.

*Exames subsidiarios* — Em 5-7-935. — A pesquisa de sangue nas fezes foi positiva. A pesquisa de ovos de parasitos intestinaes foi positiva para o schistosoma.

O exame radiologico da vesicula e da região gastro-duodenal nada revelou de interessante.

Em 12-7-935 foi solicitado exame radiologico do transito intestinal. Este foi feito no gabinete radiologico do Hospital Central do Exercito, pelo nosso distinto e competente collega Dr. Juarez Gomes, com o seguinte resultado: N. 864 — a) transito livre; b) dolicocolon illeo-pelvico. (Fig. 2).

*Sequencia operatoria* — Normal até o terceiro dia. Na terceira no doente, rebelde, levantou-se e foi sózinho ao gabinete sanitário. No dia seguinte accusava dôres abdominaes, que cederam após momento adequado. O resto da sequencia operatoria foi normal, indo-se o soldado em questão presentemente completamente curado.

\*  
\* \*

Consoante os autores mais modernos, o dolicocolon se caracteriza *anatomicamente* por alongamento do intestino, quasi sempre do grosso, localizado mais vezes á esquerda; e *clínicamente* por um certo numero de perturbações digestivas, das quaes as mais importantes e mais constantes são a *acrocolia* e as *crises dolorosas* abdominaes de tipo espiral. Kantor acha que o dolicocolon é um intestino longo demais, impossível de se arrumar convenientemente dentro da cavidade abdominal. Zorzi, oppondo o dolicocolon ao megacolon, considera apenas o alongamento sem o aumento do calibre da viscera. Mas, si levarmos conta que a extensão normal do intestino humano ainda não foi estabelecida com precisão, a definição de alongamento se acha um tanto enfraquecida. Entretanto, Curschmann pensa que o comprimento do intestino grosso é de 195 centimetros. Segundo Pudberg e Koch, alga signoide mede 60 cms., o colon transverso 50 cms. (variando entre 30 e 80 cms.) e o colon ascendente de 10 a 20 cms. (Trèves, auclaire, Mouchet).

Autores como Chiray, Lomon, Traunzun e outros, afirmam que muitas vezes se deve considerar o paciente como soffrendo de dolicocolon, mesmo que ao exame radiologico e ao exame clínico não se encontre um alongamento e uma mobilidade real dos colons. Basta que tal disposição seja virtual, que o intestino esteja em possibilidade de alongar, quando causas externas ou geraes venham concorrer para tal. Si estas flexuosidades e alongamentos são virtuaes e não reaes, é que elas estão ligadas a uma disposição especial do mesocolon, seja congenita, seja adquirida.

Examinando diversos cadaveres sob o ponto de vista da disposição anatomica do mesocolon illeo-pelvico, onde mais frequentemente se encontra o dolicocolon, Testut, Pierre Duval e outros obtiveram novas interessantes a acrescentar ao que já existia de classico. O *intestino terminal* ou colon illeo-pelvico é primitivamente rectilíneo e está provido de um méso sagital. O desenvolvimento dos outros segmentos do tubo digestivo e a rotação das viscerae abdominaes fazem volver para a esquerda o colon esquerdo e a primitiva face esquerda do seu méso torna-se posterior e põe-se em contacto com o peritoneo parietal. O méso do intestino terminal é então triangular (Jonnesco) com o vértice para baixo; sua raiz é vertical, pré-aortica e se detém, em bai-

xo, na terceira vertebra sacra; contém a arteria mesenterica inferior e seus ramos. Desde que se processe o crescimento da porção pélvica do colon, o méso acompanha este crescimento.

E' por essa época que se dá a coalescência dos folhetos. O mesocolon descendente se fixa ao peritoneo parietal posterior em toda a sua altura, desde a raiz do mesocolon transverso, em cima, até a linha inominada, em baixo (Fig. 3). O colon descendente e o colon illiaco parecem, pois, retro-peritonias: na realidade há um fascia de coalescência separando-os do plano retro-peritoneal. Este plano separa igualmente as arterias dos demais órgãos (ureter, vasos espermáticos, etc.) Mas existe uma porção do mesocolon pélvico que não adere: — é a porção compreendida entre a linha inominada e a terceira vertebra sacra. O adulto possui, pois, um *mesocolon pélvico*, que se insere na parede, por duas raízes, formando entre si um ângulo quasi recto, aberto para baixo e para a esquerda: raiz *primaria*, vertical e média, que corresponde ao meso primitivo, e raiz *secundaria*, transversal, paralela à linha inominada, correspondente ao ponto em que cessa a coalescência do colon illiaco. Conforme esta coalescência é mais precoce ou não se processa, e consoante a extensão do mesocolon, pôde-se considerar com Quenu, Duval, Claudio von Samson e outros, 4 tipos principaes de colon illeo-pélvico (Fig. 4):

- 1º) — Alça longa, com meso longo, tipo infantil. (A).
- 2º) — Alça longa, com meso curto, tipo adulto. (B).
- 3º) — Alça curta, com meso longo, tipo infantil. (C).
- 4º) — Alça curta, com meso curto, tipo adulto. (D).

Isto no que respeita ao colon illeo-pélvico. O colon direito é mais fixo do que o esquerdo, na proporção de 26 p. 100 do primeiro para 36 p. 100 do segundo. White observou 60 p. 100 dolicocolons pélvicos, 30 p. 100 no colon transverso e 10 por 100 no colon direito.

Mas estas disposições anatomicas não bastam para explicar a constituição do dolicocolon. As chamadas *theorias anatomicas*, sustentadas por Kantor, White, Piergrossi, Bianchi, Bensaude, quer se referem a anomalias de rotação, anomalias de migração, anomalias de descida ou de fixação, são muitas vezes fracas para explicar esta afecção. Crearam-se as *theorias physio-pathologicas*, considerando o dolicocolon como uma afecção adquirida, secundária a perturbações de transito intestinal total ou mesmo a inflamações colíticas. Marfan atribuiu há muito certos alongamentos do intestino às perturbações digestivas da infância. Arbuthnot Lane, Robin, Cauci, admittem mesmo que a estase intestinal crônica pôde determinar o aparecimento de alongamentos segmentários do intestino. Outras theorias, como as de Lardeauois, Aubourg, Kustner, Bélot e Feissilly, Leclère, Duval e Roux, Alban Giraud, são da mesma opinião. Zorzi diz, ao contrário, que a colite e constipação, que se encontram muitas vezes nos casos

de dolicocolon, serão os efeitos de uma mesma causa ligada às condições especiais de ineração do colon. Chiray, Lomon e Wahl explanaram teorias interessantes. Para esses autores o dolicocolon se produziria como consequência de *causas predisponentes* de ordem anatômica e *causas determinantes* de ordem physio-pathologica. Entre as primeiras encontram-se as persistências anatomicas do mesocolon infantil, ou da falta de coalescência dos folhetos do mesocolon com o peritoneo parietal.

Nem a estase intestinal parece ter grande actuação. Tanto assim que raramente se encontra a alça alongada cheia de matérias fecales; ella está, pelo contrário, quasi sempre cheia de gases, e o transito ali parece ser um pouco desigual. "E' o transito anarchico" de Chiray, Lomon e Wahl. Para esses autores, a constipação que existe nos doentes de dolicocolon não é atônica, como se pretendeu, tanto assim que nos velhos raramente se encontra tal lesão. O dolicocolon é considerado por Chiray e seus colaboradores como dependente de uma perturbação funcional complexa da motricidade do colon. Para alguns autores essas dependências seriam o resultado de um desequilíbrio hormonal e funcional entre os diversos segmentos do tubo digestivo (Bayliss e Starling, Forsell, Alvarez, etc.), ou consequência de perturbações no sistema nervoso sympathico e para-sympathico, actuando por via reflexa sobre o sistema nervoso autônomo. E' o caso particular de certas lesões de pericolite direita e de certas bridas peri-iléo-cecaes que parecem preceder por vezes o dolicocolon. Hurst e Frazer criaram há pouco a neuro-cirurgia principalmente para o inegadolicocolon. Dizem ellos que esta afecção reside em uma falta de coordenação dos esfíncteres devido à falta de contracção das fibras longitudinaes dos colos. Praticando a gangliectomia e a sympathicectomia lombar, os neuro-cirurgiões norte-americanos e ingleses acreditam que se possa restabelecer o mecanismo de coordenação, por isso que reduzem a ação inhibidora das fibras sympathicas sobre os músculos circulares do recto.

O sistema sympathico envia fibras ao recto, seja pelo plexo mesenterico inferior — nervo hemorrhoidal superior e plexo correspondente — seja pelo plexo hipogástrico, com suas divisões superiores e inferiores; as primeiras acompanham a arteria hemorrhoidaria superior e as segundas os vasos hemorrhoidários medios até o recto. Estas fibras constituem o nervo *inhibidor* do intestino. Sua excitação experimental provoca, em princípio, a cessação dos movimentos intestinais, com pallidez da mucosa por vaso constrição e secundariamente a vaso-dilatação do intestino. Parece, portanto, que sua secção, suprimindo a inhibição trazida à contracção, tanto circular quanto longitudinal do intestino, possa servir de processo therapeutico. Por outro lado, o intestino terminal recebe as fibras do nervo pélvico, oriundo principalmente dos II e IV nervos sacros. A excitação experimental deste nervo provoca a vermelhidão da mucosa, ao mesmo

tempo que a contracção das fibras longitudinaes e circulares, enquanto que sua secção determina phenomenos inversos. Ora, é esta disynchronisação neuro-sympathica, que age como causa de valor no mecanismo determinante do dolicocolon. Walter Mercier diz textualmente: "a hyperactividade do sympathico determina a achalasia, isto é, a falta de relaxamento dos esphincteres com uma inhibição do tonus e da motricidade das paredes intestinais, de que derivam a estase fecal, o alongamento do musculo e a hypertrofia das paredes do intestino."

\*  
\* \*

Da triade symptomática característica do período de estagio do dolicocolon, constituida por — constipação, aerocolia e as crises dolorosas abdominaes, o primeiro é o symptomă basico. Podendo se apresentar sob os aspectos mais diversos, quanto ao tempo, à intensidade, ao rythmo, a constipação figura sempre em todas as observações por nós lidas dos diversos autores (Barthélémy, Velasco Blanco, Fuchs, Nard, E. Lcalle, G. A. Mertola, Leriche, etc.) e em todas as publicadas no optimo livro de Chiray sobre o assumpto. Mas tambem pôde-se encontrar o transito intestinal acelerado, no total do intestino ou apenas em parte, tomando o aspecto de *transito anarchico*. Em certas ocasiões o repasto baritado é esvaziado rapidamente em parte, an passo que a outra porção só se evaca depois de um tempo muito mais longo. Não raro o doente tem a sensação de plenitude abdominal, de evacuação insufficiente, ainda que após a refeição baritada a alimentação tenha sido reduzida.

A aerocolia manifesta-se sobretudo pelo abaulamento e meteorismo; é tambem um signal muito constante e de algum valor. Mesmo pelo exame radiologico encontram-se com frequencia as porções terminaes do intestino vasias de fezes e cheias de ar. Diversos autores, comitudo, dizem que essa aerocolia, dando o aspecto de tubos de oráculo, é encontrada nos casos em que o dolicocolon tenha uma dilatação — megadolicocolon. Esta aerocolia pôde ser até percebida pela palpação, dando ao ventre do doente uma resistencia elástica. Comummente encontram-se colicas gazosas, que não são especiais ao dolicocolon. Para Lardennois, esta aerocolia é devida á aerophagia, enquanto que para outros é devida principalmente a uma retenção anomala dos gases intestinais, quer resuite de um obstáculo á sua evacuação, quer seja o corollario de uma perturbação na absorção. Para autores como Fries, Kato, Zunz e Tache, e Kantor, maior percentagem de responsabilidade da aerocolia cabe á falta de absorção intestinal, por perturbações vasculares resultantes de torsões, flexões, elongações, etc. Chiray chega a dizer: "mais la gène de la circulation des gaz nous paraît plus importante que celle des matières".

As crises dolorosas abdominaes se apresentam como dôres irre-

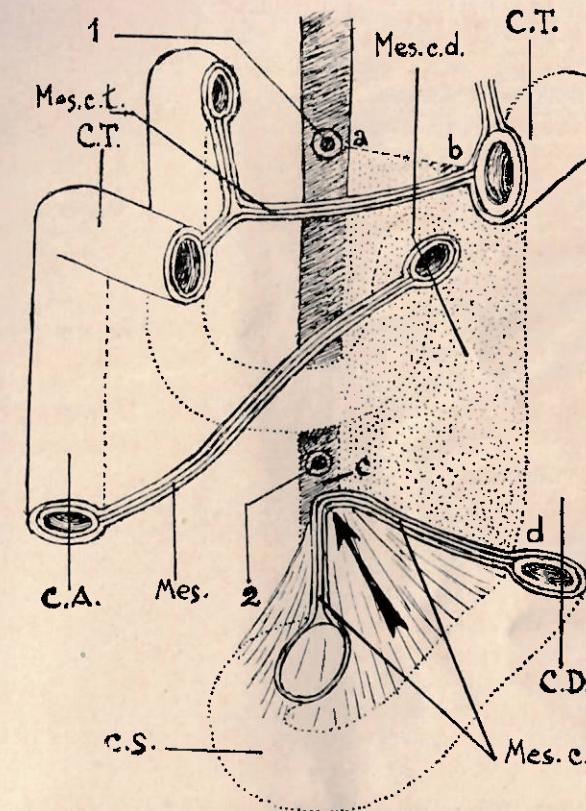


Fig. 3 — Coalescência do mesocolon descendente. Raízes do mesocolon sigmoide (Testut-Latarjet). 1 — mesenterica superior. 2 — mesenterica inferior. C. A. — Colon ascendente. C. T. — Colon transverso. C. D. — colon descendente. C. S. — Colon sigmoide. Mes. c. t. — Mesocolon transverso. Mes. c. d. — Coalescência do colon descendente. a, b, c, d — seus limites. Mes. c. e. — mesocolon sigmoide. A fecha penetra na fosseta intersigmaide.

gulares, localizadas inicialmente na região peri-umbelical, ás vezes na fossa illiaca direita, outras na fossa illiaca esquerda. Apparecem de repente, a intervallos inicialmente espaçados até de um ou mais annos, e depois aumentam de frequencia, passando a tres, quatro ou mais crises por mez. O nosso doente, por exemplo, teve a sua primeira crise em março de 935 e depois della, outras appareceram tão approximadas, que o levaram a procurar um tratamento, com rapidez. Não se pôde dizer que elles sejam caracteristicas, pois muitas têm até si lo confundidas com crises de appendicite aguda, tão positiva é a sua localisação á direita. São extremamente intensas, mas não apresentam irradiações. Durante muito tempo se pensou que eram devidas a phenomenos de occlusão intestinal, mas actualmente a opiniao geral é que, si estes phenomenos de occlusão podem ser dolorosos, as crises dolorosas do dolicocolon são antes o resultado de elongacão dos plecos intra-mesentericos. Chiray e Lomon acham essas crises abdominaes devidas ás flexões das alças em certos estados de subocciusão, ou ao contrario á compressão de alças intestinaes por outras dilatadas. Isto nos parece razoavel, pois a radiographia do nosso doente, tomada em plena crise dolorosa, mostra-nos o aspecto polygonal das alças, de angulos agudos, como si fôra um intestino em dificuldade de transito gazoso. Ducat, entretanto, já em 1899, fixava como causa determinante das crises dolorosas abdominaes as ptoses do colon.

O exame radiologico torna-se indispensavel para um diagnostico perfeito do dolicocolon. "Le diagnostic anatomique du dolichocolon est affaire de méthode et d'instrumentation, et parfois même, il faut bien dire, une affaire d'interprétation", dizem Looper e Taunzun. Não basta apenas o exame do transito intestinal, torna-se preciso tambem a administração de um clyster opaco para resaltar as malformações anatomicas dos colons.

Muitas vezes, de inicio, o exame radiologico não dá a impressão de um dolicocolon. Torna-se necessaria a administração de um clyster opaco, até com certa pressão, afim de dilatar as alças e fazel-as tomar a posição commun no ventre. Mas tambem a prova do transito, permitindo-nos encontrar as imagens em grinalda de colons amplamente recortados no filme radiographic, fornece-nos elementos para a positivação de um diagnostico. O transito intestinal é ás vezes paradoxalmente retardado: uma porção do bolo de barita é evacuada com rapidez, enquanto que a outra porção só se elimina com grande atrazo. Nos casos em que existem flexões as imagens se apresentam de maneira differente. "A radioscoopia feita durante a administração de um clyster opaco e completada pela radioscoopia, constitue um meio rapido e seguro de reconhecer o dolicocolon." A vantagem da radioscoopia durante a lavagem reside no facto que se pôde verificar os espasmos devidos á colite, os quaes são causa do refluxo do liquido injectado. Em geral os dolicocolons se mostram muito tolerantes.

Alguns intestinos têm uma capacidade surprehendente e toleram sem dôr dois ou mais litros de clyster. Quanto ao exame radiológico nos momentos do volvo ou crises de occlusão, é fóra de dúvida a sua importância.

Além da disposição geral dos colos, do seu comprimento, o exame radiológico nos pôde oferecer noções importantes sobre o calibre do intestino, sua motricidade, etc.

A clínica do dolicocolon, ademais de estudar perfeitamente a marcha da doença e sua symptomatologia, deve precisar o seu diagnóstico. Chiray, Rozanoff e Lomon distinguem dois grandes tipos syndromicos do dolicocolon: o *dissimulado* e o *complicado*.

Os *dolicocolons dissimulados* são os que existem por traz de uma cortina constituída por outra afecção importante, que imediatamente chama a atenção do clínico. É o caso, por exemplo, do nosso doente, que baixara anteriormente ao hospital para ser tratado de uma crise de fossa ilíaca direita, diagnosticada como crise de appendicite, mas cujo apêndice, retirado, apesar de mostrar lesões positivas de inflamação, estava longe de justificar o quadro clínico tão intenso, encontrado.

Os casos de *dolicocolons complicados* são os de ha muito tratados como tal afecção, mas em que posteriormente se encontra uma outra doença capaz de explicar ou pelo menos justificar um certo número de symptoms. Os doentes pertencentes a esta categoria, tratados convenientemente, melhoram do dolicocolon, verificado radiologicamente, mas continuam a apresentar quasi a mesma symptomatologia. Nestes casos o dolicocolon "monopolise l'attention, si bien, qu'on lui attribue tous les symptômes produits par une autre maladie". Chiray relata o caso interessante de uma moça, com um dolicocolon pronunciado, com crises abdominales paroxísticas, que mais tarde foram verificadas como consequência de uma ptose renal esquerda, com flexão e dilatação do ureter. O caso de Chêne reporta-se a um paciente com úlcera de estômago, mas cuja symptomatologia foi atribuída a um dolicocolon descoberto precocemente.

Ha também, ao contrário, outros casos de dolicocolon que evolvem durante uma vida, sem serem conhecidos, por causarem perturbações mínimas. São, como se poderia dizer, *dolicocolons encobertos*. Exemplo interessante é o de Luiz XIV, citado por St-Simon. Falando sobre o soberano, St. Simon (*Mémoires*, Cap. III, T. VIII) refere: "A l'ouverture du corps les parties s'en trouvèrent si saines volume et leur étendue au double de l'ordinaire, d'où lui vient d'être si grand mangeur et si égal."

Outros exames devem ser feitos, como a rectoscopia, o exame coprologico, exame das regiões gastro-duodenal e hepato-biliar, etc.,

para melhor esclarecer a origem dos symptoms que os pacientes possam apresentar.

\*  
\* \*

O clínico deve fazer o tratamento inicial, limitando os alimento que deixam muitos resíduos farinacos, celulose, etc. Os melhores alimentos para esta classe de doentes são os mucilaginosos e os albuminoides. A correção do dynamismo intestinal pela administração de lavagens oleosas ou com glycerina e de purgativos mucilaginosos e oleosos, é a base da therapeutica. Mas em certos doentes, como no nosso caso, em que se encontra uma infestação parasitária parecendo concorrer para a produção do dolicocolon, convém fazer o tratamento anti-verminotico específico. No nosso doente o tratamento clínico não deu resultado de grande monta. Melhorou o estado geral ligeiramente, melhorou o estado local, mas as crises abdominais continuaram cada vez mais intensas.

O tratamento cirúrgico, agindo sobre as valvulas — tratamento indirecto — segundo Delbet, Baudet, Maucliare, parece não oferecer grandes perspectivas de cura. A dilatação do anus foi também aconselhada por muitos autores, entre os quais se pode citar Hurst e Larsson para consolidar todos os factores que para elle concorrem: o mecanismo das evacuações, uma correcta triagem cirúrgica, um perfeito ajustamento das formações de transporte ás de tratamento, a suficiente denoso. O caso interessante de dolicomegasigma publicado por Calazans Luz e João Figueiredo Barata, demonstra como a reconstituição de anus pode conduzir á cura, ou pelo menos á melhora, do paciente. Modernamente Wade e Royle, Hurst e Adson se tornaram partidários da neuro-cirurgia no tratamento do dolicocolon. A radicsecção lombar, a gangliectomia lombar (2º, 3º, 4º e 5º ganglios lombares) bilateral parecem ter dado alguns resultados. A secção do nervo pélvico também tem sido preconizada por alguns cirurgiões. Após estas intervenções tem-se resultados, alguns importantes, tanto no ponto de vista da estase intestinal, quanto no ponto de vista do encurtamento da alça alongada, mas também se tem tido o inconveniente de, no homem, assistir ao desaparecimento da ejaculação.

Quanto ao tratamento cirúrgico directo do dolicocolon, tem sido assumpto de muitas discussões. Kantor, White e Zorzi, e Lardennois consideram a lesão como devendo ser tratada sempre medicamente. Strauss aconselha operar si não se consegue diminuir a constipação e pelo receio do volvo ou da sigmoido-peri-sigmoidite. Bensaude e Olivier Monod assim lhe estabelecem as indicações: operar em caso de sub-occlusão e crises dolorosas repetidas se acompanhando de distensão na fossa ilíaca esquerda. Lefèvre, Seille, Patchet, Schlesinger e outros mostram-se ao contrario francamente intervencionistas.

Pensamos que não se pôde ser radical em matéria de tão elevada importância. Sempre que o estado do doente comportar, convém insistir no tratamento clínico, porque assim se têm resolvido muitos casos. E só depois de um tratamento prolongado, quando o estado do paciente o exigir, quando as crises dolorosas tornarem a sua vida demais sofredora, é que se poderá resolver a propor uma intervenção cirúrgica directa, a qual de resto nem sempre é destituída de perigos. Verdade é que os perigos são menores desde que se opere no intervallo das crises, sem estar o paciente na fase de sub-occlusão. Porque, si não aproveitarmos essa oportunidade, seremos muitas vezes conduzidos a fazer a intervenção numa fase de occlusão intestinal, com os intestinos dilatados, cheios de gazes, etc.

O nosso doente foi submetido ao tratamento médico enquanto possível. Mas suas crises abdominais passaram a se repetir com maior frequência, o desanimo se apossou do doente e por duas ou três vezes o encontrámos em fase de sub-occlusão intestinal, que foi debelada por lavagens intestinais e administração de chloreto de sodio em solução hipertonica. Resolvemos então fazer o tratamento cirúrgico num período em que o paciente se apresentava ainda em boas condições. A intervenção a dar preferência é a colectomia segmentar. "La colectomie segmentaire est la méthode de choix qui supprime la cause du volvulus, des coudures intestinales, des crises d'obstruction colique, mais elle n'est la méthode de choix qu'à la condition de présenter un minimum de risques" (Senèque et Milhiet).

Dos diversos processos de colectomia (Reybard, Baum, Volkmann, Reclus, Miculicz, Paul, Hartmann, Quenu, Henri Guinard e Merz, Senèque e Milhiet), em um, dois ou três tempos, confessamos que nos sentimos embarcados. A cirurgia do intestino grosso, muito grave, muito difícil, deve merecer do cirurgião cuidados especiais, mas devemos concordar que o cirurgião é muitas vezes tentado a fazer a intervenção em um único tempo, si bem que os autores clássicos a aconselhem em dois ou mais tempos. A colectomia esquerda se nos apresenta de gravidade especial, principalmente em se tratando da cura dos tumores neoplásicos, das resecções intestinais em estado de occlusão. Mas, si encontrarmos um intestino sólido, com a serosa resistente, cujas anastomoses possam ser facilmente feitas e recobertas com planos de sutura ou ao menos com uma epiploplastia, penso que se poderá tentar a colectomia em um tempo. Verdade seja dita de passagem que esses casos precisam ser convenientemente escolhidos e não são contradicções. Quando operámos o nosso doente, pretendímos fazer a colectomia em dois tempos. Mas ao exame local das visceras, da porção intestinal a resecar, das possibilidades de uma sólida anastomose termino-terminal, resolvemos mudar de tática operatória e ficámos satisfeitos com o resultado. Realmente, a cirurgia já não é mais uma coleção de qua-

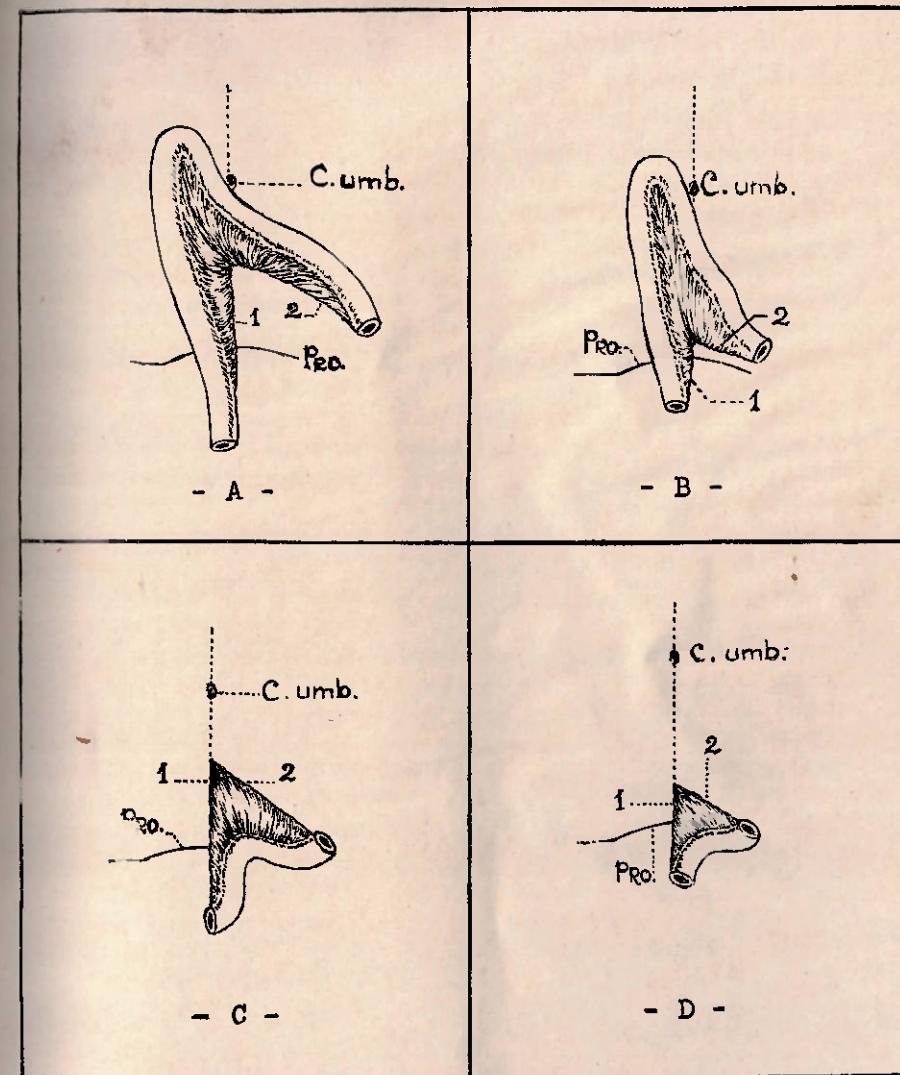


Fig. 4 — Disposição do mesocolon pelvic segundo nível de inserção (Duval). C. Umb. — Cicatriz umbilical. 1 — raiz primitiva. 2 — raiz secundaria. Pro. — promontorio.

dros rígidos. Ao se fazer o exame de uma lesão, teremos, para tratar-a, muitos processos, muitos meios, que todos podem oferecer as mesmas possibilidades de êxito. A nossa habilidade deve residir em saber escolher, com critério, entre elas, o mais adequado à solução do problema apresentado.

Fizemos a colectomia esplenica em um tempo, com entero-anastomose termino-terminal, em tres suturas: a primeira total, a segunda scro-serosa e a terceira de reforço, ainda sero-serosa e com epiplopiastia. As paredes intestinaes se mostraram resistentes e nada adelgaçadas, apesar do doente haver feito anteriormente varias crises de sub-occlusão.

Depois de realizada a operação do nosso caso, lemos duas técnicas interessantes publicadas no *Journal de Chirurgie* de Agosto de 1935 e de Fevereiro de 1936. São praticamente colectomias em um tempo, porém com exteriorização da alça. Na primeira, a técnica de Senèque e Milhiet, depois de feita a colectomia, a exteriorização é realizada pela passagem de dois pontos de catgut fino nos agulos da incisão e a serosa intestinal a 4 cms. da anastomose. Completa-se a exteriorização por meio de duas laminas de gaze introduzidas lateralmente. O curativo é feito colocando-se sobre o intestino gaze com vaselina esterilizada.

A técnica de Pierre Goinard e Herz é talvez mais agradável ao doente. Fazem elles a enteroanastomose sub-total, deixando um orifício para a passagem de um dreno. Suturam o peritoneo parietal ao peritoneo visceral da alça anastomosada e depois fecham a cavidade, tendo assim excluído a anastomose. Posteriormente tiram o dreno e suturam a fístula cutânea, se alteração alguma não apareceu. Esta técnica, com quanto mais agradável ao paciente e mais segura, parece, contudo, de execução um pouco mais difícil. No nosso caso, fomos tentado a fazer a sutura primitiva e a redução directa da alça bem suturada no interior do ventre, porque o aspecto local se nos apresentou como muito favorável, e disto não temos que nos arrepender.

Quanto ao tratamento cirúrgico das complicações (volvô, sigmoidite, peri-sigmoidite, etc.), elle varia naturalmente de acordo com as lesões encontradas e é subordinado às normas gerais de tática operatoria moderna.

#### BIBLIOGRAPHIA

- Bensaude et Monot* — Le dolicho-sigmoïde, Ann. de Médecine — t. 37, Abril de 1930.  
*Brodin* — Le dolichocolon — Revue critique de pathologie et thérapeutique — t. IX — Nov. de 1931 — pag. 901.  
*Carnot* — Sur le dolichocolon — Paris Médical — 2 de Abril de 1932 — pag. 305.

- Chiray, Lardennois et Lomon* — Traitement médico-chirurgical du dolichocôlon pelvien — La Presse Médicale, n. 16 — Fev. de 1932 — pag. 297.
- Calazans Luz e João de Figueiredo Barreto* — Sobre um caso de dolichocôlon comegasigma — Medicamenta n. 145 — Anno XIII — Set. de 1934, pag. 15.
- Chiray, A. Lomon et P. Anny* — Les manifestations douloureuses du flanc droit dans le dolichocôlon gauche — Gazette Médicale de France — 15 de Novembro de 1931.
- Chiray, Lomon et Wahl* — Le dolichocôlon — Masson & Cie. — 1931.
- E. Lacalle* — Arquives Espanoles de Pediatría — Junho de 1934 — pag. 332 a 343.
- E. Stor, Judd e Alfred Adson* (from Mayo Clinic) — Lumbar sympathetic ganglionectomy and ramisection for congenital idiopathic dilation of the colon — Annals of Surgery, t. XXXVIII, Ste. 1928 — pag. 479-498.
- G. A. Mertola* — Terapeutica do dolicocolon — Hospitales Argentinos — Agosto de 1934.
- Kantor* — A clinical study of some common abnormalities of the colon. The redundant colon — Ann. Journ. of Roentg. and Radiumtherapie — t. XII, n. 3, Nov. 924 — pag. 414-418.
- Leriche* — Symptômes et traitements du dolichocôlon — Lyon Chir., 1935 — Set. e Out.
- Loeper et Tauxun* — Le diagnostic du dolichocôlon — La Presse Médicale n. 43 — 31 de Maio de 1933 — pag. 873.
- Lardennois et Aubourg* — Allongements segmentaires du gros intestin — Journal de Rad. et d'Obst. — Fev. de 1914, pag. 65.
- Lardennois* — Un cas de megacôlon, pathologie et traitement — Bull. et Mém. Soc. de Chir. — 1924, pag. 592.
- Loeper* — L'atonie cécale. Les enteronevrites. Leçons de pathologie digestive — Séries II, III e IV (Masson & Cie, Editeurs).
- L. Velasco Blanco e D. Fuchs* — Semana Medica, Maio 935, pag. 1359. — Dolicocolon nas crianças.
- M. Barthélémy* — Megadolichocôlon pelvien — Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. — Sessão de 29 de Novembro de 1933.
- Nard* — Hemicolectomia no tratamento do dolichocôlon — Bordeaux Chir. — Outubro de 1935 — 322-340.
- Nobécourt* — Dolichocôlon et megacôlon — Journal des Praticiens, n. 9 — 27 de Fev. de 1932 — pag. 230.
- Nobécourt* — Dolichocôlon pelvien dans la moyenne de la petite enfance. — Journal des Praticiens, n. 21 — 27 de Maio de 1935 — pag. 237.
- Pierre Goinard et Henri Merz* — (Rapport d'Ockyzick) — Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris — 10 de Julho de 1935, p. 954.
- Parturier et Lepennetier* — A' propos du dolichocôlon sigmoïde — Société de Gastro-Enterologie — Séance du 9 Octobre 1933 — Arch. des Maladies de l'Appareil Digestif — n. 10 — Dez. 1933 — pag. 1025.
- P. Aubourg* — L'évolution des dolichocôlons — Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris — N° 113.
- Quenu* — Du rôle de l'angle colique gauche dans les occlusions intestinales — Bull. Soc. de Chir. — 18 de Junho 1902, p. 695.
- R. B. Wadd et N. D. Royle* — Operative treatment of Hirschsprung's disease; new method with explanation of the technique and results of operation — Med. Journ. of Australia — 1927, t. I, pag. 137-141.

- Genèque et Milhiet* — Traitement chirurgical du dolichocôlon, en particulier par le procédé de la réséction en un temps avec suture termino-terminale extériorisé — Journal de Chirurgie — Agosto de 1935, pag. 187.
- Walter Mercier* — Hirschsprung's disease. The report of a case treated by lumbar ganglionectomy and ramisection — Edinburgh Medical Journal — t. XXXVIII, n. 7 — p. 105.
- 
-

## EM TORNO DE UM CASO DE NEURO-PSYCASTHENIA

Dr. Henrique Ferreira Chaves

(Major-medico. Chefe do Serviço de Neuro-Psychiatria do H. C. E.)

### RELATO CLINICO

B. L. P. C., com 40 annos de idade, casado, natural desta Capital, official de disciplina do C. M. do Ceará, vindo daquelle Estado para gosar as férias regulamentares, foi mandado a exame neuro-psiquiatrico pela J.M.S. da Directoria de Saude da Guerra. Individuo de compleição forte, corado. Dentes em mau estado. Lingua com enducto saburral. Não abusa de fumo, nem accusa antecedentes alcoolicos. Não é disphagico. Phaneros: Sem alteração. Bio-typo: Constituição leptosomatica.

*Anamnese de familia:* Paes fallecidos já ha algum tempo; o seu progenitor, em consequencia de intervenção cirurgica motivada por um antraz na nuca, aos 66 annos presumiveis. A sua progenitora succumbira em consequencia de um colapso cardiaco, após "delivrance", sem saber com que idade. Conheceu tios paternos e maternos, todos falecidos em idade avançada, sem saber ao certo a *causa-mortis*. Quatro irmãos com elle, observado. Duas irmãs casadas—ambas nervosas (*sic*) e elle, observado, brincava, pilheriava, achando que o nervosismo dellas era uma questão de luxo (*sic*). Um irmão fallecido de febre amarela. Não conheceu nem um dos avós. Refere a existencia de uma irmã por parte de pae, tendo terminado os seus dias num manicomio; sabe mais que essa sua irmã andava envolvida em pratica de baixo espiritismo.

*Anamnese pessoal:* Sarampo, coqueluche, cachumba. Nega impaludismo. Refere a blenorragia, da qual se diz curado. Nega a existencia de cancros venereos, adenites e rheumatismo. Pleuriz secca em 1917, tendo passado mal nessa época; diz-se curado dessa enfermidade. Ha tres meses passados, após intenso surto grippal, foi victima de uma congestão pulmonar, dahi datando, a seu ver, todo o complexo morbido que o domina actualmente. No decurso dessa congestão sobreveiu-lhe glicosuria (14,0 de glycose por litro de urina).

Nunca fez a prova da glycemia. Em 1932, profundo exgotamento nervoso (*sic*) em consequencia do seu serviço.

*Exame dos apparelhos* — Apparelho digestivo — Maus dentes centuada. Apparelho respiratorio — Respiração rude, mórmente nos por minuto. Apparelho circulatorio — Tachicardia. Pulsações radiaes: 100 nervoso — *Reflectividade* — Patellares exaltados. Achileus — Presentes. Abdominaes e cremasterinos — Apagados. Sensibilidades, nas suas modalidades — Presentes. Sentido estereognostico — Diacocinnesia — Presentes. Ligeiro grau de dysmetria. Accusa o Romberg sensibilizado e forte agripinia.

*Exame psychico*: Não pôde atravessar uma praça nem iogares escuros, estreitos e fechados (agoraphobia e claustrophobia). E' incutiado, com vontade de precipitar-se ao solo. Sente-se tambem inquietos e mesmo voluptuosos, seguidos de poluições. Diz o doente: "esses sonhos voluptuosos dizem respeito principalmente a pessoas muito consideradas e a quem o observado muito admira.

"Antes de vir para o Rio (lá no Ceará), de uma feita, em viagem num bonde, sentiu-se atordoado, desconhecendo o local onde se encontrava. Saltou, tomou um taxi, foi para sua residencia, sentindo-se cada vez mais nervoso (cheirava ether, tinha dispnéa, usou varios calmantes nessa occasião). Melhorou um pouco; dias depois embarcava para aqui, sendo necessaria a ajuda de um catraeiro para conduzil-o a bordo. Mesmo assim, quasi não transpõe a escada do vapor: tinha a impressão que ia morrer. Subiu de olhos fechados por instantes solicitações de sua senhora e filha. Durante a viagem sentiu-se cada vez mais nervoso (*sic*) e presa de forte irritabilidade. Ha occasões em que se sente bem; mas de repente, tudo muda. Desconfia que a alimentação lhe faz mal; acha que sofre de angor-pectoris (*sic*). Dóe-lhe o estomago, a garganta, tem pontadas na fosse ilíaca direita, desconfia de appendicite (grande preocupação com as suas visceras — *cenestopathia*). Realizou o congresso sexual aos 14 annos; não abusou do onanismo, nunca exerceu a sexualidade aberrante. E' recatado. Timido. Affectivo. Hyper-emotivo. Distimico, revelando um temperamento ciclotímico. Preoccupa-se com tudo. Tem phobias e medo injustificavel. Desconfia de tudo, até das pessoas com quem tem relações de amizade; se essas criaturas estão ou não aborrecidas consigo, se elle está se tornando irritante (*sic*). Preoccupado em extremo com o asseio corporal ( lava as mãos a todo instante). Ha um facto que muito lhe absorve a attenção: a sua prisão lá no Ceará pelo comandante do Collegio, provada depois a sua innocencia (Forte carga

emotiva que naturalmente desencadeou toda a molestia de que é portador o observado). Não accusou allucinações auditivas, visuaes, nem mesmo illusões. Apresentou-se calmo ao exame e orientado quer auto, quer allo, quer somato-psychicamente. Indifferença sexual, sem ter, contudo, a impotencia coeundi. Estamos em presença de um caso de *neuro-psycasthenia*, precisando o doente de certo tempo para o seu tratamento (prazo nunca inferior a seis meses) com therapeutica persuasiva e talvez mesmo a psychanalyse, seguindo-se qualquer medição que o caso comporta no momento presente.

Os exames subsidiarios, necessarios ao caso em apreço, foram feitos. O doente recusou-se formalmente á puncção rachiana, dizendo mesmo preferir perder o seu emprego a ser submetido a tal recurso de laboratorio.

(A J. M. S. da Directoria de Saude louvou-se neste parecer, concedendo o prazo necessário de licença).

## EM TORNO DE TRES CHOLECYSTECTOMIAS

Pelo Cap. Dr. Camara Leal

(Ex-assistente de Clinica Cirurgica da Universidade do Rio de Janeiro.  
Instructor de Clinica Cirurgica da Escola de Saude do Exercito. Chefe da  
17<sup>a</sup> Enfermaria de Cirurgia do H. C. do Exercito)

Orientando-me em Gosset e ampliando meu trabalho pelos conhecimentos modernos hauridos nos valiosos artigos dos professores Renner e Lielstwsty, de Altona, explico a razão de minhas cholecystectomias e exponho os resultados completos obtidos.

Contribuo, assim, para a commemoração de anniversario deste Estabelecimento, com a satisfação plena dos que, com esforço proprio e exito pratico absoluto, alicerçam as leis da cirurgia.

Os tres casos que ora trago, além desse contingente positivo das indicações operatorias nas lesões da vesicula biliar, dentro das estatísticas da Salpetrière, trazem para nós militares uma preciosa directiva, que realça a capacidade physica do soldado, após ser cholecystomizado.

Tres são os casos, operados em menos de um anno em meu serviço, 17<sup>a</sup> enfermaria, aparecidos entre as idades de 24 e 28 annos; um morador de Minas, e dois aqui residentes; dois pertencentes á arma de aviação e um á de cavallaria.

Apresento, pois: a) um caso de cholecystite chronica, com calculo cystico, vesicula hydropica; b) um caso de cholecystite chronica; c) um caso de cholecystite aguda, secundaria a uma lesão appendicular.

Destes tres, caracteristicamente icterico, com symptomas de peritonite localizada, com alterações de pulso e temperatura, apresentava-se o primeiro; os dois restantes estavam subictericos, sem alterações thermicas e circulatorias.

Na cholecystite chronica, com calculo, tínhamos uma vesicula hypertrophica, e na outra, uma vesicula tendendo a atrophica, factos estes, que, com a cholecystite aguda, de infecção secundaria, confirmam a classificação ainda hoje acceita, no tocante ás lesões do reservatorio natural da bilis.

Na primeira vesicula, de paredes resistentes, após o exame meticulooso aconselhado por Moynihan e do exame da face posterior da

figado (Lejars), o que aliás nos difficultavam as adherencias, encontrámos líquido viscoso, de aspecto escuro, para mais do normal de Chiray (45 cc.), igual ao indice normal na chronica com tendencia á atrophia e diminuido na aguda.

Na cholecystite calculosa as adherencias resistentes sangravam facilmente, na aguda eram facilmente descolaveis e nos permittiram fazer a ligadura previa da cystica.

No primeiro caso, pelo exame de fézes, foram encontrados schistosomas, necator, tricocephalos.

Seria interessante si encontrassemos um desses parasitas no conteúdo vesicular no exame do laboratorio.

Os dois primeiros casos, devo-os á gentileza do nosso competente collega professor Augusto Torres, que m'os enviou com alguns exames subsidiarios, inclusive a sondagem de Einhorn, pelo Mezer-Lyon.

Os exames radiographicos foram feitos pelos peritos collegas Francisco de Oliveira e Juarez Gomes.

No meu serviço foram determinados os exames clinicos preoperatórios de Depuy de Frenelle e Pauchet, bem como prescripta a therapeutica exigida pelas interpretações dadas por Dupré, quanto ás vias de infecções.

Assim preparados, auxiliado pelos collegas Oscar de Carvalho, Gilberto Peixoto e interno Pantaleão, com a incisão de Sprengel, aconselhada por Alfredo Monteiro, por via directa de Pauchet, nos dois primeiros casos, e retrograda no terceiro, com drenagem tubular o primeiro e o terceiro, sem drenagem o segundo, retirei as vesiculas e tive optima sequencia operatoria.

A rachianesthesia alta, pela percaína Ciba, foi de resultado maravilhoso.

## CONSIDERAÇÕES GERAES

Nenhum trauma anterior justificou as lesões das paredes das vesiculas destes doentes.

Para o primeiro caso, ligo a estase de bilis ao calculo encravado no cystico, e a formação deste, a uma colite infecciosa anterior.

As areias, que não constituem ponto inicial de formação calculosa, foram notadas em nosso primeiro observado.

Todos apresentavam a triade de Parturier: crises postprandiaias, sensação de torsão de viscera no hypochondrio direito e irradiação duodenogastrica.

De inicio foi afastada a hypothese de crises tabidas.

A repercussão da cholecystite no andar abdominal direito superior é variavel e não nos facilitou o segundo e terceiro diagnosticos.

Os pontos dolorosos, a contracção de defesa, as alterações das urinas, mascaram o caso clinico, e eis porque, a razão de retardamento das intervenções de alguns dos casos.

Pauchet liga á cholesterinemia a formação de calculos e dá para as mulheres a percentagem maior (tres por um), chegando á proporção de 98 % nas gravidas.

Na cholecystite catarrhal, diz elle, forma mais frequente, encontramos vesiculas de paredes normaes e de paredes espessas.

No nosso primeiro caso, a vesicula estava espessa, adherente, com bilis escura e consistencia gommosa, elementos estes exigidos para o caso.

Nos outros dois casos as paredes estavam ainda de acordo com o mestre, azuladas, delgadas, com bilis de odor fetido, inflammadas, com alguns residuos brancos de sclerose.

No primeiro e terceiro casos, cholecystite calculosa e cholecystite aguda, os ganglios que seguiam o choledoco estavam augmentados.

Nos dois casos sem calculo, bem observados, notámos: 1) sensibilidade permanente na região vesicular; 2) habitualmente, sem crises dolorosas continuas; 3) algumas crises febris; 4) mal estar continuo; 5) fadiga geral; 6) infecção de uma toxemia chronica; 7) respiração fraca na base do pulmão direito.

Explicando as causas de infecção, que facilitam a formação de calculos. Pauchet cita a exacerbção bactericida do figado, cujos elementos são eliminados pelos canaes biliares; diz que a pedra surge na vesicula, após inflammação, consequente estase biliar e precipitação de saes desta; localisa a formação principal dos calculos no bacinete e diz mais que os calculos do choledoco vêm da vesicula.

Os accidentes septicos de vesicula não têm repercussão geral, porque sua rede lymphatica é pequena; peiores são os accidentes septicos do choledoco, de repercussão mais vasta pela extensão dessa rede.

De facto, nos casos deste trabalho, a repercussão foi localizada, e a formação nos lembra a asserção de Pauchet, quanto á sua origem.

Pelos exames da bilis retirada, no primeiro e segundo casos, e pela curva leucocytaria do terceiro, podemos pensar, com Naunym, na existencia da infecção alterando a integridade dos tecidos da vesicula, e se processaram, ou por via lymphatica, ou pelas circulações, venosa (veia porta), arterial (arteria hepatica), ou pela proprii via biliar de que já falámos.

Na formação dos calculos, além da theoria pathogenica anteriormente citada, autores ha, como Agotte, que os filiam ás colites, como Hensback ao catarro lithogenico, como Rowsing ás celulas destruidas do baço, e ainda outros os ligam ás diatheses e ás perturbações do metabolismo.

Gosset, estudando as bilis retiradas por sondagens, lembrou que a polynucleose, sangue e albumina encontrados na bilis A caracterizavam uma cholecystite, e que as concreções da bilis B firmavam um diagnosticó de lithiase.

Carnot avançou a hypothese de neoplasia das vias biliares, todas as vezes que seja encontrado sangue nos calices de Einhorn.

Não tivemos, porém, esse desprazer, mesmo no terceiro caso, em que chegámos a pedir a reacção de neo-Botelho, e em que difícil foi a sondagem, e irregular a interpretação dos calices.

Notámos ictericia, como vimos, pela obstrucção das vias excretoras, porém ha casos, mesmo em portadores de calculos, em que não verificámos o menor traço de ictericia (Gosset).

A formação dos calculos pôde se dar com ou sem alteração thermica.

Nas lithiases do choledoco, com ictericia, existe febre.

Os accessos febris desta são intensos, raramente continuos e apresentam, depois de alguns dias de grandes ascenções vesperaes, uma demorada phase de apyrexia, na qual se deve intervir.

Ainda nesta lithiase, durante e após a crise thermica, surgem pruridos, e pigmentos biliares na urina.

Os calculos podem passar despercebidos, porém não afastam a possibilidade de complicações sérias.

Em dez por cento dos homens existe calculo na vesicula.

Riedel acha que, na Alemanha, existem mais de dois milhões de cholelithiascos.

Os calculos se apresentam em todas as idades, mais no periodo dos trinta aos quarenta annos.

A manifestação classica da lithiase da vesicula é a colica hepatica, e todos os meus doentes a tiveram.

As complicações mais communs são as que attingem o apparelho circulatorio, o pancreas (7 % dos casos), o peritoneo e o intestino (quando perfuram) e, com dois por cento nos casos, vamos encontrar formações cancerosas nas vias biliares.

A ablação nos casos sem complicações dá 0,50 % de lethalidade.

O calculo pôde perfurar a veia porta, dar erosão, nodulos varicosos e aneurysmas da arteria cystica.

A ictericia, conforme o crescente de sua manifestação, aumenta paralelamente a cifra de lethalidade nas intervenções de cholecystotomias ou cholecystostomias.

Muitos aconselham a não retirada das vesiculas atrophiadas.

Os abstencionistas acham que as pedras das vesiculas devem ser retiradas sómente quando se instalam "febre, dôr, tumor, perturbações gastricas, puchos agudos".

Os intervencionistas, no entanto, dizem: "deveis operar desde inicio ou na segunda crise de cholecystite, antes das complicações, ictericia ou infecção das vias excretoras".

São indicações formaes operatorias a hydropsia, a cholecystite gangrenosa ou phlegmonosa, a occlusão do choledoco, antes da cholangite grave, a perfuração e o ilio.

A cholecystectomy deve ser feita (Pauchet): a) na crise de cholecystite ou pericholecystite; b) na pedra do cystico ou do bacinete;

c) no canal cystico duro e espesso; d) na vesicula de parede branca e espessa.

A cholecystostomia é indicada: a) nas vesiculas infectadas supuradas; b) nas pericholecystites agudas e adherentes; c) nos tardados.

A cholecystotomia faz-se: a) quando não ha crise aguda de cholecystite; b) quando apparentemente normal a vesicula.

As vesiculas boas devem ser conservadas.

Os accidentes afastados das cholecystectomias são: a) fistula biliar duravel; b) surtos de angiocholites e periangiocholites; c) formação de abcesso; d) eliminação de bilis, por: 1) ter ficado calculo no choledoco; 2) por ter sido ligada a vesicula longe do choledoco; 3) pelo facto contrario; 4) por suprimir cedo a drenagem.

## MEIOS DIAGNOSTICOS

Além dos dados já mencionados, acho conveniente a pesquisa stetoscopica de Lyon, a pesquisa do signal de Murphy, a determinação de Parturier, todas positivando as adherencias e defezas do andar superior abdominal, e a verificação das zonas hyperalgicas: a) oitavo e nono segmentos dorsaes direitos; b) vertebras dorsaes de 9 a 11; c) centro da decima primeira costella, por traz; d) angulo inferior escapular; e) musculo deltoide direito; f) inserção clavicular do sterno-cleido-mastoideo direito (nervo phrenico).

A ulcera do duodeno dá hyperalgia maior na inserção deste musculo á esquerda.

A pressão na região renal, normalmente tolerada, não é suportada na região hepatica, nos casos doentes.

O signal de Ramond, com sua submacissez e estertores na base do pulmão direito, completam o quadro das grandes affecções da vesicula, tão mascaradas com as varias manifestações de outras molestias no espaço classico de Chauffard.

As affecções da vesicula são, segundo Dieulafoy, nascidas na propria vesicula; segundo Haggard, vindas do appendice, e, conforme ensina William, motivadas pela periduodenite, consequente á ulcera.

As emoções causam colicas.

Os vomitos alliviam aos que soffrem do estomago e não aos que soffrem da vesicula.

Os cholicos recebem, ás vezes, todos os alimentos, e outros, com alimentação leve, são atacados de colicas, como o nosso terceiro caso.

E' difficult dizer-se, muitas vezes, si existe um processo morbido vesicular ou si é uma brida adherencial, ou si é o proprio ligamento pericholecystico duodenal, (que apresentam symptomatologia dolorosa semelhante).

As complicações possiveis são mais sérias e mais numerosas que as da ulcera do duodeno e da appendicite.

Pôde haver bradycardia sem ictericia.

A hyperchlorydria se manifesta em dez por cento de alterações da vesicula, pela falta de sua função (Hakweg).

Ohly acha que a affecção desta é secundaria á gastrite, em desacordo com Kuthner, que diz não depender a acidez da doença vesicular, mas sim da idade do paciente.

Chauffard opina pela hyperchlorydria na doença recente.

A cholecystite aguda pôde se apresentar com febre, com calafrios e é devida, na maioria das vezes, a um calculo.

O symptoma cardenal da occlusão do choledoco é a ictericia.

A ictericia, sem febre, indica a obstrucção mecanica das vias biliares grossas; e com febre, mesmo sem infecção, uma estenose cicatricial do choledoco.

Quando ha febre e ictericia, existe tumefacção do figado.

O kysto congenito do choledoco das jovens (Budde) pôde figurar como calculo ou como elemento cicatricial e assim obstruir as vias de excreção.

Muitas vezes, em casos de lithiase biliar, apparece uma hepatite primitiva ((Winckler e Tietze).

A necrose pancreatico hemorrágica aguda depende 69,8 % das affecções da vesicula, e com o volvulos (raro) e o ilio (mais comum) desencadeiam ás vezes peritonites agudas, com ou sem perfuração.

O carcinoma da vesicula é secundario a uma cholecystite cronica.

#### RESENHA DE PHYSIOLOGIA NORMAL E ETIOPATHOGENIA DAS VIAS BILIARES

Para comprehensão perfeita da estase da bilis na vesicula e das alterações inflamatorias e calculosas, convem antes dizer como se esvasia o reservatorio biliar, si pela excitação sympathica dos feixes de Oddi, si pela contracção de sua musculatura, si pelos movimentos do diafragma, si pela aspiração do intestino ou si ainda pela acção psychica.

O anel muscular de Oddi se hypertrophia quando se extirpa a vesicula.

Westphal, excitando o sympathico, fechava o sphinter de Oddi e, excitando o vago, contrahia a vesicula e musculatura do choledoco na sua porção duodenal.

Os eixos diferentes do corpo da vesicula e do seu orificio de saída, este reservatorio quando collado ou mais alto, a sua trama muscular cerrada em estado de repouso, o curso sinuoso do cystico e a disposição de suas valvulas, são factores que difficultam o escoamento da bilis.

Animaes ha que não possuem vesiculas (cavalo, rata), outros

que a têm (cabras e ratazanas) e outros que a podem ter ou deixar de possuí-la (girafa).

A bilis segregada ou vai para a vesicula ou desce directamente para o intestino pelo estimulo reflexo dos alimentos.

Quando no seu reservatorio, a bilis perde agua por absorção, mantendo mais baixa a pressão, em comparação com a existente no fígado.

A função mais importante do fígado é regular a pressão, desconhecendo-se como isso se processa nos animaes sem vesicula.

Alpert e Swsst pensavam que a bilis era reabsorvida, o que foi negado com as experiencias de Whitaker e Cohn.

Retomando o estudo da evacuação da vesicula, no seu estado hidgado, Mann provou que, apesar da sua localisação e de não ter movimentos peristalticos, existe uma contracção propria, activa, desta, que a bilis passa para o choledoco no espaço minimo de meia hora, conforme controle radiographico.

Bergmann liga a este facto a acção hormonica da hypophisina.

Adler acha o primeiro estimulo se dar no fígado, secreção, e que esta vai expulsar a bilis em reserva na vesicula.

O choledoco tem um grande poder de concentração, causa importante, que explica a normalidade funcional dos cholecystectomizados.

Nos vagotonicos a vesicula se esvasia mais depressa do que nos normaes.

A hyperexcitabilidade constitucional, estudada por Friedrick, parece dar repleção subita da vesicula, e a falta desta, dôr em varios pontos do abdomen.

As affecções do duodeno, valvula de Bauhin, e coecum, têm acção á distancia sobre a vesicula.

A cholecystite infecciosa deriva geralmente: a) da penetração do germe do intestino para o choledoco; b) eliminação dos germens pelo fígado (por ser a via provavel em todas as enfermidades que se acompanham de bacteraemia); c) pela veia porta nos casos de pyelothromboses suppuradas; d) pelos vasos lymphaticos que trazem os germens da cavidade abdominal (Annes-Dias).

Hack acha raros os processos embolicos da parede vesicular.

Gundermann e Edelmann accusam o staphilococco como factor da infecção intra-parietal, mas Rosenow diz que são os streptococcus os responsaveis pela alteração parietal encontrada.

Os coli-bacilos são muitas vezes encontrados na vesicula, e num dos meus operados tive a confirmação.

As molestias infecciosas agudas (typho, escarlatina, pneumonia) podem trazer alterações profundas da parede vesicular.

Naunym deu nome de bacteriocholia á presença de germens na bilis, sem manifestações clinicas.

A preparação industrial dos alimentos aumentou os casos de cholecystites e cálculos (Mayo).

A discolia parece favorecer às enfermidades das vias biliares. O factor principal das lesões das vias biliares é o desequilíbrio do metabolismo basal.

As cholecystopathias evoluem, pois, para a chronicidade imperceptível ou o estado doloroso, com surtos espaçados, acompanhados de aerophagia, erupções, expulsão de gases pelo anus, com constipação ou diarréas, às vezes, (diarréa biliar dos franceses).

Na forma crônica se manifestam os symptoms gastricos gerais (plenitude, pressão, peso, gases e angustias); existe também períodos de euphoria.

Nesta forma, vezas ha que se instala "a vesicula fraise", de escamas de cristais de colesterolina, formando pequenos corpos brancos (cholelithiasis e cholesteroses).

A colesterolina vem do fígado, porém pode vir da mucosa da vesícula, e até hoje não se conhece convenientemente seu metabolismo.

A bilis é estável pelo seus cholatos alcalinos e pelos seus sabões.

#### ANOTACOES DE PERIODO PREOPERATORIO

Gosset, além dos exames clínicos, das pesquisas de laboratório, sempre controlou os casos com os Raios X, pela prova de Graham et Cole, onde o tetra-iodo se mostra mais opaco que o tetrabromo anteriormente usado.

Este contraste não deve ser usado nos retencionistas e febris.

A sondagem duodenal de Stepp completará a primeira investigação de Einhorn.

O preparo do doente com therapeutica especializada, insulina, extracto hepático, calcio, soro glycosado adrenalinado em conta-gota rectal, lavagens do estomago com bicarbonato — prova de Crile, não afasta o emprego da vacina anti-pyogenica.

O regimen dietético apropriado, tendente a conservar normas pH, RA, uréa, glycose e outros elementos do sangue, faz-se indispensável, como também não se deve esquecer o estudo do emmuncitorio renal.

Os doentes apyreticos, sem pronunciada ictericia, sem alteração da célula hepática, dão percentagem de mortalidade de 5 %, ao passo que os febris com ictericia antiga (dois ou mais meses), quando também operados, elevam a 15 % a percentagem lethal.

Pauchet acha que se deve tirar todas as vesículas infectadas e com cálculos, apenas fazendo restrição para os diabéticos, obesos e azotêmicos.

O doente branco é considerado óptimo, e o amarelo pessimo. A anestesia chloroformica, que lesa a célula hepática, e a pelo

ether, que aumenta a uréa no sangue, podem acelerar as complicações nas cholecystopathias.

A therapeutica, que pode ser interna ou cirúrgica, se confunde, não tem pontos limitrophes.

Enderlen acha que a intervenção deve ser feita duas semanas depois da ictericia, respeitando-se o estado desesperador.

Hotz aconselha: velhos = indicação vital estrita; jovens = intervir sem vacilação.

A razão, como vimos, é que a mortalidade aumenta com a idade: até aos 40 anos 4 %, entre 40 e 45 é de 7 %, e de 16 % dahi em diante.

As probabilidades de cura, difíceis de ajuizar, pelas muitas reacções orgânicas individuais, depois das operações dão 57 % (Blacklock) e 80 % (Schmidt).

Não se pode em absoluto comparar as estatísticas dos cirurgiões com as dos internistas, porque os casos dos primeiros são desesperadores.

O prognóstico depende da cholecystopathia rápida e convenientemente diagnosticada.

Não existe uma constituição especial para os portadores de afecções da vesícula, apesar de Drapper achar que os asthenicos, com tendência à ptose abdominal, tenham relação com os cholepathicos, chegando a dizer que o tipo vesicular é o de uma pessoa de pouca estatura, com ângulo epigástrico aberto, pequena distância interocular em discordância com as linhas da face, incisivos curtos, e que se mostra no seu psychico, sem medo, pouco irritada, constante no trabalho, capaz de ter um ideal e chegar a elle.

#### OBSERVAÇOES

1º CASO — Papeleta n.º 8.320, de 1934 — Benjamim Pereira de Araujo, soldado, 1º R. Av. M., baixou no dia 3 de Novembro de 1934. Tem 28 anos, branco, solteiro, natural do D. F. Esteve na 1ª enfermaria e foi transferido para a 17ª logo no dia 4, com a nota "afecção cholecística". A prova de Graham Colle foi negativa. Constatado ao nível do cystico "um círculo de tom pouco elevado", que denuncia tratar-se de concreções calcáreas, o radiologista Dr. Juarez propôz uma repetição do exame, com injeção endovenosa do tetra-iodo (ex. 929, de 10-11-34). Wassermann = negativo.

Urinas: phosphatos amoniacal-magnesianos, traços de ácidos biliares, pigmentos biliares, com taxas diminuídas dos elementos normais. Densidade 1,015, turva (ex. de 6-11-34). Uréa no sangue = 0,50 por mil, em 7-11-34. Reserva alcalina = 53 %. Glycose = 0,75 por mil, ambas pesquisas feitas no dia 10-11-34.

Diagnóstico clínico = cholecistite calculosa.

Operado em 21 de 11 de 34 com anesthesia rachidiana pela per-

caina.

Processo = Pauchet, com incisão de Sprengel.

Drenagem tubular — retirada no segundo dia após intervenção. Vesicula volumosa, escura, hydropica, com calculo engasgado no cystico.

Operadores: Caps. Drs. Camara Leal e Gilberto Peixoto.

Os dois exames seguintes, que só puderam ser feitos quasi um anno aps, deram: a) exame cytologico — líquido retirado da vesicula — presença de cellulas polymorphas de hematias, leucocytos em numero elevado em relação com o de hematias — 22-11-35; b) exame histologico: cholecystite chronica, 14-10-35. O organismo foi preparado com insulina, acecoline, urotropina, sôro glycosado, lactase, venoseptina, saes de calcio, antes e depois da operação. Tendo tido uma dilatação aguda do estomago tres dias aps o acto cirurgico, foi feita lavagem do estomago com solução bicarbonatada.

Alta curado, em 24 de 12 de 1934.

**2º CASO** — Papeleta n. 7.578, de 1935. José Cupertino, soldado, do Parque Central de Aviação. E' branco, solteiro, com 24 annos de idade, natural de Sergipe. Baixou em 18 de Setembro de 1935. Esteve primeiramente nas 2ª e 5ª enfermarias, sob os cuidados do Dr. Torres, que m'o transferiu com o diagnostico clinico de cholecystite chronica, confirmado na 17ª enfermaria.

Não foram tiradas radiographies e nem feitos exames de Wassermann e urina.

O quadro era typico, foi feita a tubagem duodenal, que caracterisou a perturbação da vesicula.

Exames — reserva alcaina, 49,4 %; glycose = 1,0 por mil; uréa = 0,45 por mil, em 11-10-35. Sangria = 3 minutos. Tempo de coagulação = 4 minutos. Fezes = schistosoma, necator, triccecephalos em 21-9-35.

Medicado.

Examinados os calices — tubagem de Einhorn, não foram encontrados protozoarios e ovos de helminthos; flora abundante de coccus, cadeias de coccus Gram positivos, bacilos. Isolado o coli nas tres amostras. Cellulas epitheliaes. Não abundantes polynucleares, em 30-9-35.

Operado em 19-10-1935. Rachipercaína alta. Vesicula encontrada inflamada com carácter de chronicidade, o que foi confirmado pelo laboratorio no exame histologico de 2-10-1935.

Processo operatorio Pauchet directo com incisão de Sprengel. Não foi drenado. Sequencia operatoria optima.

Operadores — Cap. Dr. Camara Leal e Major Dr. Oscar de Carvalho.

Alta, curado, em 5-1-1935.

**3º CASO** — Pepeleta n. 5.669, de 1935. João Evangelista dos Santos, soldado, 4º R.C.D., em Tres Corações, Minas Geraes, baixou no dia 31-5-1935. Tem 24 annos de idade, branco, solteiro, natural do Estado supra.

Veiu directamente para a 17ª enfermaria. Raio X = para o primeiro exame solicitado para estomago e duodeno, visto o quadro clínico não estar caracterizado, foi dado o seguinte resultado, em 19-6-1935 (exame n. 1.913): ausencia de lesão organica do estomago. Bulbo duodenal deformado por compressão da vesicula. Resultado do Graham Colle, endovenoso, feito no dia 11-7-35 (Ex. n. 92) = Negativo, obstrucção do cystico ou lesão parietal da vesicula. Wassermann e Khan = negativos (exs. de 19-9-35).

Urina = Dosagem aumentada de chloretos e diminuida de outros elementos. Uratos de sodio, pyocitos, traços de albumina, pyuria. Densidade = 1.014, turva, acida (exame de 15-6-35). Reacção de Neo-Botelho = negativa (ex. de 5-8-35). Reserva alcalina = 53 % em 15-6-935.

Nos exames feitos ainda em 23-9-35: uréa = 0,25 por mil; glycose = 0,85 por mil; reserva alcalina = 58 %.

Tempo de coagulação = 5'. Fezes em 17-6-35 = ankylostomos.

Exame histologico da vesicula = Cholecystite aguda, em 14-10-935.

Exame hematologico — julho de 935 = Lymphocitos 14 %, polynucleares neutrophilos 81 %, eosinophilos 1 %.

Este doente foi operado de appendicite, surto agudo em estado chronico, pelas dificuldades encontradas não foi elle retirado; logo na abertura do peritoneo, que se achava accolado ao epipon, dando hemorrhagias em varios pontos, mostrou na região coecal um tumor caseoso, que se desfazia ao toque de gaze. Lavada a cavidade com sôro physiologico e derramada uma empolla de sôro anti-peritonico de Bebrin, foi deixado dreno tubular, retirado só no oitavo dia aps a intervenção.

No dia 24 de Setembro de 1935 foi operado de vesicula: Pauchet retrogrado, aps incisão de Sprengel; ligadura prévia da cystica.

Vesicula inflamada, adherente, ganglios infarctados da região do choledoco, confirmando a inducção radiologica e o exame clinico.

Anesthesia = rachipercaína alta.

Operadores — Capitães Drs. Camara Leal e Gilberto Peixoto.

Teve, como o segundo e o primeiro, o tratamento adequado pre e post operatorio. Foi drenado. Foi medicado de ankylostomose.

Alta, curado, em 25 de Outubro de 1935.

## CONCLUSÕES

E de nossos tres casos, todos curados, ladeados pelas asseverações e opiniões orientadoras dos autores consultados, que nos leva-

ram ás pesquisas directas, interpretações proprias e cuidados especiaes no que diz respeito ao individuo, no exâme clinico e nos meios subsidiarios, nos resultados de Laboratorio e de Raios X, concluimos que, respeitadas situações raras, deve-se fazer a cholecystectomy em todas as affecções da vesicula, como meio de cura e como meio prophylactico.

A capacidade physica permanece integra no soldado brasileiro, mórmente em tempo de paz, quando apenas se lhe exige o estagio de caserna, que não é estafante e durante o qual nenhuma alteração dietetica se impõe.

#### BIBLIOGRAPHIA

- Paulino-Augusto — *Pathologia Cirurgica*.  
" " — *Cirurgia de Urgencia*.  
" Fernando — *Em torno de varios casos cirurgicos*.  
Povoas-Helion — *Blastomas*.  
Forgue — *Pathologie Externe*.  
Reuner (de Altona) — *Lithiases* — (1935).  
Liebstwosty — *Cholelithiasis* — (1935).  
Monteiro-Alfredo — *Tecnica Operatoria*.  
Marion — *Technique Chirurgicale*.  
Romeiro — *Semeiologia Medica*.  
Dias-Annes — *Licções de Clinica Medica*.  
Berardinelli-W. — *Noções de Biotopologia*.  
Dujardin — *Revista Hospital* — 1935.  
Schmiden — *Curso Operatoria-Quirurgica*.  
Pauchet — *Pratique Chirurgicale Illustrée*.
- 

## FERIMENTOS DA PELVE

Pelo Dr. Gilberto Peixoto

(Cap. Medico. Chefe de Enfermaria do H. C. E. Prof. da E. S. E. Ex-Assistente de Cirurgia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Membro da Soc. de Med. e Cir. do Rio de Janeiro)

Dependencia da cavidade abdominal, a bacia ou antes a escavação pélvica aloja dentro de suas paredes parte importante dos apparelos urinario, genital e digestivo e por ella transitam vasos e nervos que ou se destinam ás visceras ou se vão distribuir aos membros inferiores e orgãos do perineo. Comprehende-se assim o extraordinario interesse que despertam os ferimentos desta cavidade. Neste pequeno trabalho, calcado sobre quatro observações pessoaes, procurarei estudar os varios aspectos clinicos e anatomo-pathologicos que as lesões podem apresentar e os recursos therapeuticos indicados.

#### AGENTES VULNERANTES E PONTOS DE PENETRAÇÃO

Projectis de arma de fogo de toda natureza, armas brancas (punhaes, bayonetas, lanças, etc.) e fragmentos dos proprios ossos da bacia attingida por traumatismo violento, são os agentes etiologicos comumente encontrados nos ferimentos profundos da pelve.

Pôde o instrumento vulnerante ou o projectil entrar pela parede abdominal, pelo perineo ou pelas partes lateraes da bacia, mas a via preferida é a posterior, glutea ou ischiatica. A fenda sacro-ischiatica é, com effeito, um dos pontos fracos da bacia. O buraco obturador, mais profundamente situado, é menos attingido pelos projectis. Não está livre, porém, como mostra o caso classico de Larrey, de um homem attingi lo por um lançaço na região obturadora, com ferimento da bexiga.

A via perineal é a seguida pelo agente vulnerante nos casos de queda do individuo sentado sobre um instrumento cortante ou perfurante.

Ha ainda os casos de perfuração do recto por introduçao de corpos estranhos, etc.

E' evidente que os projectis de arma de fogo podem penetrar por qualquer ponto do perimetro pélviano, pois atravessam com facilidade

as partes osseas; quanto ás armas brancas, ellas preferem as partes não protegidas pela cinta ossea.

### ANATOMIA PATHOLOGICA

No seu trajecto intra-pelvico, pôde o agente vulnerante não ferir nenhum orgão, ou causar as mais graves lesões; assim, pôde attingir a bexiga, os uretères, as vesículas seminaes e os canaes deferentes, a prostata, o recto, a parte inferior da alça signoide e os vasos e nervos da bacia. Seria fastidioso entrar em pormenores anatomicos. Lembrarei apenas dois pontos: a) a disposição do peritoneo, revestindo a bexiga e o recto apenas na parte superior e formando entre elles o fundo de sacco de Douglas (1) nos leva a dividir os ferimentos destes órgãos em intra e extra-peritonias, com quadros clinicos e indicações terapeuticas inteiramente diversas.

b) Outro ponto que merece algumas palavras é a presença, na bacia, de órgãos da grande cavidade, mas que normalmente, pela acção da gravidade e pressão intra-abdominal, se vêm alojar no Douglas: são alças delgadas, o "S" illiaco e ás vezes o cecum, que pôde em certos casos ter uma situação pelviana. (2)

Podemos assim encontrar como consequencia immediata dos ferimentos da pelve: a) lesões vasculares, que podem acarretar a morte em poucos instantes, como no caso de ruptura da hypogastrica; que podem produzir hemorrágias menos violentas, mas que, si não são atendidas promptamente, conduzem tambem rapidamente á morte, como as lesões dos ramos da hypogastrica, glutea, ischiatica, obturadora, pudenda interna, etc.; ha ainda a considerar o ferimento das veias que acompanham todas essas arterias, o que tambem pôde occasionar importantes hemorrágias, ás vezes mortaes; b) lesões dos dois grandes reservatorios: bexiga e recto, com presença de fézes e urina no peritônio, si a lesão fôr intra-peritonial ou no tecido cellular sub-peritonial da pelve, si o ferimento fôr abaixo do revestimento seroso; c) rupturas de uretères (3) e ferimentos da prostata (4), vesicula espermática e deferentes. São lesões raras, que não tivemos occasião de observar; d) fracturas de partes diversas da bacia, sendo que certos fragmentos destacados podem por sua vez attingir outros órgãos; e) lesões dos nervos com paralysias e perturbações da sensibilidade.

(1) Esta é a disposição no homem; não cuido neste artigo das diferenças no sexo feminino, que não interessam ao estudo das observações.

(2) Em 16 % dos casos no homem e 20 % na mulher, segundo Alglave.

(3) Cathelin, durante a grande guerra, observou unicamente dois casos.

(4) Cathelin cita um caso de Ricord (1872), os de Otis (1876) na guerra de Seccessão e quatro durante a Grande Guerra (de Rochet, Vallon e Ponson).

Quanto ás consequencias tardias, originam-se quasi todas da infecção do tecido cellular da bacia pelo conteúdo das viscera: as fézes do recto, altamente septicas e a urina acarretam a formação de largas suppurações que se infiltram em todos os recantos da bacia, propagando-se á região glutea, á parte anterior da coxa, ás fossas illiacas, etc. E' esta pelvi-cellulite a causa commun da morte nas lesões visceraes pelvicas.

Vejamos agora as observações. Ellas nos permitirão estudar sob um aspecto pratico o lado clinico e therapeutico da questão.

#### Primeira observação:

O soldado I. A. S. foi ferido na campanha de 1932 (mez de Agosto) por um projectil de infantaria que lhe atravessou a pelve. A bala entrou do lado esquerdo, a quatro dedos abaixo da crista illiaca e dois dedos atraz do grande trochanter, sahindo do outro lado approximadamente á mesma altura. Era um rapaz de vinte e um annos de idade, natural do Rio Grande do Sul, de typo longilinio. O exame geral feito na ambulancia, nada revelou de anormal além dos dois ferimentos acima descriptos. Não havia por elles escoamento de fézes ou urina. Urinava e evacuava normalmente pelas vias naturaes e sem dôres. A temperatura e o pulso eram normaes; não vomitava e pela palpação sentia-se o ventre flacido. Como já tivesse vinte horas de ferido, foi posto em observação, com sacco de gelo no ventre. Com vinte e quatro horas mais, nada tendo apresentado de anormal, foi permitida alimentação liquida e com mais vinte e quatro horas foi o doente evauciado para as formações da retaguarda.

Tornei a vê-lo mais tarde no Hospital Central do Exercito (em janeiro de 32). Baixou á 15<sup>a</sup> enfermaria; persistiam ainda ás duas fistulas; procedi á curetagem dos dois orifícios osseos profundos; applicações locaes de "Imunicaldo" terminaram a cura e o doente foi convalescer em Campo Bello.

E' este um caso de rara felicidade. A bala atravessou o corpo no limite superior da cavidade pelvica, em zona revestida pelo peritonio e cheia de órgãos importantes, que ella, no entanto, não lesou.

Esses casos são, no entanto, bem conhecidos. Na campanha de 1924, no Paraná, lembro-me de ter visto um soldado em que uma bala, penetrando pouco acima da prega glutea, foi sahir no umbigo, tambem sem lesar os órgãos abdominaes. Casos semelhantes são relatados por todos os autores que se ocupam de cirurgia de guerra.

#### Segunda observação:

Muito diferente é o caso do operario R. S. O., do Arsenal de Guerra, que, ferido accidentalmente na região glutea por tiro

de pistola, foi trazido ao hospital pelo Dr. E. Goulart Bueno em 17-5-1934. Apresentava signaes de grande hemorragia: pallidez intensa, pulso filiforme, resfriamento geral, sudorese profunda; a ferida, apesar de tamponada com gaze, deixava escoar sangue em abundancia. Levado á mesa de operações logo que chegou, a intervenção foi iniciada mesmo sem anesthesia. Com um debridamento rapido, pretendia eu vêr se conseguia attingir a fonte da hemorragia. Nada foi possivel fazer, porém, pois a vida do doente se extinguiu antes de qualquer medida util.

A autopsia revelou, além de graves lesões vasculares, uma lesão do recto extra-peritoneal.

São esses os casos de morte rapida, ás vezes fulminante, em que o soccorro medico é difficil senão impossivel. São principalmente as lesões da parte posterior da bacia que dão estas hemorragias. E' lá que se encontram os vasos mais importantes da pelve.

#### Terceira observação:

J. V., voluntario paulista da campanha de 1932, de 20 annos de idade, ferido por bala nas regiões gluteas, tendo o projectil atravessado a bacia na altura das terceira e quarta vertebres sacras. Baixou á ambulancia com 12 horas de ferido. Por ambos os orificios cutaneos sahiam fézes. Pela palpação do ventre sentia-se defesa muscular franca. Ausencia de vomitos. A hypothese de perfuração peritoneal, perfeitamente possivel, impunha uma laparotomia exploradora. Foi o que fiz auxiliado pelo Dr. G. Hautz: incisão mediana sub-umbilical; exploração dos orgãos da bacia; verifiquei logo a integridade da serosa; a bexiga normal; o revestimento peritoneal do recto e da alça sigmoide mostrava uma infiltração sanguinea que se extendia até a fossa illiaca. Tratava-se, portanto, de um ferimento sub-seroso. Fechei a parede com tres planos de sutura, deixando um dreno de borracha no Douglas. A sequencia desta primeira intervenção foi sem accidentes. No segundo dia operei as duas fistulas gluteas, fazendo a extirpação dos tecidos contusos e regularizando as fistulas até os bordos do sacro. O diametro do orificio maior media sete centimetros. A cavidade aberta em cada nadega, depois de irrigada com solução fraca de agua oxigenada, foi revestida com vaselina esterilizada.

Com este tratamento feito diariamente o aspecto das feridas mudou por completo, apresentando-se as cavidades limpas e sanguentas.

As fistulas, sempre dando fézes, foram fechando lentamente, ate que permittiram a viagem do doente para Curityba, d'onde dias depois, terminada a revolução, voltou para sua casa em São Paulo. Uma radiographia tirada nesta occasião mostrou perda de substâ-



Fig. I — Lesões principaes assinaladas pelas settas. Não confundir com lesões as duas linhas de agravas. O doente estava numa gotteira de Bonnet.

cia ossea nas quarta e quinta vertebreas sacras. Como ainda estivesse com uma das fistulas aberta, procurou varios cirurgiões, inclusive o Dr. Benedicto Montenegro, que lhe aconselhou uma operação; recusou-a, continuando com os curativos até fechamento completo da fistula. Ficou radicalmente curado.

Este caso nos suggerem varios commentarios. O diagnostico de lesão do recto era evidente; não parecia, por outro lado, haver lesão da bexiga, pois em tal caso dar-se-ia o escoamento de urina juntamente com as fezes pelas fistulas.

O exame praticado no doente ao entrar na ambulancia encontrou defesa muscular do ventre. Si bem que desacompanhado de outros signaes de compromettimento do peritonio, a prudencia impunha a intervenção exploradora, cujo fim era verificar si havia lesões intra-peritoniae e tratar-as convenientemente. Nada foi encontrado a não ser a larga infiltração hemorrágica que se extendia até a fossa illiaca.

A meu ver era esta a causa da defesa muscular. Outros casos que pude observar de lesões hemorrágicas sub-peritoniae com defesa muscular consequente, me convencem mais tarde que estava com a razão.

Assim se deu num caso de hematoma traumático do psoas, com defesa abdominal localizada na fossa illiaca direita, simulando uma appendicite, mas sem febre e sem vomitos e que com o simples repouso em quarenta e oito horas estava curado. O mesmo observei em dois casos de contusão renal, que apresentavam defesa abdominal patente e em que a laparotomia exploradora descobriu apenas lesões hemorrágicas localizadas na loja renal (produzidas pelas lesões do rim) sem comprometimento da serosa. Lenormand e Cordier citam casos de hemorrágias sub-peritoniae, especialmente da loja renal e da bacia em que havia defesa muscular, abaílamento do ventre com meteorismo e, ás vezes, verdadeiro ileus adynamico. Guibal e Guenot fizeram experiencias em animaes, verificando que um derrame sanguíneo produz contractura localizada na vizinhança do hematoma. Para Baumann, a reacção só existe quando o derrame de sangue coincide com uma lesão visceral sub-serosa. Tixier e Clavel, tambem com ajuda da experimentação em animaes, demonstraram a origem reflexa das reacções.

De qualquer forma que se procure explicar o phénomeno, o que é certo é que no caso presente o derrame sanguíneo e talvez a lesão visceral provocaram a contractura da parede que me fez suspeitar lesão intra-peritonial.

O mesmo se deu, conforme veremos, na quarta observação.

Quanto á therapeutica empregada, tenho tambem alguma cousa a dizer. O tratamento das fistulas rectaes pelo simples debridamento seguido de curativos é empregado por muitos autores. Willem's chama mesm o attention para a reparação rapida de lesões por vezes bastante extensas. A derivação por meio dum anus illiaco tem a vantagem, porém, de deixar a ferida rectal em repouso e apressar a cicatrização.

No caso presente a evolução foi benigna e creio que teria sido uma complicação inutil crear um anus artificial. Elle é indispensavel, no entanto, nos casos em que a abertura é pequena e as fezes, não tendo saída facil, se accumulam no tecido cellular da pelve.

#### Quarta observação:

S. J. C., de 23 annos de edade, de côr preta, soldado do 3º R.I., ferido na revolta de 27 de Novembro do anno passado. Baiou ao Hospital uma hora depois de baleado. Apresentava um ferimento por projectil de infantaria a uns cinco dedos abaixo do grande trochanter. O exame feito por occasião da baixa revelou: a) grande edema da parte superior da coxa, acompanhado de dôres fortes e immobildade do membro; b) diferença de temperatura dos dois membros inferiores, sendo o esquerdo mais frio; c) batimentos da pediosa esquerda quasi imperceptiveis; d) hemorrhagia uretral sem emissão de urina; e) defesa muscular do abdomen.

Deante deste quadro conjecturámos haver as seguintes lesões:

- 1º) fractura da extremidade superior do femur esquerdo;
- 2º) ferimento da bexiga ou parte superior da uretra;
- 3º) possivelmente lesão da arteria femural e fracturas da bacia.

Duas das lesões se nos afiguravam de verificação e reparação urgentes: a lesão vascular e a do apparelho urinario.

Operei logo o paciente sob anesthesia geral, auxiliado pelo Dr. Ernestino de Oliveira. Uma incisão vertical partindo do meio da arcada de Poupart até quatro dedos abaixo, nos levou até a arteria, que sentimos perfeitamente integra. Suturámos rapidamente a ferida, passando então ao ventre. Laparotomia mediana. Abertos os planos superficiaes, incisei o peritonio; não havia lesão interna, estando a serosa inteiramente normal. Fechado o peritonio, explorei a face anterior da bexiga na sua porção extra-peritoneal. Encontrei então uma brecha, por onde sahiam sangue e urina, que enchiham o espaço de Retzius. Tamponada e enxuta a cavidade, não encontrámos outro ferimento nem corpo estranho. Os bordos da ferida vesical foram suturados á parede e collocada uma sonda de Pezzer. O restante da parede foi fechado com dois planos de sutura. A radiographia feita no mesmo dia deu os seguintes informes: "1º) fractura do femur esquerdo em aza de borboleta, cinco centimetros abaixo do grande trochanter; 2º) fractura do ischion com deslocamento do fragmento para deante e para dentro com desaparecimento do buraco obturador; 3º) ha numerosos fragmentos metalicos e osseos na região glutea do lado esquerdo; 4º) á direita assinala-se fractura do ramo horizontal do pubis, sem deslocamento fragmentar." (Fig. 1).

E' evidente que a bexiga foi dilacerada pela bala ou por um fragmento osseo. Quanto ao edema da coxa, é facilmente explicável pela fractura e lesões hemorrhagicas que a acompanharam.

O doente foi collocado numa goteira de Bonnet.

A sequencia operatoria se caracterizou por phenomenos infeciosos e hemorrhagicos: suppuração do fóco da fractura, do espaço de Retzius, das bolsas, etc. Estes fócos, que se comunicavam, sofreram debridamentos. Ao lado destes meios locaes a vacinotherapy antipyrogenica foi empregada, bem como meios geraes de tonificar o paciente.

Comquanto o doente evacuasse pelo anus, sem dôres, não havendo puz nem sangue nas fezes, no decorrer do tratamento o carácter da suppuração do espaço de Retzius, com odôr fecal, nos indicaram haver uma lesão do recto. Pratiquei então um anus artificial de derivação na fossa illiaca direita.

Uma outra exploração na bexiga foi feita na mesma occasião, sem que se encontrasse ligação com o intestino. Verifiquei, porém, haver um largo descolamento ligando a suppuração do espaço de Retzius com o fóco da fractura.

Este foi largamente debridado para cima, encontrando-se também uma comunicação com a parte posterior da cavidade da bacia através o ischion fracturado. Não pude ir, porém, até a lesão rectal, que me era confirmada pela presença de puz fetido e fezes. Terminou a intervenção com uma limpeza completa da ferida e drenagem.

Com a derivação das fezes, o estado do doente se modificou bastante. As feridas tomaram aspecto melhor, a temperatura caiu e o doente dava, enfim, esperanças de se salvar, quando inesperadamente uma hemorrhagia do espaço de Retzius o matou.

Este caso, em toda a sua violencia, antithese perfeita do descripto na primeira observação, é uma prova da gravidade extraordinaria de que se podem revestir os ferimentos da bacia. Fractura de femur, fracturas varias da pelve, ruptura da bexiga e do recto, pelvi-cellulite e hemorrhagias, tal o complexo anatomo-pathologico apresentado pelo doente.

O caso presta-se a alguns commentarios. Sobre a lesão da bexiga pouco tenho a dizer: a presumpção de lesão urinaria, que nos fornecia o escoamento sanguineo pela uretra, foi confirmada pela intervenção exploradora. Esta era indispensavel, bem como a abertura do peritonio, para verificar si havia lesões penetrantes. A derivação por cystostomia é tambem geralmente adoptada.

O mesmo se pôde dizer quanto á derivação fecal pelo anus illiaco. Comquanto, pelo que nos foi dado perceber, a lesão rectal fosse pequena, a saída de fezes pelo ferimento da coxa era inconveniente pela

contaminação do fóco da fractura. O anus illiaco era formalmente indicado.

Quanto á hemorrágia que matou o doente, creio ter-se originado do plexo venoso pré-vesical mergulhado em plena zona de suppuração.

Creio ter dado nas paginas acima, de maneira succinta, uma idéa dos quadros clinicos das lesões da bacia por instrumentos vulnerantes. Deixei de lado as lesões de orgãos menores, raramente observadas. Do que descrevi resalta, sem duvida, a importancia do estudo das lesões deste recanto do abdomen, que requerem da parte do cirurgião decisões rápidas e seguras .

#### BIBLIOGRAPHIA

- Cathelin — *Chirurgie Urinaire de Guerre* — 1919.  
Willems — *Manuel de Chirurgie de Guerre* — 1916.  
Souza Ferreira — *Curso de Cirurgia de Guerra*.  
Marion — *Traité d'Urologie* — 1928.  
Wildbolz — *Lehrbuch der Urologie* — 1924.  
Lenormand et Cordier — *Du Ballonnement abdominal dans les hemorragies sous-peritoneales* — "Presse Médicale", nº 63 — 8 Ag. 1934.  
Lecène et Leriche — *Thérapeutique Chirurgicale* — 3º Vol., 1926.  
Mauclaire — *Chirurgie de Guerre* — 1918.  
Testut et Jacob — *Anatomie Topographique*.  
Schwartz et Foy — *Plaies de l'Abdomen* — in "Le Dentu et Delbet" — Nouveau Traité de Chirurgie Clinique et Opératoire — XXIV Vol. — Chirurgie de l'Abdomen — 1926 — pag. 48.  
Lejars — *Chirurgie d'Urgence* — 1921.

## ASSOCIAÇÕES SYNDROMICAS EM PATHOLOGIA NERVOSA E MENTAL

Pelo Dr. Jurandy Manfredini

(1º Tenente médico. Chefe da Seção Militar de Observação Psychiatrica do Hospital Central do Exército)

(A propósito de um caso de tabes e neurite alcoolica, com psychose de Korsakoff e alucinose delirante)

I — As associações morbidas não são privilegio da pathologia nervosa. Existem por toda a parte e a toda hora na medicina clínica, originando as perplexidades e hesitações tão communs da vida profissional. Entretanto, é lícito afirmar que nenhum sector da clínica se presta tanto ao polymorphismo symptomatico quanto o sistema nervoso, consequencia da sua physiologia immensamente complexa e ainda indevassada em muitos aspectos. Em certos territorios da pathologia, é quasi sempre possível isolar de inicio o caracter autonomico das syndromes embricadas, traçando as fronteiras que as separam. O mesmo não se dá com frequencia no dominio neuro-mental, em que a riqueza e a diversidade dos elementos de diagnostico constituem causas de desconcerto e desorientação. O sistema nervoso é um sub-solo immenso e labyrinthico, que desnorteia os curiosos e indiscretos, abrindo-lhes mil portas falsas para outros tantos falsos caminhos. Como na furna do minotauro, é preciso deter firme na mão a ponta do fio itinerario para que se torne possível o ingresso e o regresso.

II — No serviço neuro-psychiatrico do Hospital Central temos tido occasião de observar seguidamente casos clinicos, que, citados todos aqui, corroborariam nossa asserção quanto á frequencia de poly-syndromes associadas. Estas, traduzidas em multiplos symptoms, impõem diagnosticos varios. Não podendo fazer referencia a todos, limitamo-nos a consignar aqui um delles, que não é dos mais ineditos na literatura especializada, sem deixar de ser interessante e expressivo. Digamos de passagem que a observação do caso ficou sensivelmente incompleta, dada a rapidez com que o paciente transitou pór

nossas mãos. O resumo da observação é o seguinte: — J. N. S. — 3º sarg., 39 annos, pardo, casado. *Ant. hereditarios.* — Pai alcoolatra inveterado; foi assassinado a tiros. Mãe também alcoolatra. Onze filhos ao todo, dos quais dois assassinados, dois falecidos na infância e dois outros na mocidade (de febres?). Vivos: tres homens e duas mulheres. Um dos homens, grande bebedor, ficou "bôbo" depois dos 20 annos (dementia alcoolica?). Outro irmão, que tem também hábitos alcoólicos, é um "selvagem": já matou varios e "matará qualquer um mediante 50\$000". As duas irmãs, ambas casadas, são alcoolatras. Todos os sobrinhos franzinos e doentios. *Ant. pessoas.* — Cancro syphilitico aos 22 annos. Não recebeu nenhum tratamento específico posterior. Affirma que fez varias reacções de Wass., em épocas diversas, e que todas resultaram fortemente positivas. Duas outras infecções veneras (ducreianas informa o doente, mas provavelmente syphiliticas também ou, pelo menos, associadas). Tres blesos. Em 1921, em Bello Horizonte, teve certa vez um acesso nervoso dentro da Companhia: *perdeu a cabeça* e ficou com impulso homicida (queria matar alguém!). Alcoolatra confessou; bebeu desde os 11 annos de idade até 1930 (cerca de 19 annos seguidos). Após seu casamento, não mais bebeu.

*Historia da molestia actual.* — Desde 1930 não bebia e estava passando relativamente bem de saúde. Em 1932 sofreu forte traumatismo. Numa explosão, em Minas, foi projectado a 6 ou 7 metros de distância, chocou-se com violência no solo e ficou desacordado por algum tempo. Em consequência, permaneceu acamado 20 ou 22 dias. A seguir, retornou ao trabalho, mas, aos poucos, foi surprehendendo em si os seguintes symptoms: a) *impotencia coeundi*, cada vez mais completa; b) *fraqueza* nas duas pernas, tornando a marcha difícil; c) dores, comichões, repuxos nas mesmas, sendo que, às vezes, as dores eram rápidas e insuportáveis. Além disso, verificou que estava "ficando sem calma". Tornou-se impertinente e grosseiro com a esposa, a sogra e três sobrinhos, embora queira imenso bem a todos. Dissipou em ninharias as economias da esposa e do casal, montante a vários contos. Tornou-se irritável, "perdendo a cabeça sem motivo", cometendo actos ruins e violentos. (Depois, fica surpreso do que fez e constata que não havia razão). Quiz aggredir e desrespeitou dois officiaes, seus amigos e protectores, *imaginando* que um delles o estava perseguindo. Na enfermaria mesmo, tem sido vítima de impulsos desse gênero e reconhece que "acabará em uma fortaleza". Por último, vem sentindo uma falta de memória, que cada vez mais se accentua, sobretudo para as coisas que lhe contam.

*Exame neurologico.* — Encontramos no doente, em resumo: a) *signal de Romberg* accentuadamente positivo; b) deficit da *motilidade activa voluntaria*, de tipo paretico (paraparesia crural); c) disturbio

da *motilidade passiva*, traduzida em aumento de amplitude cinética passiva dos segmentos dos membros inferiores, consequente à hipotonía muscular; à direita tem-se à princípio impressão de rigidez, mas é uma impressão falseada pela dor nevrítica e pela defesa que o paciente oferece à pesquisa; d) disturbios na *sensibilidade subjectiva: dores* nas massas musculares dos membros inferiores direito e esquerdo; essas *dores*, que surgiram depois do accidente, aparecem e aumentam com os movimentos voluntários e, por outro lado, accentuam-se quando provocadas (signal da dor provocada pela pressão); além disso, dores fulgurantes espontâneas, paroxísticas, na perna e pé direitos; por fim, o doente se queixa de comichões, puxos, caimbras e outras manifestações disestesicas; e) disturbios da *sensibilidade objectiva superficial*: hipoestesia à sensib. tactil e hiperestesia à dolorosa nos membros inferiores D. e E., da raiz à extremidade; à direita, a pesquisa das sensibilidades citadas provoca dores fulgurantes e caimbra, com defesa, retirada brusca do membro; torna-se mais intensa a distimia e o doente chora; f) disturbio da *sensibilidade profunda*: deficit accentuado da noção das posições segmentares; g) disturbio dos *reflexos*: patellar abolido de ambos os lados; aquileo diminuído; plantar normal à esq.; à direita esboça-se paradoxalmente, várias vezes, o signal da extensão de Babinski e o do leque; durante a pesquisa, há abalos e sacudidas do membro direito, de tipo coreo-atetosico; reflexos abdominal e cremasterino exagerados; h) *estrabismo* por paralysia do reto externo e ausencia do signal de Argyll Robertson (parecer do chefe da clínica de olhos); i) *impotencia coeundi* mais ou menos completa; j) o exame attento e especial da *marcha* revelou pequenos elementos associados do tipo escravante e incoordenado, sem predominancia convincente de um delles; k) transtornos esfínterianos.

*Exame psychico.* — O proprio doente nos informa que, após a explosão, "ficou com muita e muita falta de memória". ("É uma coisa horrível!", assim elle se lamenta.) Quasi não pode fixar mais nada do que lhe dizem, do que ouve e vê. Esquece pessoas, coisas e datas. Não consegue, por exemplo, se recordar de sua propria idade. Amnesia de evocação e, sobretudo, de fixação. Ao lado disso, crises periodicas de impulsão homicida e suicida, com ausencia de controle e senso critico. Fabulação discreta e falsos reconhecimentos. Grande disturbio da emotividade, com distimia de angustia, ansiedade accentuada, depressão. Abundante delirio persecutorio, simultaneo de hipocondria e melancolia auto-accusatoria. Disbilia, perturbações da conducta, com perdularismo e puerilismo. Em resumo: a) grande amnesia retro-anterogada; b) estado neurotico e distimico multiple, com symptoms de "debilidade irritável", melancolia, hipocondria, ansiedade, angustia, etc.; c) impulsões periodicas, inconscientes, psycho-motoras, de tipo suicida e, mais ainda, homicida; d) um nucleo evidente de delirio persecutorio e interpretativo.

III — *Diagnostico neurologico.* — A polineurite alcoolica, como se vê, é a syndrome dominante. Filho de pais etilistas inveterados, o paciente, por sua vez, bebeu durante 20 annos consecutivos. Dois annos após o inicio da temperança, foi victimo de violento traumatismo, com estadio comocional consequente. Data dahi a eclosão da neurite peripherica. Por outro lado, os signaes de Romberg e Westfal nitidamente positivos, a paralysia do reto externo, certas dores fulgorantes espontaneas e provocadas, abalos e sacudidas atetoticas do membro inf. direito, os elementos ataxicos surprehendidos nos membros inferiores e na marcha, os transtornos genito-esfinterianos, põem em causa a hypothese indiscutivel de tabes, corroborada pelos antecedentes lueticos e a positividade reaffirmada do Wasserman. Será uma tabes de poucos symptomas e ainda em progressão clinica.

IV — *Commentario.* — A associação de tabes e polineurite é assunto velhamente conhecido da literatura. De ha muito, desde Djerine sobretudo, foi registrada a occurrence de symptomas tabeticos ou tabetiformes no curso de neurites periphericas varias, notavelmente nas de evolução sensitiva. Abolição completa de reflexos tendineos; grande ou, como de regra, discreta ataxia dos membros inferiores, nítida na marcha ou sómente surprehendida após pesquisas minudentes; ataxia rara, mas possível dos membros superiores; perturbações caracteristicas da sensibilidade subjectiva, taes as dores fulgorantes, ardentes ou laciniantes, ou ainda as *cintas* e *pulseiras* constritivas; disturbios na esphera genital e na dos esfincteres; notaveis transtornos da sensibilidade profunda; hipo ou anestesias de tipo tabectico; esses e outros factores identificados em polyneuriticos aventurem a these da associação tabo-neuritica e geraram controvérsias e duvidas fecundas. Pelo menos tres doutrinas se defrontam no assumpto. Uma primeira corrente neurologica, diante de taes symptomas tabeticos, nega-se a vêr nelles outra coisa que não simples modalidade clínica da polyneurite, uma polyneurite ataxica ou tabetiforme; taes symptomas seriam uma falsa tabes e decorreriam da propria etio-pathogenia da neurite. Outros, filiados á tradição de Djerine, tendem a conceder certa autonomia pathologica ao grupo tabo-neurite, ou nervo-tabes peripherica. Por ultimo, ha os defensores do parallelismo dos dois processos, ligados a etiologias diferentes e concomitantes. Neste caso, a incompleta symptomatologia das duas molestias decorrerá do facto das lesões maiores produzirem expressões semioticas que obumbram as das lesões menores. A nosso vêr, a solução ecletica, aqui como em toda a sciencia, é a mais razoavel e sabia: as tres opiniões representam modalidades que podem ser encontradas isoladas.

No caso que focalisamos, não pôde haver duvida quanto ao parallelismo e simultaneidade das duas molestias. Os antecedentes familiares e pessoais são eloquentes: alcoolismo e lues chronicos, esta-

ultima sem tratamento e lesionando um terreno avariado pela toxicose. E os symptomas são bem a expressão dessas duas etiologias, orientadas para os nervos da peripheria e para a medula. Para finalizar, registremos a importancia, muitas vezes assinalada e ainda recentemente lembrada por Tinel, dos traumatismos na eclosão das neurites alcoolicas. Traumas physicos e moraes, em intoxicados antigos, tornam evidente o processo até então latente. Nosso etilista documenta e reaffirma essa observação.

V — *Diagnostico psychico.* — A psychose amnesica e polyneuritica de Korsakoff está nitidamente identificada em nosso doente. Seus elementos symptomáticos são descriptos pelo paciente mesmo, que os caracteriza bem, como vimos. A tripeça *amnesia-fabulação-puerilismo* não deixa margem a duvidas. Entretanto, aqui, como no domínio neurologico, verificamos uma triplice associação morbida. Ao lado da psychose de Korsakoff, o doente apresenta outra rica symptomatologia, em que se destacam as interpretações alucinatórias, os delirios, a depressão melancolica, as distimias de angustia e ansiedade. E, facto notável, typico desta syndrome, — constata-se ao par desse amplo quadro morbido uma relativa lucidez da intelligencia, pobreza da systematisação delirante e mobilidade dos themes do delírio. Fica assim perfeitamente patenteada a presença da alucinose alcoolica, dita de Wernicke, descripta simultaneamente por este autor e por Bonhoeffer. Não é rara, e, sim, muito commum a associação das duas entidades, pois difficilmente uma comparece sem um ou alguns elementos da outra.

VI — *Commentario.* — A proposito da conjuncão Korsakoff-Wernicke (amnesia mais alucinose delirante), é opportuno referir um dado experimental recente sobre sua histo-pathologia, devido a Korney, que tende a confirmar a antiga idéa da existencia de mera diferenciação clínica entre as duas entidades, resultante de localização diversa das lesões identicas. Em tres casos desse autor, todos de etiologia alcoolica, o primeiro teve evolução de pura syndrome de Korsakoff; o segundo, ao final, apresentou um episodio de hipersonia de varios dias, precedendo a morte; o terceiro, iniciado com aspecto de Korsakoff, cedeu o passo a uma perfeita syndrome de Wernicke, com grandes disturbios da consciencia. No primeiro, o processo estava assente na vizinhança do 3º ventriculo, sobretudo do corpo mamilar. No segundo, notou-se um fóco massiço na substancia cinzenta do talamo dorsal, bem como modificações na porção caudal, além das lesões amíliares. No terceiro, predominavam lesões da região quadrigemina, além das já citadas. Um fóco na parede do 3º ventriculo e lesões progressivas do talamo caudal seriam a razão histologica da substituição do Korsakoff pelo Wernicke. Em summa, conclue-se que, na syndrome amnesica, primam as lesões do hipotá-

lamo, o importante centro vegetativo superior, hoje tão em fóco pela abundancia de symptomas diversos neuro-endocrinicos de que é responsável.

VII — *As mieloses.* — Para finalizar, uma referencia á revisão anatomo-clínica que está se fazendo no momento ao problema das neurites periphericas, cabendo nessa revisão um papel de primeira plana á escola neurologica brasileira e ao seu eminentne mestre, professor Austregesilo. A critica que ora se faz pretende reivindicar para a medula o papel que justamente lhe cabe na pathogenese e na feição clinica das polyneurites. Os argumentos invocados são: a) os nervos não têm autonomia pathologica; b) as lesões dos nervos são sempre degenerativas e não inflammatorias; c) cedo ou tarde, nos processos tidos como puramente periphericos, é possivel registrar sinaes piramidaes, que revelam processo degenerativo na medula e, por vezes, no encephalo; d) a degeneração, a neuro-mielose, ou a neuro-mielo-encephalose, decorrem em maior parte de causas avitominicas primarias, sobretudo carencia do complexo B.

Essa critica, que a neurologia brasileira vae conduzindo com maior entusiasmo, significa tambem uma ampla revisão na therapeutica, no sentido de melhores rumos.

Rio de Janeiro, Maio de 1936.

=====

## TRATAMENTO DA ESQUISTOSOMOSE PELOS CLISTERES DE EMETICO

Pelo Cap.. Medico Dr. Candido Ribeiro

Pela observação que fiz em doentes das enfermarias por onde tenho passado, 5<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup>, foi a verminose que concorreu com o maior contingente para a nossa cifra estatistica.

No tocante á esquistosomose, algumas dezenas de casos foram verificados em praças oriundas do nordeste, encontrando desde os simples casos de portadores de parasitas (sch. Mansoni) até as formas clinicas graves, como o de sindrome de hipertensão porta por pileflebite baixado á 4<sup>a</sup> Enf. em 3-11-934, como hematemeses, ascite, anemia, esplenomegalia devido ao embarranco mecanico das veias principaes onde habitam os schistosomas, logrando alta por cura clinica em 18-3-935.

Não fossem os resultados brilhantes obtidos com os clisteres de emeticos contra a esquistosomose não só no caso citado como nos demais, e ainda, por não conhecer na nossa literatura medica brasileira a menor citação, nem mesmo no recente trabalho de H. Maciel, não ousaria roubar tanto tempo e paciencia aos distintos leitores com estas apostilas.

De inicio empreguei o classico methodo de tratamento de Christopherson em varios casos, porém, como notasse symptomas de intolerancia, embora diminuindo a dóse, o que ia tornando o tratamento longo e perigoso, resolvi substituir o referido methodo pelo de Hoofs, empregado em sua clinica, consistindo no emprego do emetico não em injecções endovenosas, porém em clisteres. Aos mesmos doentes nos quaes não era possivel prosseguir nas injecções endovenosas de emetico, supportaram bem os clisteres com solução do referido medicamento, ficando curados. Dahi em diante só me utilizei do segundo methodo, conforme schema da formula abaixo, augmentando a dóse quando um só tratamento não era sufficiente.

Uso ext:

Emetico — 1,0 a 2,5.

Agua distilada — 350,0 a 420,0.

Dividir em 5 a 7 clisteres. Dar um diariamente pela manhã, demorando 15' com 50 a 60 c.c. na temperatura do corpo.

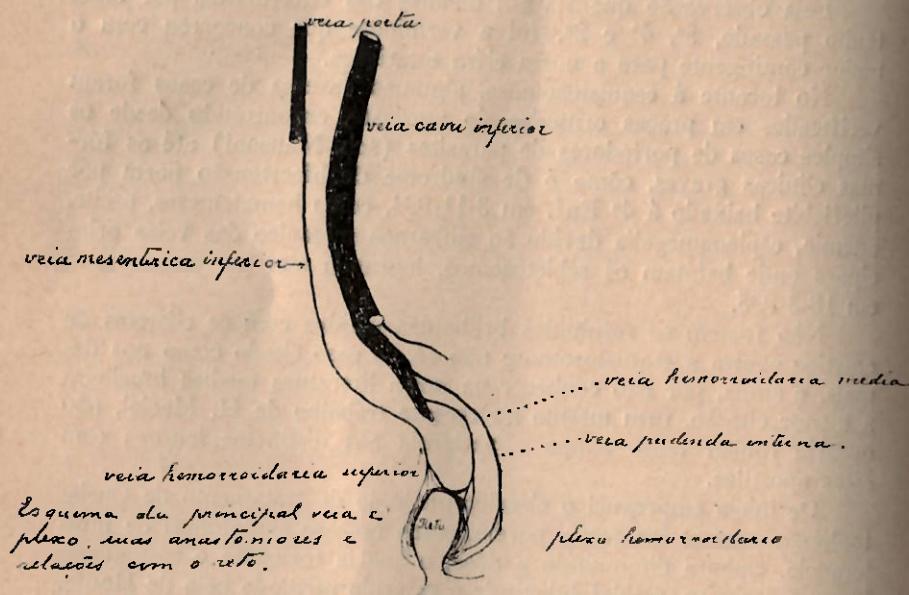
Início sempre com a seguinte dose:

Emetic — 1.0.

Agua distilada — 250 c.c.

Dividir em 5 clisteres. Usar conforme foi escrito acima.

Raras foram as vezes que precisámos appellar para mais de duas series de clisteres.



Sendo o principal habitat do Schistosomun Mansonii a veia mesenterica inferior, de onde partem as fêmeas fecundadas para irem desovar no plexo hemorroidário, passando, antes de atingir-o, pela veia hemorroidária superior, deprehende-se, pela anatomia das veias do reto e pelo habitat dos parasitos, que o medicamento dado em clister parece-me o mais razoável, por agir mais directamente contra os mesmos e, em solução mais forte, é por via centripeta levado às principais veias onde se acham domiciliados os schistosomas, exercendo, portanto, maior poder esquistomicida, sem perigos de intoxicação, pois 15' depois do clister o doente vae delle se exonerar em parte.

Resumindo, pôde-se dizer que o tratamento contra a esquistosose por meio de clisteres é aconselhável pelas seguintes razões:

- a) é mais efficaz;
- b) é inocuo de acordo com as indicações;
- c) é mais rapido;
- d) é de mais fácil applicação;
- e) é mais barato do que os preparados, bastando ter como material uma seringa de borracha de capacidade para 50 a 60 c.c.

## PARALYSIAS DO MOTOR OCULAR EXTERNO E SUA SIGNIFICAÇÃO CLINICA

Pelo Cap. Dr. Paiva Gonçalves

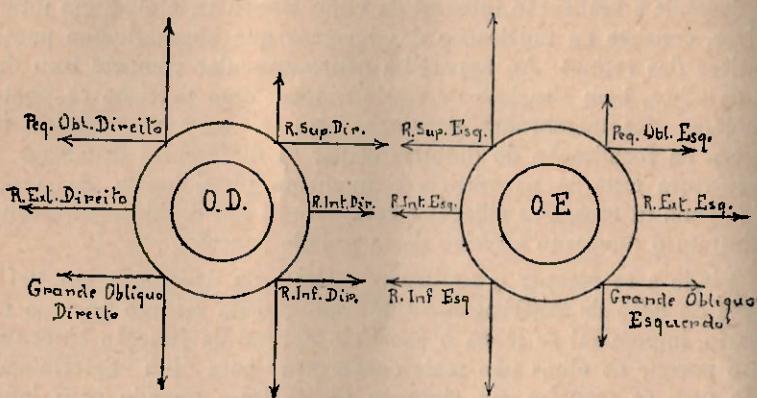
(Chefe do Serviço de Olhos do H. C. E. Docente de Ophtalmologia da Universidade do Rio de Janeiro e da Escola de Medicina e Cirurgia, etc. etc.)

Considerando sem grave lesão o apparelo receptor peripherico e inalterados centros e vias opticas, podemos afirmar ser quasi exclusivamente pela interferencia activa, constante e permanente da musculatura ocular extrinseca e bem assim dos musculos endo oculares que a visão binocular se processa normalmente. Do equilibrio muscular em estado de repouso, quando os olhos ao abrigo de influencias nervosas voluntarias estão dirigidos em linha recta para o horizonte, mantidos na verticalidade seus meridianos verticaes, e do equilibrio observado em estado dynamico, quando elles, obedecendo á acção de musculos agonistas e antagonistas, executam os chamados movimentos associados ou synergicos, ora com parallelismo dos eixos oculares, ora os deslocando em sentido contrario (convergencia), é que depende a realização integral da visão binocular, a qual, em ultima analyse, consiste na unificação das imagens que impressionam pontos identicos das retinas. Ao apparelo neuro-muscular compete bem dispor os olhos, bem situá-los de modo a focar com precisão os pontos homologos das membranas nervosas, como o faz a musculatura intrinseca na focalização do dióptrio ocular ás diferentes distancias. A musculatura externa permittiria o momento physiologico da visão, assim como os musculos ciliares e contractores dos esphinctéres irianos asseguram o momento phisico dessa grande função.

Vindo a se romper o equilibrio, estatico ou dynamico, por deficiencia do grão de innervação ou por abolição do influxo nervoso necessario, impossivel se torna o exercicio normal da função binocular, e isso porque os olhos não mais convergem para um determinado ponto nem se mantêm em rigoroso parallelismo quando para longe são dirigidos. Nessas circumstancias, a imagem de um objecto deixa de incidir ao mesmo tempo sobre as duas áreas maculares ou sobre dois pontos retinianos homólogos; surge a heteropía e com ella a visão duplicada.

Toda vez, por conseguinte, que uma diplopia se manifesta, uma conclusão para logo quasi se impõe: trata-se de uma perturbação da visão binocular consecutiva a um desequilíbrio neuro-muscular. Não pensaremos em lesão da musculatura intrínseca, porque seus espasmos e paralysias se revelam por desvios na apreciação da grandeza das imagens — micro ou macropsia. Os objectos se afiguram ao doente maiores ou menores do que realmente são. Não cogitaremos do estrabismo funcional, não paralytic, porque o enfermio não se queixa de diplopia, não tem reduzida a motilidade de seus globos oculares e não conta que o apparecimento do desvio d'ata dos primeiros annos de existencia, da primeira infancia. A subitanidade do mal ou a rapida progressão, a restrição de movimentos do globo ocular em um determinado sentido, a falsa projecção, a idade adulta do paciente, (1) conduzem o medico ao diagnostico da paralysia muscular, e o desaparecimento da diplopia pela obturação de um dos olhos confirma plenamente esse julgamento. Sucedendo persistir a diplopia quando um dos olhos se conserva aberto, torna-se insubsistente a idéa de paralysia muscular, urgindo encontrar mais alhures a causa do incommodo: uma sub luxação do crystalino, uma iridolyalise, ou mesmo, uma cataracta incipiente.

Conhecido e firmado o diagnostico de estrabismo paralytic, precisamos descobrir o musculo ou musculos compromettidos. A direcção em que se mostra desviado o bulbo é sufficiente muitas vezes para a descoberta do musculo lesado, bastando para isso lembrarmos do modo de acção de cada um delles e não nos esquecermos de que o olho passa a experimentar a acção exclusiva dos antagonistas. Eis o eschema synthetico da acção physiologica de cada musculo, decomposta em suas acções elementares:



(1) Num artigo publicado em collaboração com os Drs. Marques Porto e Humberto de Mello e apresentado á Academia Nacional de Medicina e ao 1º Congresso Brasileiro de Ophtalmologia, intitulado "Ferimento pe-

Comprehendemos dest'arte que, annullada a actuação do recto externo, o globo se desvie para dentro, destruído o poder contractural do recto interno, o desvio seja para fóra, etc., etc.; sempre em sentido oposto á direcção a que levaria o globo caso não estivesse paralysado o musculo. Todavia, quando apenas paresiado está o musculo ou varios são os lesados, difícil se torna a diagnose. Nessa eventualidade deve o propedeuta esmiuçar seu exame, analysar detidamente a diplopia.

O ophtalmologista emprega na pesquisa uma armação de provas tendo em um dos lados um vidro vermelho, collocado geralmente em correspondencia ao olho com a paralysia ou com a supposta parlesia. (2) Sentado o paciente a 5 metros de um muro quadriculado, vigiado por um auxiliar que impede deslocamentos da cabeça, prendendo-a entre as mãos de encontro ao seu thorax, passeia o oculista uma vela accesa pelas diferentes alturas do muro, para cima, para baixo, para direita e para esquerda, e annota as quadriculas aonde a diplopia surge e aquellas aonde ella se accentua, isto é, os pontos em que a imagem unica da chamma se desdobra, dando uma falsa imagem de côr vermelha. A inclinação, maior ou menor, da falsa imagem em relação á verdadeira, a sua situação acima ou abaixo e o grão de afastamento, agrupados, constituem dados de grande valor. Em um papel quadriculado á semelhança da parede riscam-se as duas imagens e o diagramma resultante por si só permite o diagnostico. (3)

Antes de mais dizer, vamos nos reportar ao schema de acção physiologica dos musculos. Como vemos, uns são elevadores, outros abaixadores, tres delles sendo abductores (os obliquos e o recto externo), tres adductores (os rectos superior, inferior e interno) e alguns

neutrante orbito-craniano por sobre de esgrima, sem lesão cutanea nem do globo ocular, e retenção de fragmento metalico na fossa cerebral posterior", descrevemos um caso de estrabismo concomittante, não paralytic, surgindo em individuo de idade adulta e subitamente empós grave lesão traumatica. Alguns acreditam, e assim tambem pensamos, que a diplopia não é accusada pelos estrabicos, porque ella só os molesta nos primeiros tempos, quando mal sabe a criança dizer o que sente, e tambem porque nellas a visão binocular ainda não está integralmente desenvolvida, sendo portanto grandemente efficiente a neutralização.

(2) O clinico, na falta de armação de provas e vidro apropriado, poderá se servir de um pedaço de vidro commun ou de papel vermelho anteposto a um dos olhos e poderá substituir o muro quadriculado por uma parede escura aonde imaginará traçadas as quadriculas.

(3) Nos individuos com paralysia de um musculo comprehende-se sem dificuldade que haverá momentos em que os eixos oculares se conservarão parallelos e que nestas zonas não haverá diplopia, é obvio dizel-o. Attingido o recto externo de O.D., p. ex., a vela apresentada á esquerda do paciente será vista singela, mas, á medida que é deslocada para direita, uma falsa imagem vae se mostrando e a diplopia se evidenciando, com o afastamento cada vez maior entre as duas imagens, e tanto mais quanto mais para direita (lado de acção do musculo) nos dirigimos. *Mutatis mutandis*, o mesmo se poderá dizer em relação aos demais musculos.

rotadores. A paralysia de um abductor occasiona uma diplopia homonyma, quer dizer, uma visão duplicada em que a falsa imagem se conserva sempre do lado da verdadeira, em correspondencia com o olho paralysado; a paralysia de um adductor se revela por diplopia cruzada; por exemplo, lesado o recto interno do olho esquerdo, a falsa imagem é vista á direita da verdadeira, á direita do paciente. A lei de Desmarestes facilita a lembrança: quando os eixos visuaes se cruzam (paralysia de abductor), as imagens se descruzam (diplopia homonyma), quando se descruzam os eixos visuaes (paralysia de adductor) as imagens se cruzam (diplopia). Poderiamos detalhar mais, falando das perturbações dos movimentos de elevação, de abaixamento, de rotação, etc., mas preferimos condensar o assumpto em algumas linhas.

Sabendo-se que o desvio estrabico se faz para o lado opposto á zona de acção do musculo impotente e que a falsa imagem se apresenta no territorio de acção perdido, isto é, na direcção a que o musculo attingido levaria o olho, na hypothese de estar integro, e conhecendo-se o modo de agir de cada um dos musculos, podemos dizer: interessado um adductor, a diplopia cruzada apresentará um afastamento maximo das duas imagens do lado nasal (sempre em relação ao olho com a paralysia); estando em causa o recto interno, isso se dará sómente no meridiano horizontal, quando se tratar do recto superior para dentro e em cima e do recto inferior isso se verifica na direcção obliqua interna.

Quando um abductor apresenta-se impotente, a diplopia homonyma tem as duas imagens com o maior grão de afastamento no lado temporal; ainda aqui, si no meridiano horizontal é o abductor puro (recto externo), si em cima e para fóra o pequeno obliquo e desse lado em baixo o grande obliquo.

Não vamos, porém, estudar neste trabalho o aspecto clinico de todas as paralysias musculares nem vamos transcrever e commentar todos os casos de lesões do apparelho neuro-muscular observados e registados no Serviço de Olhos do H.C.E., apenas seleccionaremos os rotulados de impotencia funcional do motor ocular externo. Veremos como são multiplas as eventualidades clinicas em que o VIº par craniano é attingido e como mui vantajoso será para o polyclínico bem conhecer esse capítulo da ophthalmologia.

A paralysia de um recto externo, como acabamos de vêr, dará sempre uma diplopia homonyma e será para o lado nasal que o olho se desviará e para o temporal que o afastamento das duas imagens attingirá o maximo. Innerva esse musculo, o VIº par craniano. Esse nervo, exclusivamente motor, tem seu nucleo de origem sob o assaio do IVº ventriculo. Emergindo da protuberancia pelo sulco bulbo-protuberancial, depois de receber fibras de origem cortical — veiculadoras de incitações motoras voluntarias —, collateraes da via sensitiva central, ligadas aos diversos movimentos reflexos; fibras opticas e acusticas e fibras promanando dos nucleos vestibulares e outras

mais que o associam funcionalmente aos dois outros nervos motores do olho, avança do andar posterior da base do crânio para o andar médio. Na primeira porção de seu trajecto intracraniano está envolto em uma bainha pial, tendo em baixo a arteria vertebral, em cima a cerebellar e para dentro o tronco basilar, que o separa do nervo homonymo do lado opposto. Perfurando a duramater, o nervo cruza o bordo superior da eminencia pétrea, caminhando por baixo do seio pétreo superior e do ligamento espheno-pétreo de Grüber que o applica de encontro ao osso. No outro andar craniano penetra no seio cavernoso protegido por um envoltorio membranoso, aonde entra em relação para dentro com a carotida interna e para fóra com a parede externa do seio, em cuja espessura jazem o IIIº e IVº pares e o ophtalmico. Deixando o seio, intromette-se na orbita pelo anel de Zinn para ir terminar no musculo alguns milímetros apôs.

Como vemos, longo é o percurso do motor ocular externo, o par craniano de mais extensa caminhada, como dizem os autores, e accidentado é o seu trajecto. Estas simples verificações anatomicas são suficientes para nos explicar a facilidade e a frequencia com que o nervo é ferido e justificam plenamente a recapitulação ora feita e o interesse pratico do thema escolhido.

\* \* \*

— Um desvio estrabico com diplopia homonyma poderá se manifestar em portadores de lesões inflammatorias ou tumoraes da orbita e de regiões circumvizinhas e ainda em certos traumatismos, inclusive alguns operatorios. Em casos taes a inflamação, degeneração ou compressão excepcionalmente fica limitada ao recto externo, portanto quasi nunca a impressão clínica será de paralysia pura desse musculo, mas ainda assim, quando tal pensamento ocorrer, a exophthalmia contemporanea e, muitas vezes, a sensação recolhida pela palpação digital das bordas orbitarias explicarão satisfatoriamente a symptomatologia.

Uma observação dessa natureza temos archivada: M. S., 23 annos, casado, vem à consulta queixando-se de um mal estar indefinivel, acompanhado de nauseas e tonteiras, de visão dupla e dôres na região supero externa da orbita, ha tres dias. Sua doença vem se accentuando gradativamente e seus padecimentos alliviam-se fechando o olho esquerdo. O exame descobre O.E. um pouco desviado para baixo e para dentro e uma ligeira chemose com hyperemia da conjunctiva bulbar na parte supero externa; a palpação nota uma elevação na altura da glandula lagrymal, aonde provoca dôr. Dacryoade-nite evoluindo foi o diagnostico, confirmado mais tarde pela incisão dando saída a puz e curando o desvio do globo, que no primeiro momento poderia passar por desvio paralytic. Foi simples o caso, é ver-

dade, mas serviu para chamar a atenção de collegas que estagiavam na clínica.

Nicolas Tello, no n.º 4.127 do *El Siglo Medico* (14 de Janeiro de 1933), divulga a observação de uma formação chondromatosa benigna da glandula lagrymal em que a diplopia datando de um mês era unica referencia. O recalcamento do olho por um tumor duro indolor, não pulsatil e deslocável para o interior da orbita, era a causa e o desaparecimento da diplopia foi o corollario do acto cirúrgico removendo a néo formação.

— Mais para traz, na fenda esphenoidal, pôde o nervo ser comprometido, integrando syndromes de ophtalmoplegia sensitivo-motora ou sensorio sensitivo motora. Apenas enumeramos a possibilidade da lesão sem destrinçar a entidade morbida, porque o diagnóstico de séde da lesão decorre da somma dos symptomas paralyticos. Pôde se installar o syndrome em processos inflammatorios, tumoraes ou traumaticos, e pôde a regressão dos symptomas ser completa, como o atestam os doentes de Rollet, Terrien, Birschfeld-Cassoulet.

— Na base do crânio, em tão extenso caminhar, mais vezes o motor ocular externo pôde ser lesado. São as chamadas lesões basiliares. Com Rochon Durignaud dividimol-as em lesões assentadas na parte dura materiana do nervo e lesões atingindo a parte arachnoidiana do tronco nervoso. As primeiras comprehendem as formações tumoraes, os aneurysnas e as fracturas osseas e as ultimas agrupam as perturbações de origem vascular, ahí incluidos os angioespasmos e toxinas circulantes, e as complicações de natureza inflammatoria, limitadas às meningeas ou a elles propagadas. Basta attentar no trajecto do nervo e nas relações mantidas em toda sua extensão para deduzir as eventualidades diversas. Um tumor na base do crânio poderá denunciar, no inicio, o ponto em que está implantado, por uma paralysia do recto externo. Crescendo outros filetes nervosos serão envolvidos. Nós mesmos já publicámos um caso interessante e raro de syndrome de Garcin (paralysia unilateral de todos os pares cranianos por neoplasma da base) em que o symptomma primeiro do mal foi uma diplopia homonyma em consequencia a desvio paralytic convergente de O. E. (*Annaes de Oculistica do Rio de Janeiro* — n.º 1, de 1929). Uma dilatação empolar de vaso arterial pôde condicionar muito bem uma lesão do sexto par, pois vimos estar elle entre a cerebral, a vertebral e o tronco basilar. Devemos convir não ser simples o diagnóstico causal preciso, em casos tais.

— As fracturas osseas da base poderão apresentar como symptomma unico, evidente, um estrabismo convergente não funcional. As fracturas da ponta do rochedo ahí estão confirmando este facto. Em meados do anno p. p. examinámos um cadete baixado á 14<sup>a</sup> enfermaria, o qual se queixava de visão dupla e narrava que o mal sobreveira após queda de cavalo. O diagnóstico foi prompto — fractura da ponta do rochedo — e a cura, sem maiores cuidados, foi questão de dias. A

compressão ou arranhadura do nervo sob o ligamento de Grüber explica a complicação e nos mostra a possibilidade de um diagnóstico de séde de fractura, mesmo em caso aonde o raio X nada pôde accusar. O medico terá dest'arte elementos bastantes para a diagnose e conhecimentos sufficientes para bem interpretar o quadro clínico.

— As toxinas trazidas pelo sangue, como sóe acontecer em portadores de perturbações metabolicas, e as dissolvidas no líquido cefalo-rachidiano, embebem as bainhas nervosas e influenciam maleficamente sobre o tronco, seccionando-o por assim dizer. Esta a interpretação das paralysias transitorias dos m.º. externos em alguns diabeticos, actuando os principios nocivos no seio cavernoso aonde o sangue banha continuamente o nervo; esta a explicação das paralysias fugazes, tardivamente surgidas em pacientes nos quaes se tenha praticado rachianesthesia. (Habitualmente a complicação compromette um só lado).

— Uma inflamação das meningeas, aguda ou chronica, de etiologia a mais das vezes luesica quando não bacillar, pôde comprometter o nervo ou a elle se propagar, interrompendo a transmissão do influxo motor. A resultante será a mesma qualquer que seja a natureza da inflamação e quer seja autochtona ou propagada de um processo auricular, como se observa em otites com apicites do rochedo, que vêm a atacar o nervo em sua passagem pela ponta do rochedo, estrangulando-o num edema de vizinhança ou envolvendo-o directamente. Tal succede no chamado syndrome de Gradenigo, constituída por uma paralysia de abducens, nevralgia do trigemino, otite média de um mesmo lado. (No n.º 1, de 1933, de *Medicina-Cirurgia-Pharmacria* demos á luz da publicidade o relato de "Um caso de syndrome de Gradenigo curado pela vaccinotherapy"). Esse syndrome é uma modalidade do do nucleo de Deiters, aonde teremos a mais as perturbações labyrinthicas centraes ou periphericas.

No parágrafo relativo á paralysia unilateral do recto externo por agente específico citaremos tão só a observação de um soldado do Btl. Guardas A.A., possivelmente com uma basite syphilitica, no qual o desaparecimento de sua lesão se verificou logo á 3.<sup>a</sup> dose de 914, e transcreveremos o caso do cadete M. F., que se nos afigura realmente interessante.

Em Junho do anno passado, solicitado pelo Dr. Marques Porto, chefe da 14<sup>a</sup> enfermaria, examinei o cadete M. F., cuja anamnese limitava-se a uma diplopia associada a forte cephaléa e a uma febre diaria. Verifiquei a paralysia do recto externo de O.E. e recomendei therapeutica anti-luetica. Pensava na lues e alguns clinicos que o viram tambem, mas o tratamento mostrava-se inoperante até que uma reacção inflammatoria na região parotidiana e o surgimento de um abscesso na parte declive da região retro esterno clido mastoideus que foi aberto, veiu esclarecer-nos melhor, filiando o sofrimento endocraniano a processo cachumbento. Aliás, a esse proposito

lembro o artigo de *Antonio Dalto* sobre as "Meningites urlianas primitivas" (*La Semana Medica*, 28-VII-932), aonde se lê, resumida, a opinião de *Versembach, Basch, Lavergne, Bergmark* e outros autores, que o vírus da parotidite tem grande predileção pelos parenquemas glandulares e pelas serosas e que a localização primitiva nas meningeas encephalo medulares pôde ser a unica manifestação da infecção ou então uma localização secundaria.

— As paralysias bilateraes transitórias e recidivantes podem constituir signal de alarma, servindo para rastrear uma tabes oligosymptomatica. Em nossa clinica particular já tivemos doente em que a referencia de tão estranha alteração — paralysia dos dois rétos externos — nos fez mandal-o ao neurologista em busca de sério tratamento antitábido.

*Aubaret e Ungerer*, na *Rev. Oto-Neuro-Oph.*, de Maio de 1928, depois de analysarem os casos encontrados na litteratura, classificam as paralysias symetricas dos rectos externos e estrabismos convergentes bilateraes, em tres grupos:

1.º) Os casos accidentaes, aonde o traumatismo desempenha um papel facil de interpretar. Hematoma meníngeo, fractura dupla do rochedo são seguramente as causas a invocar e nos traumatismos obstetricicos devemos pensar em hemorragias e rupturas meníngeas localizadas, pois nelles a elasticidade do crâneo elimina a idéa de fractura.

2.º) Os casos adquiridos, nos quaes as alterações vasculares e nervosas, sob a influencia de numerosos processos toxicoinfecciosos, podem produzir lesões nucleares symetricas dos centros do VIº par. A syphilis será frequentemente achada.

3.º) Finalmente, os casos congenitos devidos a um transtorno no desenvolvimento dos nucleos e dos centros motores da abdução ocular, produzido talvez por meningites ou encephalites intra-uterinas que deixam essa sequella.

— As lesões nucleares (hemorrhagias, amolecimento, tumores, etc.) podem produzir paralysias do recto externo, mas excepcional será conservar-se parcellar, tão proximo se escalonam os outros nucleos. As manifestações polyencefalicas tomam varias fórmas: aguda, sub-aguda e chronica. Todavia, outros symptomas mais importancia têm no caso. Interessa citar a communicação de *Fontana e Kafier* (*La Prensa Medica Argentina*, de 10 de Dezembro de 1932) de um enfermo com "paralysia nuclear do motor ocular externo", em que esses autores conceberam ser a lesão nuclear fructo de espasmo vascular em um hypertenso, porquanto completa fôra a normalidade do liquor cephalo-rachidiano e absoluta foi a regressão da paralysia.

Nos hypertensos, não o ignoramos, faceis e subitas são as reacções vaso-motoras e grande é a predilecção dessas respostas espasmódicas nos vasos encephalicos affectados de escleroze.

— O estudo das lesões supra-nucleares que poderiam condicionar uma interrupção na via centrifuga da ordem motora para o recto externo, não o faremos, porque a muito longe nos levaria tal discussão, contrariando nossos desejos.

— Para findar, tentando nada esquecer, incluiremos a syndrome de *Millard Glüber*, na qual a paralysia do recto externo, com sua presença no cortejo symptomatico, serve para bem situar a lesão: região bulbo-protuberancial. Um doente com uma paralysia desta natureza — paralysia alterna inferior — já recebemos quando de serviço neste hospital, e á clinica do nosso prezado collega *Gabriel Duarte* o encaminhámos. Lá elle se curou do mal originariamente vascular, como opinou aquelle distinto neurologista militar.

\* \* \*

Temos assim, a proposito de alguns casos de paralysia do recto externo por nós vistos e cuidados, posto em evidencia um importante capítulo da ophtalmologia e habilitado o collega não especializado a diagnosticar, prognosticar e tratar casos semelhantes.

## DERMATITE HERPETIFORME DE DUHRING, GENERALISADA

Pelo Capitão Medico Dr. Luiz Cesar de Andrade

(Chefe do Serviço Dermato-syphiligraphic do H. C. E.)

C. S. M., com 20 annos de idade, preto, solteiro, natural do Estado de Matto Grosso, pertencente ao 17º Batalhão de Caçadores.

A. H.: — Paes fallecidos, ignorando a causa que os victimou. Houve do casal 7 gestações a termo. Dos irmãos, 2 são mortos, ocorrendo o obito já depois de adultos. Nega entre seus ascendentes e collateraes casos semelhantes ao seu.

A. P.: — Teve em creança parotidite, sarampo e, em 1932, impaludismo.

Já teve blenorragia e ha 4 annos passados teve cancro, cuja incubação não pôde precisar, informando, entretanto, que não foi seguida de adenite suppurada. Refere que teve uma ophtalmopathia que quasi o cegou. Não accusa ter tido phenomenos de secundarismo.

### *Exame de apparelhos:*

*Respiratorio*, nada revelou digno de registro.

*Circulatorio*, normal.

*Urogenital*, normal.

*Digestivo*, boca em mau estado de conservação; tem falta de alguns dentes, come bem e não soffre de prisão de ventre. — Apresenta polyadenopathia inguinal de ambos os lados, bem como os ganglios de Sigmund. Mucosa buccal normal, apresentando-se de côr amarelo sujo a ocular — *Reflexos*: Pupillares: Normaes quer á luz, quer á accommodação. Tendinosos: Normaes. Cutaneos: Normaes os abdominaes superiores, medio e inferiores. — Normal tambem o do creimaster. *Romberg*: ausente.

*Historico da molestia*: Iniciou-se a doença de ha 3 annos a esta parte, aparecendo-lhe na região esternal uma erupção bolhosa, seguida de prurido intenso e ardencia á coçadura.

Dahi foram estas lesões invadindo o pescoço, com predominancia na região cervical posterior, ganhando o couro cabelludo, onde apre-

senta áreas depilladas, offerecendo o aspecto de placas de pellada (pseudo pellada).

Depois estas mesmas lesões começaram a invadir-lhe o rosto, descendo para o tronco, membros superiores e inferiores, respeitando apenas a palma das mãos e a planta dos pés.

Não houve simetria na distribuição da erupção, nem accusa phenomenos dolorosos, symptom a que *Brocq* e *Besnier* ligam tão grande importancia; refere apenas prurido e ardência á coçadura, como dissemos, prurido que não apresentava paroxismos, notando apenas o doente que estas sensações se aggravavam com o calor.

Refere ainda que algumas bolhas da região thoraxica apresentavam conteúdo sanguinolento, o que, entretanto, não tivemos oportunidade de constatar, porque o paciente, ao baixar para o nosso serviço, estava em phase de acalmia, em franca descamação.

Apresenta bom estado geral, não tendo perdido peso, comendo com bom appetite.

Sua doença tem tido periodos de melhoras e exarcebações que, a principio muito approximadas, não permittiam a cura de um surto sem que o doente fosse accomettido por outra crise, superpondo-se á anterior. Vem este facto mostrar o caracter recidivante da molestia; *Brocq*, entretanto, admite uma forma dolorosa, aguda, que se manifesta por uma crise unica.

Apresentava o paciente, ao entrar para a 7<sup>a</sup> enfermaria, uma descamação generalizada, resquícios de bolhas rotas que, segundo informação sua, se haviam pustulizado no tronco, axila e região glutea.

Actualmente quasi todas secas, destacam-se em largas escamas foliaceas, apresentando uma lichenificação mais ou menos generalizada, tomando o aspecto vegetante na região retro axillar e retro auricular.

Na região frontal e malar as lesões acham-se eczematisadas.

Conta o doente que, fazendo a expressão das lesões bolhosas da região thoraxica, achatavam-se estas, espalhando-se o seu conteúdo dentro do couro (sic).

Mostra o facto o grão de acantholyse, a fragilidade na cohesão entre o extracto lucidum e a camada granulosa. Não nos foi dado observar todo o polymorphism proprio da dermatose em questão, oferecendo a cór do paciente certa dificuldade, visto como as lesões erythematosas seriam assim facilmente dissimuladas. Pela symptomatologia apresentada, sua evolução chronica e relativa conservação de bom estado geral, capitulamos a molestia como dermatite herpetiforme de Düring, generalizada e de evolução chronica.

Dentre as dermatoses bolhosas de causa ignorada, é esta, segundo Darier, a que mais commumente se observa, descrevendo-se um grande numero delas com pequenas variantes:

*Herpes pemphigoide de Devergie*; *erythema polymorpho de Hebra*; *pemphigo pruriginoso de Chaussit*; *pemphigo de Hardy*; *pemphigo circinatus de Raycr*; *pemphigo de pequenas bolhas*, descripto pelos franceses; *pemphigo artrítico bolhoso de Basin*; *hydroa herpetiforme de Tilbury Fox e Colcott Fox*; *dermatite polymorpha dolorosa de Brocq*.

Em 1884 Düring descreveu uma forma a que denominou herpetiforme, conservando, entretanto, o penipligo chronic da escola de Vienna e o erythema polymorpho de Hebra. A forma de Düring caracterizar-se-ia pela disposição das lesões eruptivas e cujo aspecto tão sómente a justificaria.

*A. Desaux* acha, entretanto, que a molestia deve ser encarada no conjunto de todas as suas manifestações, não se devendo basear sobre um symptom a tão transitorio.

*Gougerot* e *Blum*, observando a grande fragilidade na cohesão das camadas epitheliaes, conseguiram determinar o aparecimento de lesões bolhosas pela applicação de ventosas secas, em doentes desta dermatose, phenomeno este que obedece a um processo de espongiosa determinando o aparecimento da vesiculação intersticial.

*Jauzion*, *Pecker* e *Gauch* conseguiram o mesmo resultado fazendo applicação de tiras de leucoplasta sobre a pele dos pacientes.

*Jadassohn*, *Brocq*, *Noegeli*, *Jessner*, *Hoffmann*, *Klepper* e *Mlle. Eliascheff*, baseando seus estudos sobre a sensibilidade destes doentes pelo iodo, conseguiram a formação de bolhas pela applicação de uma pomada iodurada sobre a pele dos pacientes, mostrando o facto o grão de sensibilidade desta molestia pelo iodureto de potassio, achanando Darier que mesmo os bromuretos não devem ser ministrados aos doentes portadores desta dermatose, para cuja sensibilidade chama, particularmente, a attenção.

Não se conhece a etiologia desta molestia, sabendo-se, entretanto, que é commun na infancia, pagando-lhe tambem tributo não só a adolescencia como a velhice, atacando ainda a ambos os sexos, indiferentemente.

A dermatite de Düring não é contagiosa, nem mesmo inoculavel, o que a diferencia do herpes recidivante.

Assim é que, nas formas localizadas em territorios cutaneos circumscriertos e cuja confusão possivel seria com o herpes a que nos referimos, podemos lançar mão deste meio, por inoculação na cornea do coelho, que só nesta molestia seria possivel, visto como a molestia de Düring não é inoculável.

Pedimos alguns exames de laboratorio e entre elles o da curva leucocytaria, cujo resultado foi o seguinte:

Lymphocytos . . . . .	33 %
Mononucleares . . . . .	3 %
Fórmas de transição: . . . . .	—
Polynucleares neutrophilos . . . . .	42 %
"    eosinophilos . . . . .	22 %
"    basophilos . . . . .	0
Myelocytos . . . . .	0

Confrontando o resultado obtido com a curva media normal, vemos que o numero de eosinophilos se acha grandemente augmentado, pois, normalmente, são encontrados de 1 a 3 %; a taxa de 22 %, observada, mostra o grão de eosinophilia, cuja constatação vem confirmar o que tem sido observado na dermatose em questão.

Esta eosinophilia é encontrada, tanto no sangue como no liquido contido nas bolhas, cuja cifra pôde chegar a 30 e 90 %, conforme observaram *Leredde* e *Ch. Perrin*.

Foi em virtude desta eosinophilia que se quiz filiar a dermatite de Dühring ao lymphatismo. Foram feitas as reacções de Wassermann e de Kahn, sendo a primeira negativa e positiva (xx) a segunda.

Não conseguimos fazer a pesquisa da eosinophilia nas lesões bolhosas, porque, como dissemos, o paciente já não as apresentava, ou porque as que foram encontradas achavam-se infectadas. No conteúdo das bolhas desta dermatose não se encontra germens pathogenicos.

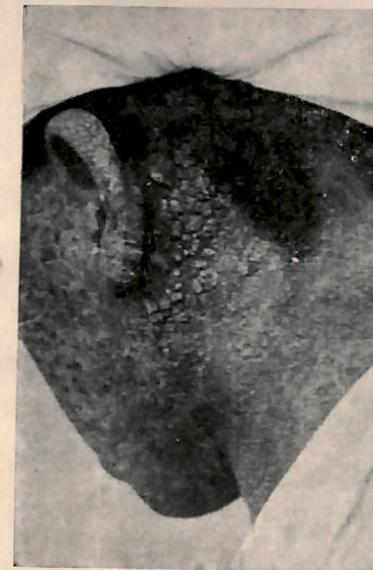
Sabemos que as helminthiases podem tambem determinar a eosinophilia; por isso pedimos exame de fezes, cujo resultado foi positivo para *Necator* e *Trichocephalos*. Não nos parece, entretanto, que a taxa de eosinophilos encontrada corra por conta da verminose, visto como o numero de ovos achados não foi grande.

Medicado o paciente, novo exame foi procedido, não tendo, então, sido observados mais ovos de parasitas, enquanto que nova curva leucocytaria pedida revelou 31 % de eosinophilos.

Pedido o indice de Vellez, foi o mesmo positivo, sendo, entretanto, negativo o exame radiologico dos campos pulmonares, bem como o exame clinico procedido no doente. A dosagem de chloretos nos forneceu a taxa de 6,9 %, que, se não revela uma grande retenção, fica um pouco aquem da taxa normal. Esta retenção dos chloretos, que é constante na dermatose em apreço, a approxima do pemphigo, porém a sua grande sensibilidade pelos ioduretos delimita cabalmente estas duas entidades nosologicas, conforme assignala *Besnier*.

A dermatite de Dühring pôde evoluir sem manifestações visceraes ou nervosas e, si a podemos considerar de natureza grave, depende isto mais de sua evolução chronica, interrompendo o curso normal da vida do paciente.

Foram tambem constatadas, pelos autores, perturbações do me-



Região retro auricular



Região dorsal

tabolismo, o que fez com que se as incriminasse como factor etiológico da dermatose.—O diagnostico diferencial deve ser feito: com o pemphigo, cujas bolhas aparecem irregularmente dispostas, contendo um líquido amarelo citrino, assentando sobre tecido cutaneo normal. E' tambem molestia de evolução chronica, podendo iniciar-se pelo aparecimento discreto das lesões bolhosas ou, evoluindo, confluir e formar placas. Apparece na face de flexão das articulações, rosto, órgãos genitales, etc., sendo, entretanto, de localisação irregular, podendo invadir todo o tegumento, inclusive a mucosa da boca e pharynge, assemelhando-se ali ás manifestações cutaneas; manifestase por crises repetidas, dando muitas vezes occasião a hemorrhagias.

Quando existe associação das manifestações cutaneas e mucosas, o diagnostico se torna mais facil, porque, enquanto que estas ultimas são observadas no pemphigo, só muito raramente se as encontra na dermatite herpetiforme.

As manifestações bolhosas localisadas nas mucosas são confundíveis com as lesões determinadas pela symbiose de *Plaut Vincent*, com as lesões pemphigoides da lues, para cuja elucidação temos no laboratorio elemento de grande valia.

A *epidermolyse bolhosa hereditaria* pôde tambem occasionar o aparecimento destas manifestações mucosas, porém a origem das lesões cutaneas é de tal modo caracteristica que facilmente se differencia. Nesta dermatose o aparecimento das bolhas é sempre consequente a traumatismo, aparecendo de preferencia nos pontos de attricto, enquanto no pemphigo estas mesmas lesões aparecem espontaneamente.

O signal de *Nikolski* é commun a todas estas dermopathias, encontrando-se tanto na dermatite de Dühring como no pemphigo e na epidermolyse.

O *erythema exudativo mutiiforme*, cujas lesões se assemelham ás da doença em questão, inicia-se sempre pelo elemento erythematoso, é de marcha aguda e de prognostico sempre favoravel. Ataca de preferencia o dorso das mãos e raramente o rosto, especialmente as palpebras e os labios, assim como a palma das mãos e a planta dos pés. Inicia-se por dores rheumatoideos e febre, não ha prurido e muito raramente se observa hemorrhagias no curso desta molestia. Na dermatite de Dühring o prurido e ardência são manifestações constantes, precedendo mesmo as lesões erythematosas.

Foram as manifestações dolorosas que levaram Brocq a baptizar esta doença "dermatite polymorpha dolorosa". As bolhas occasionadas pelas *toxidermias medicamentosas* aparecem frequentemente nos labios e nos órgãos genitales, apresentando um halo erythematoso assemelhando-se, pelo seu polymorphismo, á doença que estamos estudoando, faltando-lhe, entretanto, muitas vezes, o prurido, sendo a anamnese de grande valor para elucidação do diagnostico e determi-

nar a suppressão do medicamento a involução de todas aquellas manifestações.

A *syphilis bolhosa* (*syphilis pemphigoide*) apparece desde a mais tenra idade, offerecendo as bolhas menor tamanho, são de localização simetrica e atacam de preferencia a palma das mãos e a planta dos pés, coincidindo, além disso, com outras manifestações lueticas: corisa, lesões osseas, papulas, etc.

Com as *lesões pemphigoides da lepra* a differenciação se faz por elementos outros proprios da molestia de Hansen, lesões maculo-anestheticas, etc.

O prognostico da dermatite de Dühring depende da forma e evolução que apresentar o paciente, visto como tanto pôde ella ser de marcha rapida por pequenos ataques de 15 a 30 dias de duração, curando-se sem deixar vestigios, como perdurar por tempo indeterminado, até a morte do paciente, que terá talvez por causa uma intercurrence ou pela sua evolução para o pemphigo foliaceo ou a herpetide maligna.

E', pois, reservado o prognostico desta dermatose.

Tratamento: Não ha propriamente um tratamento, visto como se não conhece a sua etiologia, baseando-se os seus cuidados na prática de hygiene geral, evitando-se toda e qualquer causa de intoxicação, quer medicamentosa, quer alimentar, procurando-se conservar sempre em bom estado de funcionamento, todos os emunctorios do paciente.

Como medicamento têm sido propostos: o arsenico, quer por via oral, quer parenteral; o enxofre; o óleo de figado de bacalhão; glicerophosphato, ferro, etc. Tem sido preconisado, tambem, alternar-se as injecções de Neo-salvarsan endovenosa com o quinino, dado por via oral, ministrando-se na pausa deste tratamento a adrenalina.

Foi este o tratamento que instituimos no nosso paciente, visto apresentar o mesmo reacção sorologica positiva.

Localmente medicação antipruriginosa e tratamento proprio das pyodermes. Linimento: óleo calcareo simples ou associado á camphora, gaiacol, tanino, etc. Banhos com addição de sulfato de zinco, permanganato de potassio, enpoando-se largamente o paciente com talco.

Auto-hemotherapia, electroterapia, auto-sorotherapia, até a radiotherapy tem sido experimentada.

O professor Rabello recommenda o tratamento pelo bismuthato de sodio em solução aquosa a 10 %.

Injecções intramusculares de peptona a 5 % alternadas com o chloreto de calcio, ao mesmo titulo, por via endovenosa. Eis em traços geraes o que me sugeriu o caso em apreço, bem como os meios therapeuticos indicados, sem que entretanto possamos ter grande esperança na efficiencia dos mesmos.

## AMYGDALECTOMIA, ADENOIDECTOMIA E PORTADORES DE BACILLOS DIPHTERICOS

Pelo Dr. Octavio Amaral

Na epidemiologia da diphteria, papel de alta relevancia é representado pelos portadores de germens, convalescentes (bacilliferos chronicos) ou sãos (bacilliferos latentes).

Assim, Friedmann responsabiliza-os por 97 % dos casos; Park por 50 %, e, entre nós, Barros Barreto, Aristides de Almeida e Lincoln de Freitas Filho demonstram que, em 4.393 casos, apenas em 19,5 % se evidencia o contacto com o doente ou suspeito de diphteria.

Tem, pois, o portador de germens prevalencia accentuada na disseminação da diphteria.

Os bacilliferos chronicos podem eliminar bacilos diphtericos virulentos durante seamnas e mezes.

Scheller resumiu no seguinte quadro as verificações do tempo de eliminação de bacilos diphtericos em 339 bacilliferos chronicos:

durante menos de dez dias . . . . .	23 % dos casos
durante mais de onze dias . . . . .	77 % dos casos
durante mais de vinte e um dias . . . . .	35 % dos casos
durante mais de trinta e um dias . . . . .	18 % dos casos
durante mais de quarenta e um dias . . . . .	10 % dos casos
durante mais de cincuenta e um dias . . . . .	7 % dos casos
durante mais de sessenta e um dias . . . . .	5 % dos casos
durante mais de noventa dias . . . . .	2 % dos casos

Mais ou menos idênticos resultados revelam as estatísticas de Neisser (500 casos) e de Tjaden (1338 casos).

Rosenau demonstra que, em 50 % dos casos de diphteria, os germens desaparecem com as membranas; no fim de dois mezes há ainda 5 % de bacilliferos.

No Rio de Janeiro verifica-se o seguinte:

Semanas a contar do inicio	Nº de examinados	Positivos	%
2ª semana	798	512	64
3ª semana	943	484	51
4ª semana	718	297	41,5
5ª semana	543	180	33
6ª semana	312	91	29
7ª semana	116	24	20

(Diphtheria no Rio de Janeiro — B. Barreto, Aristides de Almeida e Lincoln de Freitas Filho).

Consignam ainda os mesmos autores casos positivos, em cifras decrescentes, da 8ª até a 25ª semana.

Os bacilliferos latentes, embora não tenham apresentado symptomatologia apparente de toxo-infecção diphterica, não deixam de desempenhar papel epidemiologico importante.

As estatísticas provam que elles se encontram entre as pessoas em contacto directo ou indirecto com o diphtherico, sendo maior a frequencia entre as creanças e menos duradoura a persistencia do bacillo do que no bacillifero chronico.

A estatistica de Doull e Kusamana estabelece, para 3.500 contactos, 12 % de bacilliferos latentes. Scheller deduz das suas observações percentagem mais elevada: 38 %.

Entre nós, a frequencia é de 14 % (Barros Barreto, Aristides Paz de Almeida e Lincoln de Freitas Filho — Diphtheria no Rio de Janeiro).

Dos dados fornecidos pelas estatísticas, não resta a menor duvida de que o portador de germens é o maior agente de propagação da diphtheria e, portanto, como medida prophylatica, impõe-se sobremaneira o seu tratamento.

a) *Tratamento pelos antisepticos locais* — Innumerous são as substancias indicadas.

Naether recommenda o gargarejo com a solução a 1 % de carbonato de ammonea, seguido de outro de agua oxygenada a 10 %.

Lereboullet e Gournay preconizam o novarsenobenzol, a que atribuem a cura bacteriologica de 60 % dos casos em seis dias. Indicam ainda os mesmos autores o acetylarsan, embora actue mais lentamente.

Lisbonne é partidario das insuflações na garganta com sulfato neutro de oxyquinoleina, que applica do seguinte modo: nos tres primeiros dias usa a mistura de um gramma de sulfato neutro com cem

grammas de carbonato de bismutho, e, do quarto dia em diante, um gramma de substancia activa em cinquenta de excipiente. Apresenta a seguinte estatistica com o referido methodo em 36 bacilliferos: 29 casos de esterilização ao fim de seis dias, esterilização mais tardia (8 a 15 dias) cin 6 casos, e 1 de resistencia.

Robert Clement pensa que se não deve usar meio thaumaturgante e modificador da mucosa, recommendando, por isso, o sôro physiologico a 9 %, como agente de limpeza mechanica. Aconselha ainda os inethodos biologicos: pulverização de sôro secco, ingestão de pastilhas feitas de pó de sôro microbianio. E' de opinião que se deve variar o processo therapeutico, alternando com meios physicos: ar quente, raios X, raios ultra violetas.

b) *Tratamento physiotherapico* — Vimos acima recommendedo por Robert Clement.

Hervé prefere os raios ultra violetas.

Bichowski, Fraenkel e Eisenberg indicam os raios X. Estes autores demonstram a excellencia da radiotherapy em 96 casos, dos quaes 18 convalescentes e 78 portadores saos. Fazem irradiações bilateraes do angulo maxillar inferior e dos dois lados do nariz.

Wahl é tambem partidario da radiotherapy e cita resultados animadores.

c) *Tratamento cirurgico*.

A amygdalectomia e a adenoidectomia são, porém, segundo a opinião de grande numero de autores, o recurso mais valioso no combate aos bacilliferos. Inumeros são os trabalhos que evidenciam optimos resultados com a intervenção.

Dissimulando-se o germen nas cryptas amygdalianas e nas pregas do tecido lymphoide do naso-pharynge, principalmente, só a extirpação das amygdalas e adenoides poderá desalojar-o. Difficilmente ahi poderão penetrar os antisepticos.

Além disso, Louis Leroux e Mac Cartney verificaram a frequencia de inflamação chronica das amygdalas e adenoides, impondo a extirpação total, nos portadores de germens.

Da mesma maneira externam-se Kushaw, Dudley, Glover e Wilson, Kaiser, Monroe e Tolk.

Do nosso ficheiro consta o estudo de seis portadores de germens, dos quaes cinco convalescentes e um são. Dos primeiros tres eram portadores ha duas semanas e dois ha cerca de um mez. Em todos as amygdalas eram grandes, pediculadas e com as cryptas cheias de caseum. Feita a extirpação das amygdalas e adenoides, verificámos a

ausencia do bacillo diphtherico tanto no esfregaço como na cultura, quatro dias após a intervenção, conservando-se assim em mais dois exames successivos. Quanto ao portador são, já estava na terceira semana; as amygdalas eram pequenas, intravelicas, adherentes ao pilar anterior. Fizemos amygdalectomia e, quatro dias após, colhemos material para exame: resultado negativo para o bacillo diphtherico. Mais dois exames, com seis dias de intervallo entre cada um delles: ainda resultado negativo.

A extirpação das amygdalas e adenoides é o methodo de escolha no tratamento dos bacilliferos, além de valioso é simples e rapido.

## O QUE SE FAZ NO HOSPITAL CENTRAL DO EXERCITO EM THERAPEUTICA BLENORRHAGICA

Capitão Dr. Augusto Rosadas

(Chefe do Gabinete de Vias Urinarias do H. C. E.)

(TRABALHO DE CLINICA UROLOGICA)

A blenorragia é a infecção que maior numero de baixas ao Hospital acarreta. Mais de 10 % dos doentes hospitalizados são portadores della, ou de suas complicações ou sequelas. A 11ª enfermaria, destinada aos doentes de vias urinarias, tem sempre, em média, 50 a 70 doentes e, destes, mais de 95 % são blenorragicos. O gabinete de vias urinarias attende, além dos hospitalizados na 11ª enfermaria, mais os que, com outras doenças, estão em outras enfermarias e apresentem affecções da especialidade, bem como a externos.

Por esta rapida exposição poder-se-á ver a importancia do movimento de doentes causado pela blenorragia e, si do Hospital Central, nos transportarmos em pensamento para os serviços das Formações Sanitarias Regimentaes e para os dos Dispensarios publicos, que, tambem, attendem a numerosas praças, poderemos avaliar o numero enorme de soldados que são subtraídos ao serviço por esta terrivel infecção.

Lembremo-nos ainda dos que, por causas diversas: vergonha, desleixo, ignorancia, etc., occultam os seus males e não se tratam, continuando no serviço, sem no entanto ter a efficiencia completa...

Não temos estatisticas, mas pensamos não nos afastarmos muito da realidade, calculando em mais de 5 % o deficit causado á efficiencia do Exercito, só pela blenorragia. Só ella causa mais danos que as outras affecções venereas reunidas.

Deste enunciado decorre que o maior interesse é curar da melhor maneira e o mais depressa possivel, afim de que a praça seja rapidamente recuperada, diminuindo assim o grande prejuizo que causa a sua immobilização.

Infelizmente a cura da blenorragia é um problema e a cura rapida um sonho!

Não se pôde, em consciencia, dizer que se cura a blenorragia por

determinado processo. Cura-se a blenorragia — sim — mas de acordo com as circumstancias. Não ha um methodo unico de tratamento.

Sabemos que, mais do que na clinica geral, em gonotherapia, o resultado varia com o doente e o processo que curou rapidamente determinado paciente é lamentavelmente mal succedido em outro, contaminado no mesmo foco, portanto com a mesma raça ou variedade de germens.

Em blenorragia, mais do que em qualquer outra doença, deve-se ter em vista o doente — trata-se o blenorragico, não a blenorragia. Já temos visto doentes, com corrimientos persistentes, embora fracos, apresentando gonococcus, curarem-se após a instituição de um tratamento geral tonificante e suspensão do tratamento local.

As affirmações que vimos fazendo acima não significam que a blenorragia é incurável, antes, muito ao contrario, queremos dizer que toda blenorragia é curável, dependendo apenas de: assiduidade do doente, paciencia do doente e do medico e consciencia deste. Apenas afirmamos que não ha um methodo unico capaz de curar qualquer blenorragia.

Queremos afirmar que, para a cura definitiva desta infecção, o medico é forçado a lançar mão de recursos varios: locaes e geraes; chimicos, physicos e biologicos, de acordo com as reacções do doente e a phase da doença.

Vejamos, agora, o que se faz no Hospital Central do Exercito em therapeutica blenorragica, qual a orientação que vem sendo seguida:

#### BLENORRHAGIA AGUDA

##### URETHRITIS:

Tratamento abortivo: usamol-o quando o doente se apresenta nos quatro primeiros dias da infecção. Adoptamos a modificação ideada por nós, que consiste em injectar 2 c.c. da solução de protargol a 5 % e, apóis, obturar o meato-com alguns filamentos de algodão e colodio. Temos observado, quando applicado nas primeiras 24 horas, a cura em mais de 80 % dos casos; de 1 a 4 dias a percentagem de cura varia entre 50 e 60 %. O doente supporta sem dificuldade a solução durante 3 a 6 horas.

O unico inconveniente é que a applicação é um pouco demorada, e nem sempre o colodio pega bem. Associamos com bom resultado este tratamento ás lavagens de permanganato a 1/16.000; e com maior ainda á injecção endovenosa de tripaflavina.

*INJECÇOES URETHRAES* de azul de metileno, mercurio-cromo, tripaflavina, argirol, protargol, etc., não mais usamos, visto não termos obtido resultado em nossas experiencias.

*VACCINAS:* apôs grande numero de observações abandonámos o emprego das vaccinas, no tratamento da urethritis aguda blenorragica. Só obtinhamos alguns resultados, e assim mesmo incertos, nos casos de grandes reacções.

Experimentámos as vaccinas intramusculares nas doses de 5 a 30 biliões de germens, e endovenosas em pequenas doses. Os resultados obtidos não compensam o sacrificio dos doentes — visto que a reacção geral (39°, 40°) é muito grande e a local, quando intra-muscular, muito dolorosa.

Observa-se frequentemente, quando por via endovenosa, uma cephalgia tão intensa que o medico se vê forçado ao emprego de entorpecentes, pois os analgesicos não dão resultado.

Embora os resultados obtidos com a vaccinotherapy sejam um pouco superiores aos obtidos com a proteinotherapy, attribuimolos mais ao choque provocado do que á especificidade, attendendo a que esse resultado é sempre proporcional á intensidade do choque.

*PROTEINOTHERAPIA:* — as considerações acima podem ser applicadas em parte á proteinotherapy.

Usamos mais commummente o leite e tambem alguns preparados pharmaceuticos. Não os usamos presentemente á vista dos fracos resultados. As injecções são muito dolorosas, principalmente as de leite e as reacções geraes fortes. Observámos com 2 c.c. de leite, na região glútica, um caso de delirio agudo e dois de syncope, felizmente dominados em tempo.

*LAVAGENS:* — continuamos a usar as lavagens de permanganato de potassio, de oxi-cianeto e cianeto de mercurio e outras.

Separamos sempre um certo numero de doentes (20 a 30 %) para observações e tambem comodidade do serviço. Os resultados por nós obtidos estão de acordo com o já clinicamente estabelecido: cura da infecção, quando bem applicadas, em tempo relativamente longo. As lavagens estão na dependencia da technica de sua applicação; seu resultado varia com a precisão technica.

Occorre-nos lembrar uma observação que deve ser de todos os especialistas: — os doentes tratados em consultorio, cujas lavagens são applicadas pelo proprio medico, com todo rigor, curam muito mais depressa do que os de ambulatorio ou hospitalizados. Por isso somos de opinião que as lavagens nunca devem ser entregues ao proprio doente; uma lavagem mal applicada é peior do que a abstenção.

Usamos de preferencia os saes acima indicados, nas doses de 1:25.000 a 1:4.000, conforme o estado da uretra e a phase da infecção. Esses saes são superiores aos preparados que existem no mercado: tripaflavina, rivanol, etc., e, além disso, são incomparavelmente mais baratos, razão que não é desprezivel em um serviço de grande movimento como o nosso. Devemos dizer que dos saes o que mais usamos é o permanganato de potassio, por ser o de resultados mais constantes.

Usamos tambem as lavagens, quando, após 12 a 14 injecções de tripaflavina, não se verificou a cura completa ou houve mesmo insucesso; nesses casos observamos que a acção das lavagens é muito mais intensa e a cura mais rapida.

*CHIMIOTHERAPIA:* — empregámos-a por via endovenosa. Experimentámos no serviço o oxi-cianeto e o cianeto de mercurio, o azul de metileno e o mercurio-cromo. Os resultados não nos animaram a prosseguir. Delles o melhor — o mercurio-cromo, — não nos deu os resultados que vem tendo Young; animou-nos a fazer algumas experiencias o brilhante resultado obtido por nós e por outros collegas deste Hospital, no tratamento da septicemia. Talvez defeito de technica...

Outro resultado nos tem dado os saes de acridina. Ha cerca de 10 annos vem sendo empregado correntemente, no Gabinete de Vias Uretrarias, a tripaflavina e, como os resultados são relativamente bons, não vimos até hoje necessidade de substituir-a, embora tenhamos a esperança de que a chimica, com o seu progresso incessante e formidavel, chegue a nos dar um preparado completamente inocuo para o organismo humano e de acção decisiva sobre o gonococco. Pensamos que é na chimiotherapy — seja qual for a via — que está a solução da cura da blenorragia. Por este caminho chegaremos á cura completa da blenorragia, por via bucal, e dahi á extinção de tão triste e degradante doença.

Assim pensamos porque, com a applicação do antisепtico por via sanguinea, conseguimos uma impregnação de todos os tecidos, portanto de todos os recessos das vias uro-genitales; impregnação demorada e permanente devida á sua relativamente lenta eliminação e repetição das doses; as mucosas e os fundos de sacco estão sempre banhados em solução do antisепtico; os líquidos intersticiaes têm-n'o em solução, o mesmo acontecendo com o sóro do proprio puz.

Por sua eliminação pela urina, produz uma lavagem retrograda da uretrra na occasião da micção; lavagem esta superior á praticada pelo medico, pois não é traumatisante nem irritante. Não provoca reacções grandes. Temos observado apenas: nauseas, raramente vomitos, tachicardia — relativamente frequente — e um caso de lipotimia. O unico acidente sério com a tripaflavina foi observado por nós em nossa clinica civil: tratava-se de um moço engenheiro, forte, mas que tinha as veias da prega do cotovelo, varicosadas, da grossura de um dedo minimo; após 4 ou 5 injecções de tripaflavina apresentou-se-lhe uma flebite forte na extensão de uns 15 centímetros. E' o unico caso por nós observado, após cerca de 60.000 injecções praticadas no Hospital.

Observa-se, ás vezes, após algumas injecções, anorexia e perturbações da digestão. Incomoda muito o doente — e é mesmo o seu maior inconveniente — a impregnação cutanea e que pôde, segundo os autores, provocar a insolação acridinica, ainda não observada por nós, apesar da imponencia do nosso sol.

Após um grande numero de observações podemos afirmar que a tripaflavina não é nociva ao fígado, aos rins nem a outros órgãos — ao menos quando normaes. Por precaução não a empregamos em velhos nem quando o doente apresenta qualquer miopragia hepatica ou renal.

Devemos assignalar, ainda, a grande vantagem que apresenta o metodo de tratamento endovenoso pela singeleza e rapidez de applicação. E' o processo ideal para os serviços de grande movimento, visto como, com material reduzido, pôde-se attender a grande numero de doentes.

Uma prova da acção electiva da tripaflavina sobre o gonococco está no pedido que nos fazem os collegas do Instituto Militar de Biologia, quando precisam renovar suas culturas de gonococcus para vacinas, para que lhes enviemos doentes ainda não injectados, porque, o puz colhido nestes, não cultiva.

Interessaria muito ao leitor, si este artigo pudesse ser acompanhado de estatísticas; infelizmente a premencia do tempo nos impede, como era nosso desejo e nossa intenção de apresental-as.

#### COMPLICAÇÕES:

Vejamos agora o que se faz nas complicações da blenorragia aguda.

Devemos assignalar de começo que as complicações apparecidas em curso de tratamento no Hospital são rarissimas, facto que attribuimos ao emprego da tripaflavina. Um de nós já chamou, em trabalho anterior, a attenção para isto, fazendo notar que as complicações aumentam quando, por motivo de atrazo no fornecimento da tripaflavina, faz-se emprego de outros processos. Parece-nos que esta circunstancia constitue uma prova de que a tripaflavina é um bom preventivo das complicações da blenorragia.

Em regra geral, os casos complicados, já assim chegam ao Hospital por occasião da baixa. Não são muito communs. As complicações mais frequentes no serviço são:

Abcessos das glandulas de Littré e peri-urethraes — Praticamos nestes casos a incisão com lavagens locaes antisépticas, mercurio-cromo a 5 %, tripaflavina, etc., e as injecções endovenosas de tripaflavina. Quando ha formação de fistula, praticamos as dilatações graduais, após a cessação do corrimento. Nas litrites simples, não abcedadas, praticamos, quando o corrimento está quasi extinto, massagens sobre benigues.

*COWPERITE:* — nestes cinco ultimos annos só observámos tres casos de cowperite: os dois primeiros supurados, como é commun acontecer, sendo que um delles provocou um fleimão do perinco, das bolas e da parte superior da face interna das coxas. O terceiro, ha de um anno, regrediu com a applicação da auto-uro-therapia.

**PROSTATITE:** — São raras no serviço. Quasi sempre o doente já a traz na occasião da baixa. Ha cinco annos vimos tratando systematicamente as prostatites com injecções de propidion. Os resultados são brilhantes. Raramente chegamos a applicar tres injecções. E' comum a regressão completa com uma só injecção. Praticamos as injecções com tres a quatro dias de intervallo, conforme a intensidade da reacção; e nos dias de intervallo, injecções endovenosas de tripaflavina a 2 %. Desde que seguimos esta technica, não observámos mais um só caso de abcesso.

Estão actualmente, já curados da sua prostatite e terminando a cura da urethrite, no Gabinete, dois doentes, um dos quaes baixou com o diagnostico de abcesso da prostata.

**ESPERMATO-CYSTITE:** — Frequentemente acompanha a prostatite. Não temos observado a espermato-cystite aguda isolada. O tratamento é o que praticamos nas prostatites. Um dos dois doentes acima citados apresentava uma grande inflamação das vesículas. Após a regressão da prostatite, a vesicula continuou bosselada e tensa, só cedendo a inflamação com a 3<sup>a</sup> injecção de propidion, cerca de cinco dias depois da melhora da prostatite.

**EPIDIDIMITE E FUNICULITE:** — Das complicações gonococcicas são talvez as mais frequentes. Provavelmente por mais sujeitas a traumatismos. Usou-se durante muito tempo, com relativo resultado, as injecções endovenosas de chloreto ou de gluconato de calcio alternadas com tripaflavina, applicações de calor humido, diathermia, etc.

Ha cerca de anno e meio começámos a experimentar no serviço, com maior resultado, a auto-uro-therapia. Applicámos uma injecção sub-cutanea de 2 c.c. de urina recentemente emitida; fazemos uma serie de 6 a 12, de acordo com o resultado, mediando entre cada injecção dois dias de intervallo.

Estas injecções não provocam reacção alguma. A sedação da dor é quasi total em 24 horas. Ha regressão do volume e de todos os outros symptomas. Entre quinze e trinta dias, dá-se a cura completa. Como a acção sobre o corrimento urethral é pequena (embora tenhamos algumas curas), applicamos após a cura da epididimite umas injecções de tripaflavina.

Escrevemos um trabalho com observações que, por motivos que não vén ao caso, ainda não foi publicado, onde relatamos o que temos feito sobre este assumpto.

**CYSTITE:** — Não se tem observado no serviço a chamada cystite blenorragica. Quando um doente baixa com este diagnostico, verificamos, após cuidadoso exame, que se trata apenas da invasão, pela infecção, da urethra posterior, cujos symptomas são com frequencia confundidos com os da cystite.

**ARTHRITE:** — Occupa o segundo logar, por ordem de frequencia, entre as complicações da blenorragia, si bem que não muito frequente.

Temos usado, além do tratamento local: diathermia, calor humido, etc. O tratamento geral pela vaccina em altas doses, ou endovenosas — os resultados são bons, porém á custa de fortes reacções, sempre proporcionaes ao resultado. Associamos estes tratamentos ao da urethrite, quer pela tripaflavina, quer pelas lavagens.

Praticámos ultimamente (ha 18 meses) a auto-uro-therapia, com a mesma technica usada nas epididimites. Os resultados têm sido animadores. São iguaes aos obtidos com a vaccinação, tendo a vantagem de não produzirem reacção.

**RETITE** — Não é uma complicaçao — mas outra localisação da gonococcia, peculiar aos pederastas passivos. Menos frequentes do que se poderia pensar, no entretanto temos observado alguns casos. A cura é demorada e obtida com a associação de lavagens rectas de permanaganato e vaccinotherapy em altas doses.

#### BLENORRHAGIA CHRONICA

**URETHRITE:** — Em geral não evidenciada ou não podendo ser pesquisada, porque os doentes, em regra, quando catalogados como blenorragicos chronicos, apresentam novas infecções, faceis de verificar com uma analyse cuidadosamente feita. O tratamento é o mesmo das urethritis agudas. Nas urethritis prolongadas, que se arrastam, com ligeiro corrimento, durante meses e meses, costumamos, após exame clinico geral, applicar um tratamento de acordo com a doença ou affecção apresentada (chamamos a attenção dos leitores para a frequencia com que a tuberculose entra em jogo nesses casos) e, quando nada de anormal encontramos, usamos as dilatações com Benqué e diathermia.

**PROSTATITE-ESPERMATOCYSTITES:** — Apparecem ainda mais raramente do que as agudas. Empregamos a tripaflavina, lavagens, massagens e diathermia, combinadas, de acordo com as necessidades. Costumamos, nas infecções chronicas, quando o estado local o permite, praticar uretroscopia ou cysto-uretroscopia, não só com fins therapeuticos, como para verificar a marcha do tratamento e maior certeza do diagnostico.

#### SEQUELAS

**ESTREITAMENTO DA URETHRA:** — Não se tem praticado a urethrotomia interna. Repugna-nos, por motivos demais conhecidos, esta intervenção. Temos resolvido todos os casos de estreitamento pela dilatação gradual. Partimos do principio que "por onde passa uma

gota de urina, passará uma sonda filiforme e, passando esta, passarão outras cada vez mais grossas". E' questão de pura paciencia e muita calma. Quem não fôr paciente e calmo não pôde ser urologista...

Apenas tivemos de intervir em um caso de estenose, com impermeabilidade completa da urethra, confirmada pela radiographia. Fomos forçados a praticar a uretrectomia da porção infranqueável. O doente teve alta dois meses após, tendo passado o Beniqué n.º 50.

*TRAJECTOS FISTULOSOS:* — Observados alguns. Quando recentes, curam-se com dilatações graduais. Quando antigos, recorre-se á intervenção cirurgica, pelos processos classicos.

*ANQUILOSES:* — Só uma praça foi julgada incapaz por apresentar uma anquilose irredutivel. Submetida á intervenção cirurgica, ficou com o seu membro esticado, porém com a sua anquilose.

Este doente baixou, vindo de um hospital do Norte, tendo mais de seis meses de anquilosado.

*CONCLUSÃO:* — Eis a modesta contribuição desta Clinica aos *Annaes do Hospital Central do Exercito*.

Que sirva ella para demonstrar o carinho com que se trabalha no serviço e o desejo que temos de, sendo uteis ao Exercito, concorremos para a grandeza da Patria.

Visto.

a.) Major Dr. Oscar de Carvalho.

Chefe de Clinica Urologica.

## SPONDYLITE SYPHILITICA E PNEUMOCOCCIA

Pelo Dr. Generoso de Oliveira Ponce

### TRABALHO DE CLINICA MEDICA

(2<sup>a</sup> Enfermaria)

A Spondylite Syphilitica é bastante rara (Ureña). Conseguir identificá-la dentro de suas linhas classicas constitue já algo apreciavel. Diagnosticando-a no bojo de syndromes um tanto complexas, superpostas, que lhe emprestaram feitio de originalidade, descobrimos a importância assumida para justificar seu registro.

J. S. G., soldado do 2º R. I., deu entrada para o nosso serviço clínico em 7-1-936.

Doente ha tres dias. Febre, pontadas, tosse e dyspnéa, eis como se refere ao inicio do estado que se apresenta. Queixa-se tambem de lombalgia com irradiação para a coxa direita.

Brachytipo megalosplanchnico. Micropolyadenia. 38º de temperatura axilar. Acamava-se em decubito lateral esquerdo em posição que lembrava a fetal.

*Pulmão* — Com sub-maciez percussoria na base direita e hypersonoridade sub-clavicular. Fremito normal. A escuta descobre um sopro doce e nas proximidades do sopro attritos e sub-crepitações. Escarros esbranquiçados, gommosos, parecendo viscosos.

*Coração* — Batendo a 92, concordante com o pulso. Pressão arterial 11-7, ao Vaquez. Pressão venosa 38, ao Villaret.

*Lingua* — Saburrall. Dysnorea. Coproestasia. Hyperesthesia abdominal total com predominancia para a fossa illiaca direita, onde se via um tumor do tamanho de uma laranja pequena. O doente informava que esse tumor já havia aparecido e desaparecido na vespera (tumor phantasma?)

*Figado* — Ligeiramente augmentado. Baço não palpavel e nem percutivel.

*Inteligencia* — Lucida. Contractura lombar com lombalgia e hyperalgesia.

Reflexo patellar diminuido.

#### DIAGNOSTICO

*Pneumonia* — Os signaes physicos da lombar aguda, genuina dos allemães, não se casam com os que apresenta o nosso doente. Deveríamos encontrar maciszez, aumento de fremito, crepitações e sopro aspero.

*Broncho-pneumonia* — Os signaes physicos podem se prestar a confusão com os da pneumonia bastarda, porém são moveis, fugazes, disseminados e o sopro é mais rude. Os signaes que são encontrados hoje á direita, amanhã o serão á esquerda.

*Pleuresia* — O attricto trahi a participação pleural, uma pleurite, porém aqui em concomitancia com reacções broncho-alveolares.

*Pleuro-pneumonia* — E' o que se deprehende do que acabamos de expôr. Vejamos como procurei resumir meu raciocinio clínico: A impressão que se tem é de uma pneumococcia acarretando uma cortico-pleurite de base direita e exacerbando um processo enterico antigo.

---

Para justificar esse pensamento clínico restava recorrer aos exames complementares. O exame de escarro revelou a presença de pneumococcus e ausencia de Koch, e o de fezes a presença de ovos de necator e tricocephalo. Pedimos tambem hemocultura para grupo colityphico, porque, muito embora as congestões pulmonares delle dependentes sejam secundarias, podem todavia se exteriorizar com as características de primitividade. A hemocultura foi negativa.

---

Nos tres dias que se seguiram acompanhámos a formação do derrame pleural minímo: maciszez percussoria, abolição do fremito, desaparecimento do murmurio vesicular, das sub-crepitações, com permanencia da broncho-egophonia. A temperatura se manteve entre 37,5° a 38°,2. A phenomenologia da esphera nervosa continuava inalterada.

---

No dia 12 notámos uma reacção gauglionar cervical direita, dolorosa, não adherente á pelle. Essa adenite cedeu no fim de quatro dias.

No dia 13 o doente viu-se accomettido de urticaria. Essa aller-



Cliché radiographico da Spondylite

gia seria dependente do fóco pulmonar ou uma allergia cutânea ligada à parasitose intestinal. Infestado já o sabíamos; além disso, o doente accusa um passado de disturbios intestinaes, dolorosos, colicas e constipaçao alternada a crises diarrheicas. A syndrome allergica cedeu no fim de 48 horas e a respiratoria fez-se presente até o dia 24, de curso por assim dizer demorado, razão por que justificava o auxilio da radiologia e mesmo da hematologia para afastar a hypothese da alliança do Koch ao processo.

*Radiodiagnóstico:* — discreta diminuição de transparencia limitada á porção interna da base direita. Os seios costo-phrenicos são agudos. Cortico-pleurite em regressão. 21-1-936. (ass.) Juarez.

*Hematologia:* —

Hematias 5.250.000 por mm.3.

Leucocitos 6.130 por mm.3.

Hemosedimentação 7 mm. por hora (normal).

Velcz II=41 %, III=59 %.

*Hemogramma:*

Lymphocytos 29 %.

Mononucleares 3 %.

Neutrophilos 67 %.

Eosinophilos 1 %.

A phenomenologia dolorosa, lombar, manteve-se em todo o transcurso da cortico-pleurite, attenuando-se para o fim, porém persistindo, embora minima, mesmo na phase de apyrexia. A 14 de Fevereiro deixou de seguir para o D. C. C. B. pelo facto da exacerbación das suas dores. Estas, nevralgiformes, na região lombar, com propagação para a coxa direita. Não havia deformidade e sim contractura condicionando rigidez e deficit nos movimentos da columna. As apophyses percutidas não se mostraram dolorosas. Hyperesthesia da fossa ilíaca direita (a radiologia informava ausencia de signaes radio'logicos de typhlo-appendicite, bem como normalidade radiologica da articulação coxo-femural direita). Reflexo patellar diminuido. Esse quadro clínico induzia a se pensar em processo spinal com participação da ossatura.

#### MEIOS AUXILIARES DE CONTROLE

A radiographia com puncção da cisterna (Dr. Aristoteles), para injecção de Iodipina a 20 %, assinalou:

- a) — descalcificação accentuada do corpo da 4<sup>a</sup> vertebra lombar, que se projecta com zonas de rarefação (processo osseu destrutivo).
- b) — calcificação dos nucleos pulposos.
- c) — diminuição do espaço intervertebral comprehendendo as 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> lombares.

ass.) Juarez.

### SANGUE

#### *Metabolismo:*

Uréa 0,40 %/oo.  
 Creatinina no sangue total 0,014 %/oo.  
 Calcio no sôro 0,010 %.  
 Cholesterina no sôro 1,45 %/oo.  
 Phosphoro 0,004 %.

#### *Contagem globular:*

Hematias 5.180.000.  
 Leucocitos 7.000.

#### *Hemogramma:*

Lymphocitos 33 %.  
 Mononucleares 5 %.  
 Neutrophilos 62 %.

#### *R. biologicas:*

Wassermann e Khan: + + +.

### URINA

Calciuria.  
 Choluria (minima).  
 Albuminuria (traços).

### LIQUIDO CEPHALO-RACHIDIANO

Reacção de Nonne — positiva.  
 Lymphocytos — 21 por mm.3.  
 Albumina — 0,30 %/oo.  
 Wassermann — negativo.

### SPONDYLOSE OU SPONDYLITE?

Spondylose, enfermidade da columna vertebral (Brugsch), é processo de grandes seguimentos ou da totalidade da columna e de evolução chronica. Spondylite é enfermidade de vertebra isolada, de evolução aguda ou sub-aguda. A radiographia retrata o processo de uma vertebra apenas. Esse processo é rarefaciente combinado a um condensante, reparador, o que fala a favor de uma attenuação da infecção (Forgue).

A dysbolia que acima enumeramos é menos das spondyloses que das spondylites.

Seria uma spondylite pneumococcica? A cytologia do L.C.R. (lymphocitose), Nonne positive, sommado ao hemogramma (lymphocitose) afastam essa conjectura. Essas reacções cytologicas forçavam indagações em torno da lues e da tuberculose como elementos etiologicos.

No que se refere á symptomatologia, as spondylites syphiliticas e tuberculosas se confundem, porém mesmo ahi vamos encontrar um elemento a favor da lues, que é o facto da aggravação das dores á noite.

Quanto aos signaes radiographicos da columna, verificamos que, se os itens a) e c) se approximam da imagem do mal de Pott, o item b) já o desvia.

A exploração radiologica dos pulmões, a hemosedimentação, o Velez, falam contra o etio tuberculoso.

Estudando o L.C.R., vamos encontrar elementos a favor da syphilis, apesar do Wassermann negativo, ressaltando que no sangue elle é positivo. A hyperalbuminose, hypercytose (lymphocitose) e Nonne positivo dão grande probabilidade ao etio syphilitico, revelando por sua vez o compromettimento das meningeas. O diagnosticó, como se deduz, é mui difficulte, para acertar com elle, será preciso ter em conta os antecedentes do paciente e, sobretudo, a efficacia do tratamento antisyphilitico (Ureña). O nosso doente contraiu o seu protosyphiloma ha seis annos passados. Com o tratamento antisyphilitico que instituimos as melhorias foram nitidas, e actualmente o paciente está virtualmente curado.

A conclusão que se tira é que a enfermidade da columna foi despertada pela pneumococcia, agindo esta como anergisante.

### BIBLIOGRAPHIA

- Afecciones del rachis* — F. Lopez Ureña.
- Précis de Pathologie Interne* — F. S. Collet.
- Petite Clinique* — Louis Ramond.
- Pathologia Medica* — Vol. I — Vieira Romero.

*Tratado de Pathologia Medica* (Trad. hesp.) — Th. Brugseh.

*Metabolismo* — H. Povoa.

*Molestias Infectiosas* — Garfield de Almeida.

*Arthrites e Arthroses* — Ernestino de Oliveira.

*De la ponction sous occipitale* — G. Basch. (*Monde Médicale*).

*Clinique et Laboratoire* — N° 8 — Oct. 935, pag. 183-188 — *Cherche et du dosage de la creatine et de la creatinina dans l'urine et dans le sang.*  
— Agasse Lafont.

*Les variations de la calcemie dans les états pathologiques et leur signification* — *Clinique et Laboratoire*, n° 9 — M. Eric Martin (apud *Revue Med. de la Suisse Romande*).

*Semiologia da dor visceral* — *Rerista Clínica e Pharmaceutica* — A. Barcellos.

*Précis de Pathologie Externe* — E. Forgue.

*Semeiologie* — E. Sergent.

*Diagnóstico Clínico* — A. Martinet.

*Lecções de Clínica Médica* — 2<sup>a</sup> serie — Annes Dias.

*Le Sang* — Marcel Labbé.

## O "MOSQUITEIRO NACIONAL"

Euclydes Goulart Bueno

O saneamento da bacia amazonica é problema sem solução ainda.

Extensas planicies, sulcadas por numerosos rios caudalosos, para os quaes affluem "igarapés" em maior numero, cujas margens ensombradas por florestas seculares, frequentemente inundadas por transbordamento desses volumosos cursos de agua, onde enormes crocodilos adormecem, ao som da orchestra de myriades de "carapanás" inextinguiveis — eis, em resumo, o que constitue com algumas excepções, o ubertoso valle do Amazonas, rio-mar que, no esforço ingente por desaguar no oceano, offerece o empolgante e magestoso espectaculo da "pororoca".

Terra de Ophir, terra de onde, talvez, a rainha de Sabá mandasse buscar as preciosidades com que mimoseava o rei Salomão. O ouro do Oyapock, cujas pepitas transbordam dos vasos de barro em certas "malocas" de indigenas; o ouro do Gurupy, zelosamente vigiado pelos indomaveis e ferozes indios "urubús"; o ouro do Amapá — tão cobiçado, os nativos castanhaes, os seringaes, a baunilha, os coqueiros, as madeiras de lei, preciosas — a maçaranduba, o cedro e o acapú, — os vegetaes que contêm essencias inebriantes — o páu rosa, os "cheiroscieiros" das noites de São João, vegetaes esses perfumosos, em cuja essencia banham-se o belemita e o "baré" afim de conquistarem felicidades conforme a lenda, — a fauna riquissima dos rios e das selvas, — tudo isso permanece quasi inexplorado, porque a sciencia ainda não conseguiu derrotar o, até agora, invencivel exercito de "carapanás", sempre vitorioso sobre o homem ousado, que, qual bandeirante, penetra nesse incomparavel turbilhão de riquezas, que é a Amazonia.

Nem Minas Geraes com seu "peito de aço e coração de ouro", nem S. Paulo com seu oceano de cafesaes, nem Pernambuco, altivo, com seus engenhos de assucar, nem Rio Grande do Sul com suas "cochilhas", onde, á beira dos "banhados", pastam as rezes incontaveis, de olhos languidos ao som do "badonho" dedilhado pelo gaúcho altaneiro, — nada, enfim, pôde supplantar a incalculavel opulencia do cobiçado "Inferno Verde", inexpugnável imperio de "carapanás" e "piuns", aquelles — armados de paludismo e filaria, quiçá auxiliados pelos

"piuns", — para fazerem paralysar o braço do homem, que ousa transportar as lindes de seu invencivel imperio, afim de explorar a flora opulenta, que desafia as nuvens, tendo, a seus pés, um thesouro inexplorado, constituido pelas riquezas do sub-solo e pela inegualavel fauna das aguas e das florestas amazonicas.

A ilha de Marajó e numerosas ilhas, que os mappas e as geographias não registam, embaraçam a marcha triumphal do rio-mar para o oceano, que, talvez, por despeito, relute em acolher suas aguas, tanto que a maré faz transbordar, á preamar, o igarapé do Aurá, longe da foz do Amazonas. Aurá, onde a tercã maligna, quando não dizima os homens que para ali seguem robustos, invalida muitos delles.

A's margens do rio Guamá até ao igarapé do Aurá, as casas e, tambem, as "barracas", ou palhoças, cobertas de palha de "ubuquí", são construidas de modo que o soalho fique bem alto, talvez a mais de um metro acima do solo, afim de que, quando a maré chegue á preamar, as aguas daquelle rio Guamá inundem, diariamente, o terreno por baixo do soalho e em seus arredores, em grande extensão. Os habitantes dessa temporaria Veneza atracam suas "ubás", ou suas "montarias", no portal da habitação, afim de poderem, da porta de suas casas, entrar nas canoas e sahir remando, quando a maré está á preamar. Creança de dez a doze annos sae sósinha de casa, na "ubá" remando, rio acima, ou rio abaixo, para transmittir recado dos paes. Isso demonstra como já se habituaram á vida veneziana os habitantes dessas margens. Quando a maré desce, diariamente, a lama empapa o terreno de baixo do soalho e nos seus arredores. Do exposto resalta a impraticabilidade da drenagem do solo. Drenagem do solo? Como practical-a? Para onde drenar? Para o oceano? E a maré, assim mesmo sem drenagem, não repelle as aguas do Amazonas até muito longe, até aos pequenos affluentes dos seus grandes tributarios? Responda a engenharia, porque só ella é competente para pontificar sobre o assumpto. Mas, incontestavelmente, é, si não a impossibilidade, pelo menos a immensa difficultade da drenagem desse solo tropical, provavel celeiro do Brasil e, quiçá, do mundo. Paludismo e filaria (para não mencionar outros flagellos tropicaes) constituem obstaculo serio ao povoamento da Amazonia e, consequentemente, ao seu progresso. Urge, porém, remover taes obices. De que modo, si a drenagem do solo parece utopia, pelo menos no presente? Mas, sempre que, na estrada da vida, surge um obstaculo, o viajor corajoso e intelligente, si o não pôde remover, ou transpor, deve procurar contornal-o. Pois bem, cumpre ao brasileiro contornar o obstaculo que lhe embaraça a marcha para o povoamento e progresso da bacia amazonica. Como contornal-o? A resposta é facil: — ha um recurso que poderá facilitar esse povoamento e contribuir para o progresso do ubertimo valle do rio-mar: — o mosquiteiro, que seja considerado propriedade da Fazenda Nacional.

Para facilidade da exposição da these, poderá esse mosquiteiro receber o nome de "MOSQUITEIRO NACIONAL". Institua-se e regulamente-se de modo intelligent e obligatorio o uso do "MOSQUITEIRO NACIONAL" (considerado como pertencente á Nação), na Amazonia e em todas as zonas palustres do territorio brasileiro. Confeccione-se um typo de "MOSQUITEIRO NACIONAL" para ser fornecido, gratis, pela Nação, a cada cidadão domiciliado em qualquer zona palustre do Brasil. Legisla-se sobre o assumpto, de modo que o "MOSQUITEIRO NACIONAL" não possa ser objecto de mercancia nem sahir do territorio brasileiro. Que esse mosquiteiro não possa ser objecto de mercancia, como não o é o fusil — entregue ao soldado do Exercito para defender o Brasil e o Governo — é o que convém ser legislado. Seja o "MOSQUITEIRO NACIONAL" — o fusil com que o brasileiro se armara contra o inimigo, representado pelo exercito de "carapanás" e "piuns" na Amazonia, e pelos denominados "mosquitos" em outras zonas palustres do Brasil. A baixada fluminense, que horror!... E' doloroso percorrer alguns de seus trechos... Margens do rio D'Ouro, aqui tão perto da "cidade maravilhosa"... Macahé... Urge que se legisle de modo que o "MOSQUITEIRO NACIONAL" não possa ser objecto de mercancia, nem sahir do territorio brasileiro, pois convirá ser considerado propriedade da Fazenda Nacional, devendo cada individuo, ao qual elle fôr entregue, ficar por elle responsavel perante a Nação. Numere-se cada "MOSQUITEIRO NACIONAL", cujo tecido deverá ter as cores da bandeira brasileira, as suas estrelas (com o Cruzeiro do Sul — que nos abençõa) e graphadas as palavras que servem de lemaña ao Brasil: "Ordem e Progresso". O dispendio que a Nação fizer com a fundação de fabricas para tecerem e confeccionarem "MOSQUITEIRO NACIONAL", numerado, será promptamente compensado pelo progresso rapido, decorrente do povoamento das zonas palustres do territorio brasileiro. Regulamente-se: o modo de distribuição do "MOSQUITEIRO NACIONAL", numerado; o modo do seu uso obligatorio; o modo de sua permuta, quando inutilizado, por outro novo e efficiente; fiscalise-se o seu uso e a sua substituição. Assim, das zonas palustres, presentemente deshabitadas, surgirão populações prosperas, que espalharão, a mãos cheias, a riqueza pelo territorio brasileiro.

Sendo, no norte do Brasil, predominante o uso da rête e sendo, em outras zonas do paiz, predominante o uso da cama, — convirá que, do typo de "MOSQUITEIRO NACIONAL", sejam confeccionados dois formatos: — 1º — o formato "R" (para ser adaptado á rête e ás "macas" em uso na Marinha Nacional; 2º — o formato "C" (para ser adaptado a qualquer cama em outras zonas palustres do territorio brasileiro).

## O HOSPITAL E SUA SECRETARIA

A organização administrativa do Hospital Central do Exercito é de tal modo complexa que exige um apparelhamento perfeito e fixo.

Reconhecendo esse iacto, em 1911, o então Tenente Coronel Dr. Antonio Ferreira do Amaral, Director deste nosocomio, aproveitando sua situação de excepcional prestigio no momento, como medico do Exmo Sr. Presidente da Republica, Marechal Hermes Rodrigues da Fonseca, realizou a reforma deste nosocomio de maneira a attender da melhor fórmula a todas as suas necessidades, prevendo, mesmo, futuras creações de novos serviços, conforme se verifica do regulamento que baixou com o Decreto n. 8.647 de 31 de março de 1911.

A parte technica foi tratada no citado regulamento com o maior interesse.

Toda a gente sabe que a legislação em vigor no Ministerio da Guerra é substituida continuamente por uma jurisprudencia de avisos que nos obriga a estar sempre vigilantes assim de podermos resolver e julgar os assumptos de acordo com a maneira de pensar dos dirigentes do paiz.

Ora, o Dr. Ferreira do Amaral, comprehendendo intelligentemente esse facto, soube reunir com superior critério o que havia de palpitar nessa jurisprudencia sobre o serviço do Hospital.

Mais tarde, essas disposições em sua grande maioria foram transplantadas para o Regulamento do Serviço de Saúde em Tempo de Paz (Decreto n. 15.230 de 31 de dezembro de 1921).

O Dr. Antonio Ferreira do Amaral passou muitos annos no Hospital Central do Exercito, de fórmula que era um conhecedor profundo de todas as suas cousas.

Foi aqui, pode-se dizer, que o grande cirurgião adquiriu o seu prestigio de operador e de excellente administrador.

Tinha uma forte vontade, sabia querer e aproveitar sempre as boas idéas dos seus auxiliares, com quem discutia, a principio, discordando, quando não conhecia o assumpto, para depois concordar, desde que não lhe repugnasse a argumentação daquelle que lhe expunzesse com clareza uma medida a ser posta em pratica e cuja preemtencia fosse inadiável.

De mediana estatura, cheio, tinha uma agradavel physionomia. Affavel sem exagero, trajava-se com certo apuro. Era extraordinariamente accessivel, attendendo sempre, com grande bondade, a todos aquelles que procuravam os seus serviços medicos.

Sendo explendido observador, cedo comprehendeu a necessidade de se approximar do pessoal administrativo do Hospital, que, pela sua fixidez, é neste estabelecimento, naturalmente, o agente indicado para manter, conservar e ampliar o arcabouço da organização hospitalar.

Desta sorte a regulamentação dos serviços administrativos do Hospital, obedecendo a sua orientação, de acordo com o Decreto n. 8.647 de 31 de março de 1911, deu os melhores resultados.

Aos funcionários da Secretaria do Hospital foram attribuidos vencimentos, garantias, horas e vantagens de que careciam naquela época. Em compensação taes funcionários ficaram com o encargo de orientar a Directoria, no sentido da mesma desempenhar com efficiencia suas atribuições.

Ninguem duvida da capacidade de um official superior do Corpo de Saúde, cheio de serviços, com todos os cursos de aperfeiçoamento, incumbido de dirigir o Hospital, mas, certos detalhes praticos, a burocracia, cousas que se relacionam com o serviço e a justiça militares, podem entravar a sua acção, o que não se dará com a intervenção providencial e opportuna dos velhos funcionários administrativos.

Detalhemos o caso. Por exemplo, o Serviço Medico Legal exige auxiliares praticos, para escripturação dos autos e outras peças medico-legaes, afim de terem andamento os processos militares.

Os esclarecimentos á Justiça Militar ligam-na constantemente á Secretaria do Hospital; os regulamentos da Saúde Publica exigem que taes funcionários fiquem attentos aos casos que se apresentem e que demandem de prompto conhecimento da grande e publica instituição nacional. Nas crises epidemicas ou em casos de notificação compulsoria é a Secretaria que fixa ou precisa a acção da Directoria, orientando-a.

O doente tem uma caderneta. O medico da enfermaria a anota, fazendo o historico do caso; a Secretaria, porém, é que interpreta as condições do mesmo, coordenando, para por a Directoria ao corrente do que se passa.

As leis que regem os accidentes de trabalho e as instruções que as regulam teem no Exercito suas disposições bem claras nos diferentes regulamentos que são necessarios computar, estudar e comparar para applicá-los aos diferentes casos.

E é sempre a Secretaria do Hospital que estuda taes casos.

O quadro de funcionários da Secretaria do Hospital tem,

actualmente, apenas, seis funcionários. Foi extinto em virtude de disposição do Decreto n. 15.230 de 31 de dezembro de 1921.

A sua extinção completa afigura-se para mim um grande desastre para a vida deste importante estabelecimento, pois a prática cada vez mais vem demonstrando ser indispensavel um nucleo de funcionários fixos e inamoviveis familiarizados com a entrozagem administrativa do Hospital afim de articularem as diferentes administrações que passam pelo estabelecimento evitando assim a solução de continuidade. E' preciso, pois, não consentir que isto se dê.

*Aristarcho Ramos.*

Maio de 1936.

## A ACCÃO CONSTRUCTORA DA COMMUNIDADE DE SÃO VICENTE DE PAULO, NOS HOSPITAES DO EXERCITO NACIONAL

Pelo Tenente Dr. Plinio Phaelante

Descrever, com minucias, a missão zeladora, humanitaria e de alta disciplina moral que, desde o anno de 1865, vêm prestando ao Exercito, as Irmãs de Caridade, seria quasi desnecessario, pois que estão, no consenso de todos, os benefícios innumeraveis e, sem solução de continuidade, prodigalizados, durante tão largo espaço de tempo.

As Filhas predilectas de São Vicente de Paula, chamado, com justa razão, o Apostolo da Caridade, dado o cunho eminentemente social da sua obra, começaram a exercer o seu santo apostolado, pelo antigo Hospital Militar do Castello, passando depois, para o do Andarahy e, por fim, nesta Casa, onde se encontram, desde os primeiros dias, collaborando effcientemente, e com a Administração, na medida dos seus esforços e na orbita das suas attribuições.

Durante os sententa e um annos que medejam, entre a actividade desses Santos Senhoras, no Hospital do Castello e os dias actuaes, foi o cargo de Superiora ocupado, pela seguinte ordem de antiguidade: Irmã Massard (1865 — 1882); Irmã Salvignol (1882 — 1884); Irmã Guillou (1884 — 1909); Irmã Philomena Desteillou (1909 — 1931) e Irmã Lachaud (1931 até os dias presentes).

Estudemos, agora, em traços geraes, cada uma dessas personalidades, através das suas trajectorias luminosas, por esse mundo cheio de dôres e agoniás humanas, as quaes elles sempre procuraram attenuar e, se possível extinguir a semelhança do que fazia o seu proprio fundador, São Vicente de Paula, amparando os menores abandonados, protegendo os humildes camponezes e, até, segundo a tradição marseleza, em que inspirou o pincel imaginoso de Bonnat, tomado os guilhões de um condenado as galés perpetuas, afim de que o mesmo voltasse para as alegrias do lar e fosse tirar da miseria a sua mulher e filhos.

Foi numa phase muito angustiante que a Irmã Massard á con-

vite de Sua Magestade D. Pedro, II, assumiu a direcção dos serviços de enfermagem e assistencia espiritual do Hospital do Castello, pois, naquelle época, o Brasil sangrava com os louvores da guerra do Paraguay e a cohorte de todas as tristezas enneavava os céos da Patria e confrangia os corações bem formados. O seu trabalho foi s'implesmente gigantesco e, amainada a tempestade, poude essa Servidora do Senhor entregar a chefia do seu rebanho a sua substituta, Irmã Salvignol a qual, em muito pouco tempo, colheu os fructos sazonados de um periodo bonançoso. Em seguida, o posto maximo da Communidade foi confiado á capacidade orientadora da Irmã Guillou, figura exemplar de religiosa, perfeitamente escrava das suas espinhosas responsabilidades, as quaes deu um brilho inexcedivel, pelo largo espaço de um quarto de seculo, entre innumerias vicissitudes contrabatidas que o seu espirito forte soube vencer com raro denodo e galhardia.

Falamos, agora, das duas ultimas Irmãs, nossas contemporaneas, neste Centro de Saúde.

A Irmã Philomena Desteillou abandonou a França, sua terra natal, na tenra idade de (20) vinte annos, logo apôs a sua tomada de habito, vindo para aqui, onde permaneceu, sem jamais lá voltar, até a data do seu falecimento, ocorrido, nesta Casa, a tres de abril do anno proximo passado, justamente quando ella se achava prestes a completar oitenta e nove annos de llaboriosa existencia dedicada, aliás, conforme os seus principios, á Gloria de Deus, á Honra da Communidade e ao Bem do Hospital Central do Exercito.

Durante varios annos serviu, como simples Irmã, nos hospitaes do Exercito já referidos, este inclusive, ocupando, depois, a data de 1909, a função de Superiora deste Estabelecimento, onde se manteve até o anno de 1930, quando, para obedecer as ordens emanadas de Sua Santidade, foi substituida, permanecendo, porém, neste Templo da Dôr, uma vez que não quiz acceitar um outro Superiorado que lhe foi offerecido, visto não se tratar de um meio militar, ao qual ella estava indentificada com todas as véras de sua alma privilegiada.

Era, realmente, a Irmã Philomena Desteillou, um symbolo e uma reliquia nossa. Quando o seu vulto agil atravessava as alamedas do nosso parque, ou percorria, quotidianamente os varios pavilhões das enfermarias, era de vêr-se que todos, indirectamente, prestavam-lhe um culto de admiração e respeito que, na vulgaridade das expressões sinceras e espontaneas resumiam nessa phrase familiar e carinhosa: "Lá vem ali" a *nossa Velhinha*". Era dessa maneira que todos lhe tratavam e, sem duvida haviam sobrejas razões para isso.

Em 1893, revia á Irmã Philomena Desteillou, no lendario Hospital do morro do Castello, como enfermeira — carcereira dos sar-

gentos justamente na occasião em que a esquadra revoltada, sob o commando do Almirante, Custodio José de Mello, resolveu bombardear essa posição estratejica, onde estavam collocadas peças de artilharia, para fortalecer os rebeldes.

São dadas providencias para que os presos e os enfermos dali se retirem, devendo as Irmãs acompanhal-os, na sua transferencia, para o hospital de emergencia, improvisado no Andarahy. Ha um instante em que a remoção está quasi a terminar. Restam, ainda, alguns enfermos quando um official, presentindo a imminencia do bombardeio, envida esforços para que a Irmã Philomena dali se retire immediatamente. Ella, porém, compenetrada dos seus altos deveres, faz vêr ao militar que não teme o perigo, nem a morte, preferindo succumbir com os que estavam entregue a sua guarda, a abandonar o seu posto de sacrificio.

Em 1922, o Exercito sangrava, com as grandes feridas abertas pela politcalha dessa mesma malfadada politica do pequeno, tão malsinada pela figura suggestiva de Joaquim Nabuco, o grande fidalgo de alma plebeia do nosso movimento abolicionista. Diversos officiaes presos e baixados ao H. C. E. lutavam com grandes dificuldades financeiras, em virtude das autoridades terem suprimido o pagamento dos seus vencimentos, cousa que, tambem iria ter logar, mais tarde, durante o fatidico anno de 1924. Nessas occasões "*a nossa Velhinha*," distribuia a uns e a outros o conforto material e o consolo moral da sua desvelada assistencia, promovendo internamento, em diversos collegios, de varios filhos desses officiaes; corrigindo, na medida de suas forças os apuros de innumerias situações frementes e trazendo a todos a solicitude do seu coração magnanimo, sempre voltado para os gestos altruisticcs, immortalizados por Tobias Barreto nesses versos lapidosos:

Fazer o Bem sobre a terra,  
E' a ventura suprema,  
Vale mais do que um poema  
Tem mais gloria que um trophéo

Eduardo Gomes, já então um dos poucos sobreviventes do drama de Copacabana, curava-se aqui dos ferimentos ali recebidos, e entremostrasse o desejo de, na data do seu anniversario, assistir a uma festa de aviação que os seus companheiros de armas iam levar a effeito, no parque do Itamaraty, bem proximo desta propriedade. Gravemente ferido, o seu transporte, para ás alturas do nosso edificio, seria muito penoso e cheio de graves riscos. Mas, para quem veste o symbolico habitu de São Vicente de Paula, esse grande expoente da renascença catholica do seculo XVII, não existe impossivel, principalmente quando se tem em mira, trazer um momento de alegria ou um vislumbre de prazer áquelles que são

atingidos pelos golpes da adversidade ou pelo torvelinho impiedoso das paixões transitorias. Eis que ella, a boa e tolerante religiosa, tudo remove e facilita, para que afinal no dia aprazado, vencidos os mais ingentes impecilhos possa Eduardo Gomes, o gigante do ai, momentaneamente incapaz para as lutas da vida aspera e rumorosa, contemplar o ilndo espectáculo e apreciar as evoluções dos seus irmãos de ideal, com o espirito, sem duvida, cheio de transbordamentos cívicos e sequioso de se libertar daquellas precárias contingências materiaes, afim de continuar a lutar pelo anejo de um Brasil maior e melhor.

Assim, era aquella a quem todos chamavam de uma maneira íntima, affectiva e despretenciosa — "a nossa velhinha."

Durante o seu longo tirocinio na da sua Communidade, grandes figuras do clero regular e secular, alguns até consagrados oradores sacros, serviam como capellães desse Estabelecimento: Entre outros lembramos-nos dos seguintes: Monsenhor Lopes, Padre Cícinato, Conego Dr. Boucher Pinto, Padre Dr. Thomaz Fontes, Padres do Coração de Maria, Padre Dr. Manoel Soares, Monsenhor Antero e os Padres Agostinhos: Frei Seraphim, Frei José, Frei Angelo e Frei Benjamim.

Hoje tanto ella como as suas antecessoras, repousam para sempre na solemne compostura da morte e na paz incommensurável dos mysterios de além tumulo, usufruindo os proventos das suas renúncias e sacrificios suportados com raro estoicismo, na consecução desse Grande objectivo: "A' Glória de Deus, a Honra da Communidade e o Bem do Hospital Central do Exercito."

*Beati qui meriuntur in Domino.*

A distinctissima Irmã Lachaud ora a frente das Irmãs de Caridade desse Departamento de Saúde do Exercito, segue em tudo as directrizes dos companheiros que lhe precederam e, como verdadeiro Soldado de Christo empenhou-se, logo, de inicio, na mais santa de todas as batalhas: Dotar este Hospital de uma ampla capella, situada em logar accessível, onde os espiritos soffredores, possam encontrar, para os seus tormentos e afflícções nessa hora cheia de angustias e incertezas, o balsamo consolador dessa Fé que, no conceito biblico, remove até montanhas. Conta ella para esse desideratum com o concurso valioso da Administração; o amparo irrestrito do proprio Exercito e a vontade ferrea das suas vinte e duas subordinadas, muitas das quaes, como a Irmã Rosa, Irmã Angela, Irmã Gabriella e Irmã Euphrasia já aqui vivem, ha mais de vinte e cinco annos, no exercicio diurno da verdadeira caridade e na prática das excelsas virtudes christães.

São as Irmãs, actualmente coadjuvadas, na sua missão religiosa pelo capellão Frei Benjamim Bouldain, elemento de destaque da ordem de Santo Agostinho, cuja voz doutrinaria elle procura ouvir ao tomar e lêr tudo quanto se grava no interior dos corações

atribulados, inspirando-se dessa forma, no que se passou com esse grande Pae da Igreja, convertido ao Christianismo, pelas lagrimas de Santa Monica; as predicas de Santo Ambrosio e a inspiração celestial que, certa vez, em um bosque vivente, voou aos seus ouvidos, ordenando-lhe a leitura das Epistolras de São Paulo, através dessa determinação categorica: "Dielle et lego."

Terminando essas considerações, sobre a acção constructora das Irmãs de São Vicente de Paula, nos Hospitaes do Exercito, achamos que, mais alto do que todos literarios, falla a realidade dos factos, os quaes estão aos olhos e na consciencia geral de quantos lhes sabem render um preito de verdadeira justiça, procurando divisar, nas cores symbolicas das suas indumentarias, um pedaço do céo baixado sobre a terra, para minorar os soffrimentos do corpo e as angustias do espirito, no seu eterno desejo de solucionar o problema da dôr.