

B104

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, à 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, tratei, immediatamente, descendo a minucias, de indagar da sua marcha administrativa e, muito cuidadosamente, de onde poderia fazer as explorações de ordem economica.

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

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

Preoccupá-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 tecnico moderno indispensavel, além do muito que já 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 impecilios que, não obstante a harmonia existente na administração, surgem a cada passo.

Ja disse, em um dos boletins internos, não vae muito longe, que "administrar era realizar dentro das possibilidades economicas do proprio Estabelecimento.

Assim se tem feito, a começar pela economia conseguida o anno passado e da qual resultou enviar-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 insufficientes 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., vão servindo para as iniciativas da Directoria.

Não sou homem de programmas, mas sahrei 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 eficiencia e que inspire confiança aos clinicos do Estabelecimento.

d) Um pavilhão adequado ao funcionamento da Clinica Physiotherapica, com os serviços de Raios X e Mechanotherapia.

e) Um pavilhão para o Serviço Medico Legal com as suas instalações 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 instalação 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 Physiotherapia para nelle instalar-se a Bibliotheca e o Museu de Anatomia Pathologica.

h) 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 paralelepipedo.

q) Reforma das instalações sanitarias de todos os pavilhões de sua rede de esgotos.

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

s) Construcção 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 falhas ou de nossos defeitos, absolutamente.

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

O programma a desenvolver é vasto e ramos, mercê de Deus, realizando por partes e de accôrdo com as possibilidades; o fichario do Hospital está organizado e funcionando; o serviço de transfusão de sangue está installado e tambem funcionando; o gabinete de Raios X foi provido de material moderno; a Pharmacia está toda remodelada; a Lavanderia foi igualmente remodelada; construiu-se um amphitheatro para conferencias e reuniões clinicas; as viaturas do Hospital, em sua totalidade imprestaveis, foram completamente reformadas e se acham rodando oito carros (quatro ambulancias, 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 obvios.

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 imperfecto será obra minha.

Têm todos o caminho que desejam, que pretendem, sob forma auspiciosa, para o Hospital Central do Exercito.

Aguardemos a bôa vontade dos poderes publicos e, dentro de nossas possibilidades, contemos sobretudo com as nossas energias.

ALVES CERQUEIRA.

HOSPITAL CENTRAL DO EXERCITO

HISTORICO

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

O primeiro hospital que teve o Exercito 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 collegio dos jesuitas no morro do Castelo por ordem do vice-rei D. Antonio Rolim de Moura Tavares, 1.º conde de Azambuja, sendo nele estabelecido por decreto de 21 — V — 1798 uma botica com boticario official e aprendiz.

Por alvará de 7 — III — 1805 foi expedido o regulamento para sua administração e creados no mesmo estabelecimento por decretos de 22 — V e 5 — XI, um laboratorio farmaceutico e uma escola anatomica cirurgica e medica 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 Invalidos da Patria 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 Deposito de Convalescentes que foi transferido para o Andarahy 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 Saude do Exercito foi creado tambem um Hospital de 1.ª classe na Capital do País com o titulo de Hospital Central do Exercito, 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 Exercito.

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.º Districto 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 Candido 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 gradadas, procedeu-se ao acto solenne 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 e dous metros de frente pela rua Jockey Club, sobre duzentos e oitenta e dous metros de fundo, poude ser levada a effeito a inauguração do novo Hospital com tres pavilhões, comportando nove enfermarias e mais outras construcções provisórias 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.ª 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.º pavilhão, Duque de Caxias, — 1.º enfermaria B. Vasques, 2.ª enfermaria, Moura, 3.ª enfermaria, João Severiano; 2.º pavilhão — Osorio, 4.ª enfermaria, Bayma, 5.ª enfermaria, Mallet, 6. enfermaria, Argollo; 3.º pavilhão — Deodoro — 7.ª enfermaria, Enéas Galvão, 8.ª enfermaria, Cantuaria, 9.ª 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 Geral 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, 1.º 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 Romão Filho — Alferes José Eloy Pessoa — Antonio José Villa Nova — Major Jonathas Barreto, pelo Collegio Militar — Capitão Valerio Augusto Amorim Caldas — Dr. Oscar Antonio da S.ª Gradim — 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 — Candido 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 enfermarias 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 10ª, 11ª e 12ª 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 trance, 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 intemperies, mas aproveitall-os 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 notavel 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 ficherio 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 especiaes da Directoria, recebendo importantes melhoramentos; o gabinete de raios X tambem tem sido bastante aquinhoado; foi construido um amphitheatro para as sessões da Reunião dos Clinicos 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 inadiavel está para se edificar; melhoramentos de menor vulto e menos monta têm sido introduzidos no Hospital.

A Directoria pensa em reconstruir a 13ª 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 3ª Cadeira de Clínica Médica da Universidade do Rio de Janeiro, Instructor de Clínica Médica da E. S. E.)

Em uma das ultimas "Reuniões dos Clinicos 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 Mlle. J. Sifferlen, sobre "Spirochétose Meningée et Méningo-Typhus", trabalho em que colaboraram tantos pesquisadores e que mereceu da imprensa medica as mais lisongeiros referencias; isto, e mais o desejo de colaborar nos *Annaes do Hospital*, decidiram-me a publicar aquele meu antigo caso clinico. Demais, já tendo tratado bem mais de uma centena de tíficos, as particularidades deste caso foram taes — a clinica é bem a patologia da individualidade, como escreve Pende — que acreditei valia a pena a sua publicação.

* * *

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

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

acrescentar ou replicar aos autores francezes, 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 parasitarias, não sendo observado um só de espiroquetose, em qualquer das suas varias fórmas.

* * *

Trata-se do cabo enfermeiro, alumno da E. S. E., J. B. C. Sobrinho, com 23 annos de idade, branco, de olhos claros, micronormo-lineo ctenico. Informou o enf. Sobrinho o seguinte, ao baixar: ha já um mez approximadamente, sentia dôres na nuca e nas temporas, dôres que se exacerbavam com os movimentos. Nessa occasião teve calafrio e febre. Depois a febre desapareceu, mas a cephaléa persistiu, agora de predominancia nitidamente frontal, intensa, gravativa, profunda. Foi, nessa occasião, examinado por alguns dos clinicos do Hospital; a impressão delles é que se tratava de uma encephalalgia como a creou Fournier e, por isso, prescreveram um tratamento especifico, com um preparado de bismuto, em que se associam sal soluvel e insolúvel. O seu mal, comtudo, aggravado de hiporexia e insomnia e assim continuou por alguns dias, até que em 12 de setembro de 1934, á noite, teve novo calafrio, febre alta, vomitos e grande prostração. Foi examinado, então, por um dos nossos distinctos collegas do Hospital, que, deante daquelle quadro tão gritantemente meningeo, fez-lhe uma punção lombar enviando o liquido 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) — Liquido turvo, esbranquiçado, pequeno sedimento branco.
- b) — Elementos cellulares por mm^3 — 750.
- c) — Hematias por mm^3 — 40.
- d) — Predominancia 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 clinico da meningite, já muito nitido, só se realizou completamente após: a attitude em gatilho de espingarda, o signal de Kernig, o de Brudzinsky, a hiperestesia, o exaggero dos reflexos cutaneos, a risca meningitica, 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 inalteravel e alta a temperatura: 39,6.

Resolvi fazer nova punção para novo exame de liquor e, autorizado por uma conferencia medica com dois collegas do Isolamento, já certo que não se tratava de meningite meningococica, fiz 60 ccs. de sôro antimeningococico polivalente intraraquidiana e subcutaneamente. Tenho uma longa pratica 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 maxima de 20 ccs., tenho verificado reacções, mas não accidentes) queria aproveitar a sua acção inespecifica. Nas erisipelas, por exemplo, varios collegas me têm informado terem empregado o sôro antitetanico com mais resultados do que o sôro antiestreptococico e eu mesmo já verifiquei, varias vezes, no Pavilhão de Isolamento do Hospital, a veracidade dessa affirmação.

O facto é que, immediatamente após o emprego do sôro, o doente melhorou de modo consideravel. No dia 19, não sómente a síndrome meningitica havia cedido, como não havia mais nem a cephaléa, tão antiga e tão rebelde. (O tratamento durante o tempo da hospitalização, anterior ao sôro, foi feito com urotropina, electrargol, capete de gelo, etc.) Dahi por deante, a febre continua, a symptomatologia abdominal mal definida, o augmento 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 vaccinado 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 difficil obter-se resultado positivo.

Mas ha um facto interessante a assignalar. Só pensei na infecção typhica após o emprego do sôro antimeningococico, quando desapareceu a síndrome meningitica, permitindo o diagnostico da do-tienenteria; é verdade que, por occasião do 2º exame do liquor, eu já havia afastado o diagnostico de meningite por meningococos, mas se foi pedida novamente a sua pesquisa, appellando para culturas, é pela importancia que offerece 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, bacillos de Eberth, não tendo assignalado 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 experiencia com "meningo-typhus" não se limitou, contudo, a este caso. Antes d'elle já tinha tido um caso de meningite typhica, complicação que sobreveio no decurso commum da molestia, que felizmente tambem 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 clinicos 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., injectou 40 ccs. de soro 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 soro na veia, ficando então o doente sob os meus cuidados.

Vi-o no P.I. em profundo torpor, na attitude caracteristica de gatilho de espingarda, uma vez por outra soltando o grito meningitico. tachicardico, hipotenso, temperatura elevada. O resultado do soro antimeningococico parece foi satisfatorio, pois a melhora do paciente foi notavel, 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 dor de cabeça, occipital, sendo-lhe impossivel o mais ligeiro movimento. Teve calafrio e febre, tendo igualmente vomitado muito. Dahi por diante de nada mais se recordava, não tendo consciencia da sua hospitalização, nem da punção lombar realizada.

Por esta época foi visto em conferencia com o meu collega 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) ausencia de meningococos.
- c) presença de bacilos Gram negativos em grande numero a identificar.
- d) glycose — 0,63 ‰.

Identificação dos germens:

Bacilos moveis, Gram negativos, não fermentando a lactose, fermentando a glycose com gaz, aglutinando pelo soro *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.

* * *

Prefero narrar os factos, singelamente, a tirar conclusões e edificar theorias. Mais vale render-se á realidade do que ficar aprisionado nos tratados, certo que a soberana clinica 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 catedrático 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 Polícia do Estado do Rio de Janeiro, membro do Conselho Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro, membro da Academia de Sciencias e Artes Educativas da Federação de Professores do Estado do Rio de Janeiro, ex-medico legista da Polícia do Distrito Federal, ex-Presidente da Associação Medico-Cirurgica de Niteroy e da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Niteroy, da Escola de Saúde do Exército 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 órgão auxiliar das faculdades perceptíveis 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 *circumscripto* pelos quesitos que lhe são apresentados. Kraft-Ebbing, entretanto, aconselha que esses quesitos sejam propostos em linguagem clara, em termos intelligíveis, para evitar incursões em terreno vago e extranho ás interpretações. O perito descreverá com fidelidade tudo que vir e 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 Kofft, 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 affirmativas que desviam a Justiça para resultados innocuos. Tudo por falta de estudo previo da especialidade.

No meio medico-militar é o ensino de medicina legal descuidado. 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 difficuldades 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 póde commetter uma falha pericial por ignorancia, porque, como se expressam Tourdes et Metzquer, é desconhecer o que cada um deve saber.

É preferivel que o perito diga "não sei", e assim se aproximaria 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 descripção 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 Houllard D'Arcy. O perito deve ter uma idéa severa e precisa do dever pericial, porque, se não tiver uma experiencia especializada, por mais notavel clinico que seja, será um perito incompetente, na affirmativa de Nina Rodrigues. Como tecnico, o perito verifica o facto *secundum artem*, estabelecendo premissas, entrega após suas observações ao juiz, que, comparando as provas *secundum jus*, tira dellas 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, consequentemente, não ter idéas preconcebidas.

2º) Os casos aparentemente muito simples podem ser extremamente complicados.

3º) Olhar com attenção e ver bem.

4º) Evitar as theorias precipitadas e de-confiar dos arroubos de imaginação.

5º) Nunca formular conjecturas complicadas.

6º) Proceder com ordem e methodo que obedeça a um plano pre-estabelecido. Uma autopsia mal feita não póde ser recommçada.

7º) Ter sempre presente: "Tota medicina prudentia est".

A' esses conselhos additou Prager:

"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 affirmação 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-

teríamos 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 allí executadas têm sido apoiadas não só pelas autoridades jurídicas 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 recheada de bellos ensinamentos:

HERNIA ACCIDENTE

Os peritos abaixo firmados, nomeados pelo Sr. Dr. Juiz de Direito da 1ª 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 caado, natural do Rio Grande do Norte, residente á travessa... nº... na rua da... e bairro das Neves, individuo esse conhecido por todos os presentes como sendo o proprio. E' o examinando de regular compleição physica, medindo um metro e sessenta e tres centímetros de altura, pesando cincoenta e sete kilos e tendo de perimetro thoraxico noventa centímetros (Indices de Tartiere e Pignet quasi bons); as suas medidas craneanas accusam os seguintes diametros: antero-posterior, dezoito e meio centímetros, e biparietal, quinze e meio centímetros. E' portador de constituição psychica (1) relacionada com seu grão de instrução primaria e certa tendencia que vae ao limiar da olygophrenia, sem contudo deixar apreciavel esta modalidade psychopathica. As propriedades morphologicas e physio-psychicas conduziram Kretschmer a evidenciar as intimas relações existentes entre a constituição somatica, o temperamento e o character, estabelecendo por essa fórmula um estudo da constituição corporal. O

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

estudo dessa constituição corporal relaciona de qualquer fórmula 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 Nocarati. Interrogado, disse o examinando ser fogueista 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, sobre vindo-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 formar-se 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 submeter 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 expellido pela natureza do seu serviço. Posteriormente foi submettido 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 soallo deprimido e bordos engelhados e mais escuros, medindo tres centímetros 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 centímetros 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 commum aos operados em taes circumstancias. Na região inguino-crural esquerda, notaram os peritos haver no paciente uma dilatação do anel crural correspondente, apresentando ainda varicocele 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 vigôr. Hernia doença ou hernia accidente, uma vez que a legislação seja omissa nas determinações concausonaes, resulta sempre das condições habituaes do trabalho. O accidente, na expressão de M. Lebrét, é a lesão corporal provindo de uma acção subita de causa exterior,

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 ocasionar 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 affirmam Serre e Verhaegen, "o facto pelo qual o homem é victima de uma lesão corporal sobrevinda pelo trabalho ocasionando 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 inguinaes*) 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 capitulo 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 principio 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 fórmula 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. Biotypologicamente é um mesostenico de organização psychosomatica de accôrdo com o meio em que vive, sem, comtudo, 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

Revedo o auto de autopsia de J. D. P. de 12 de janeiro do corrente anno, constam da alínea 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 victima.

Uma das questões mais serias a ser resolvida pelos peritos, nos casos de suicidio por arma 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 difficil, que merece toda a attenção dos peritos e exige toda a sua sagacidade. Em regra, sabe o medico que a maioria dos suicidios é preparada por 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-juridica de local" com o "levantamento do cadaver". 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 Districto Federal e Departamento de Pesquisas e Investigações dessa Repartição Federal. A inspecção juridica do local daria, senão signaes certos, ao menos bastante provaveis do suicidio, homicidio ou accidente, uma vez que os elementos e tudo que circunvide o cadaver possam fornecer os dados primordiaes para as conclusões, tendo em vista tambem o confronto com a pericia necroscopica. Ainda revendo o laudo de autopsia em questão, na alínea 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 cadaver autopsiado uma bala que serviu para produzir as lesões lethaes. Seria possivel dar indicações sobre a arma que serviu ao acto pelo projectil encontrado? Sim; pesado, medido, levanta-se o numero de impressões helicoidaes 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 cadaver, para provir da arma encontrada com o cadaver, 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 digitaes na arma.

No exame necroscopico, a alínea 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 á 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 cahido empunhando a arma com a mão direita". Como estaria cahido o cadaver? Em decubito dorsal, ventral, lateral? Por informações colhidas verbalmente por um dos peritos, ao medico-legista do Instituto Medico-Legal do Rio de Janeiro que procedeu á pericia de local, obteve a descripção verbal de que o cadaver estava cahido 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 Instrução Judiciaria* que, em se tratando de armas de dimensões pequenas, poderia esta ser quasi empalmada, sendo o 2º chyroductylo sobreposto ao gatilho ou mesmo ao longo do cano, emquanto que a manobra de detonação poderá ser feita com o terceiro e mesmo quarto chyroductylo; o 1º chyroductylo 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 fórma, bordos, coloração ennegrecida, isso justificam, e dahi, provavelmente, em sendo dextro a victima, 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 chyroductylo 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 diagnóstico differencial 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 constata signaes de violencia, apresentando a victima uma ou varias feridas por arma de fogo caracteristicas de tiro dado a curta distancia. O tiro, via de regra, em pontos mais accessiveis 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 digitaes. 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 victima, visto ter sido collocada após a morte, quando o processo de rigidez muscular se inicia. O ponto essencial é que na arma as impressões digitaes são de outro que não a victima. São esses os conceitos de Midon.

No caso em apreço os elementos fornecidos pelo cadaver, submettido 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 remettido tão promptamente haja recebido a respectiva requisição. Quanto á pericia do local, foi ella procedida pelo Instituto Medico-Legal da Policia do Districto Federal, conforme conhecimento verbal que teve um dos peritos que firmam este parecer.

LAUDO DE PROJECTIL

Aos vinte e sete dias do mez 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 3ª 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 3ª 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 EFRACÇÃO 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 OBLIQUO 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 nomeados e pelas testemunhas referidas, que assistiram ao exame desde o seu inicio com-migo JOÃO PINTO DUARTE DOS SANTOS JUNIOR, enfermeiro de 3ª classe, servindo de escrivão, que o dactylographiei 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 mezes e 22 dias em virtude de condemnação 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 Districto do Municipio de Parahyba do Sul. J. F., tambem conhecido por "J. Gostoso", penetrando na residencia de D. C. M. S., onde havia danças, aggreddiu a foice quatro pessoas, vindo uma dellas, a de nome C. G. O., a failecer em virtude das lesões recebidas de J. F., constata-das 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 mezes e 22 dias de prisão cellu-lar como incurso no grau sub-medio dos arts. 303 (tres vezes) e

294, § 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, condemnado, cumpre sua sentença na Penitenciaría 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, tendo aprendido alli naquelle estabelecimento, tornando-se assim um individuo util a si mesmo.

O relatorio do Dr. Director da Penitenciaría 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 infortunio e promete acatar as determinações da lei se conseguir o livramento ora pleiteado".

Visitando em a manhã de 27 de março a Penitenciaría, foi meu proposito surperhender J. F. em suas actividades e relações naquelle Presidio. Com elle palestrando demoradamente, procurei esvrumar-lhe o intimo, estudando o seu psychismo através os "tests" que de qualquer fórma pudessem 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 maremas da vida, não ajuizasse, na época, do seu gráo de responsabilidade na sociedade, quer por defeito 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 possível, da visita feita, apreciar suas relações affectivas, submisão e obediencia e, sobretudo, o gráo de aproveitamento moral e intellectual durante a sua vida de presidiario. Trabalhador, empregou sua actividade em serviços externos, taes como no da reconstrucção 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 externamente em locaes de facil execução de plano fugitivo.

Na Penitenciaría 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 aproveitall-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 feitiço 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 grammado do "Foot-ball" em sua terra natal, marcou uma victoria para o seu club, gritando a assistencia o epitheto que sempre o tem acompanhado até 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 circunstancias peculiares á infracção da lei penal decorreram da pouca idade, etilismo, analfabetismo, condições de vida rude, sem noção do grau de responsabilidade, não descortinando, entretanto, perversidade positivada. Não revelou J. F. instinctos 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 mezes 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 apparatus physiologicamente bons sem offerecer, pelo exame clinico, qualquer ateração ao seu hygidismo. O exame psychico que he fiz traduz percepção, attenção, vontade, idéa, intelligencia integras, não revelando visões e allucinações ou outra phisionomia psychopathologica.

Voto, pois, pelo deferimento do pedido de livramento condicional, pleiteado pelo sentenciado J. F., condemnado pelo Jury da Parahyba do Sul a 11 annos, 9 mezes e 22 dias, tendo já cumprido mais de dois terços da pena, para que lhe seja concedida a liberdade vigiada, 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 phisionomia juridica do art. 294, § 2º da Consolidação das Leis Penaes, por haver o liberando morto a tiros de revólver, cerca das 8 horas do dia 4 de dezembro de 1931, a J. B., no interior de um botequim situado á rua da Boa 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 frivolos.

O relatorio do Dr. Director da Penitenciaria refere que o comportamento de A. F. M. ao ingressar na Penitenciaria foi satisfatorio, 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.

Continúa 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 aggreuiu 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 côr parda, de boa compleição physica, não apresentando desvios no seu somatismo.

Pondo-me em contacto com o liberando da visita que fiz no dia 21 do corrente, pude apreciar em A. F. M. um typo mesostenico 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 fórmula possam suavisar a sua situação social, bem assim nenhum peculio consta no relatorio apresentado, tornando-se por esta fórmula 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 possível que a therapeutica penal a que se submete 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 paercer unanime do Conselho).

INTRODUCCÃO 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 enfermarias 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 á pathologia especial dos ferimentos determinados por agentes vulnerantes particularmente violentos.

A pathogenia e a therapeutica das feridas por arma de fogo soffreram, comtudo, com a experiencia adquirida na conflagração euro péa, 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 características bem definidas que, si não a erigem em especialidade autonoma, precisam ser conhecidas dos cirurgiões, 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 cirurgiões de carreira, que tenham faculdade de iniciativa para se adaptarem ás circumstancias e conhecimentos especializados que comportem decisões baseadas na experiencia 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 organização e funcionamento do Serviço de Saúde em tempo de guerra constituem os motivos de applicação dos conhecimentos cirurgicos.

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 tecnica mais perfeita na guerra, os conhecimentos medicos propriamente ditos representam, sem duvida, os dados essenciaes, mas estes devem estar associados, no verdadeiro cirurgião militar, a uma cultura militar cuidadosamente preparada desde o tempo de paz. Essa cultura militar, reunindo as regras principaes que orientam a organização sanitaria em campanha, synthematiza os esforços, uniformiza e coordena o trabalho, disciplina a acção tecnica e, em rigor, constitue o corpo da doutrina tecnico-militar que vae presidir ás applicações da cirurgia á collectividade militar mobilizada.

A guerra não póde ser, portanto, uma escola de improvisação, mas uma escola de applicação. Os methodos, as technicas da cirurgia de guerra sendo, em principio, identicos aos da cirurgia civil, alcançam o ideal theorico da intervenção precóce na ferida de guerra segundo todos os processos da cirurgia moderna, presume sempre uma adaptação desses methodos e dessas technicas ás circumstancias creadas pelas hostilidades.

Para que o Serviço de Saúde se possa approximar desse ideal tecnico é preciso associar e conciliar essas directivas especiaes que presidem á sua organização intima e formam o cabedal tecnico-militar ás doutrinas consagradas pela cirurgia geral. Teremos assim uma série de noções particulares que, reunindo e congregando esses conhecimentos, methodizam as actividades da organização sanitaria na guerra e constituem a doutrina tecnico-militar e a doutrina tecnico-cirurgica.

1) Particularidades do traumatismo de guerra

Para que se possa bem interpretar os problemas da cirurgia de guerra e suas connexões com a organização 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 fórmula ogival ou ponteaguda, de calibre variavel segundo os exercitos. Ellas derivam, em geral, de dois typos fundamentaes adoptados em quasi todos os exercitos: a bala S, alemã, e a bala D, franceza.

A bala brasileira deriva da bala S, alemã, 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-

en, modelo 1919. A bala ogival O tem 12 grs. de peso, velocidade inicial de 720 metros e alcance de 4.000 metros.

Os efeitos vulnerantes dessas balas de fuzil ou de metralhadora sobre os tecidos humanos variam segundo numerosas condições — estrutura do projectil, resistencia e textura anatomica dos tecidos attintos, direcção e superficie de choque, mas principalmente, segundo a distancia de que se originam, ficando, assim, adstrictos á força vivificante que os anima. Dessa maneira, quando essas balas vêm de muito longe, podem determinar feridas com orificios de entrada e de sahida uniformes, praticamente não infectadas, e cujo prognostico e benéfico, desde que um órgão essencial não tenha sido atingido. Esse genero de ferimento havia sido o mais frequentemente observado nas guerras anglo-boer, russo-japoneza e turco-balkanica, tanto que se haenaltecido essas balas humanitarias que, immobilizando um combatente, não provocavam lesões mortaes ou muito graves.

As condições em que se realizaram aquellas guerras, guerras de movimento em que os antagonistas se conservavam a grandes distancias uns dos outros, justificavam o titulo de benemerencia desses projectis. Na conflagração européa, ao contrario, com o emprego intenso da artilharia, das bombas, dos engenhos de trincheira, houve uma imprevisita frequencia dos ferimentos por estilhaço, do mesmo modo que, com o advento da guerra de posição, os combatentes se hostilizavam a curta distancia.

Desses factos surgiu uma nova concepção da gravidade da ferida de guerra, gravidade que decorre, principalmente, das seguintes causas:

1º) — A velocidade das balas modernas, expressa na sua força viva restante, que, como vimos, é consideravel, produz, sobre o esqueleto, mesmo a 1.000 ou 1.500 metros, lesões do typo explosivo, muito em estudadas por Kratzfelder e Oertel. Os trabalhos de Von Coler e Schjerning mostraram, tambem, com a theoria da pressão hydrodynamica, como um projectil póde fazer explodir um órgão 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 trayectoria, podem fazel-o incidir pela culote ou pelo lado, modificando a direcção e a superficie de choque e acarretando lesões tambem do typo explosivo. A mesma gravidade se observa para os *ricochetes*, que deformam ou fragmentam as balas. Nos campos de tiro, 30 % das balas incidem no alvo após 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 ricochetear pódé occasionar o despedaçamento do projectil, separando-se o nuclear central da camisa de aço, que se fragmenta irregularmente, formando projectis secundarios.

A incidencia de uma maior superficie de choque, de parte de um projectil assim achatado, ou tornado irregular, são factores que também aggravam as condições do traumatismo, principalmente quando contraem um segmento do esqueleto.

Assim se prova que as balas modernas sómente são humanitarias quando provêm de grandes distancias e incidem normalmente sobre tecidos. Na realidade, seja pelos effeitos 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 typos 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 extranhos conduzidos pelo projectil.

Em summa:

A ferida de guerra distingue-se das feridas do tempo de paz pela maior gravidade das lesões, determinadas sempre por uma acção 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 extranhos 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 mesmas condições que depreciam o valor physico do combatente. O ferido de guerra é sempre um deprimido por factores physicos e moraes. A fadiga das longas marchas, a fome ou a alimentação deficiente, as intemperies reduzem as resistencias organicas do soldado. Doutro lado, o estado psychico do combatente, trabalhado pelas emoções da guerra, o perigo constante, a expectativa da morte, crêam um estado moral inferior, que Bertein chamou de "avant-schock", que facilita o desencadear de todas as complicações immediatas ou tardias que se podem succeder ao ferimento.

Essas condições pessoras tão desfavoraveis são ainda agravadas

outras circunstancias que só no ambiente das batalhas podem occorrer. O levantamento do ferido e seu transporte até á formação cirurgica onde será assistido, nem sempre pódé ser feito rapidamente, do mesmo modo que é impossivel o tratamento no local mesmo do combatente. Até chegar ás mãos do cirurgião que o assistirá, terá o ferido de guerra de soffrer transportes demorados, por más estradas, no desconhecido, muitas vezes, de vehiculos improvisados.

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 evoluir das complicações toxicas e infecciosas originadas da ferida.

III) *Condições de organização 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 formulas muito rigidas e ás concepções theoreticas por mais exactas que sejam, porque ellas são concebidas no ambiente da paz e para nelle 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 nos adaptarmos a presença do adversario e os imprevistos de que ella é capaz, 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 scientificos, deve, contudo, o Serviço de Saúde conservar o maximo de malleabilidade nas concepções puramente technicas ou na applicação dos principios de organização sanitaria.

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

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 resultou a necessidade de adaptação das regras da therapeutica cirurgica, á primeira vista rigidas e inmutaveis, ás exigencias das operações militares.

Vimos como o transporte de um ferido até uma formação real de tratamento é tarefa penosa, que tem a vencer grandes difficuldades logisticas, 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 approximar as formações cirurgicas de tratamento a uma distancia tal das linhas de fogo que annulle as difficuldades offerecidas por esse transporte; a mobilidade dessas linhas na guerra de movimento; a affluencia consideravel de feridos, são outras tantas difficuldades que emprestam á cirurgia de guerra uma caracteristica 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 cathogorias, visando uma distribuição logica segundo a gravidade e urgencia dos ferimentos.

Essa triagem cirurgica classifica os feridos em transitos, reteriveis e inevaluaveis, que, assim, pela gravidade de suas lesões, se beneficiam de um tratamento mais prompto, e encaminha os demais para as formações cirurgicas mais á rectaguarda que, fóra das ameaças do 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 accompanhar as fluctuações do exercito, nos seus avanços e recuos, ficando ainda nessas emergencias, a decisão cirurgica na estreita dependencia das operações militares.

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

Se as operações militares podem, em certos casos, dominar a technica 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, pôde 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,

razo maximo em que deve ser levada a effeito a intervenção precóce, que vae proteger o ferido de todas as complicações infecciosas futuras. Em consequencia, uma boa distribuição e ligação dos elementos de transporte e de tratamento será imprescindivel para que se possa attindir a esse ideal cirurgico. Póde-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 necessario encadear e consolidar todos os factores que para elle concorrem: o mecanismo das avaliações, uma correcta triagem cirurgica, um perfeito ajustamento das formações de transporte ás de tratamento, a sufficiente approximação dessas ultimas das linhas de fogo.

Póde 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 época, imaginosa e subtil para outras actividades especulativas, era coagida por subtilezas metaphysicas que a impediam de crear ou mesmo observar no terreno da sciencia experimental. A cirurgia era tida como simples arte manual e o cirurgião considerado um méro 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 cauterisação 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 cauterisação profunda, inutil e dolorosa, praticava nas feridas de guerra o debridamento a bisturi, seguido da ablação dos corpos extranhos 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 hacquebutes" 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 esphera da technica e da clinica, aperfeiçoando seus methodos de trabalho e aproveitando-se dos constantes progressos do aparelhamento material.

Mas a verdadeira escola da cirurgia de guerra foi a guerra curpéa. Com a modificação profunda que soffreram em todos os paizes do armamento, a tactica militar e a organização dos exercitos, o Serviço de Saúde transformou-se, visando novos objectivos, acompanhando as novas idéas scientificas e as concepções militares em curso.

Na previsão de uma guerra de movimento, em que os elementos de transporte deveriam, necessariamente, assumir uma consideravel importancia, todos os problemas de evacuação rapida dos feridos eram considerados como capitaes e constituíam as bases das previsões para o funcionamento do Serviço. A importancia consideravel dessas organizações de transporte sacrificava o aparelhamento das formações de tratamento, então desprovidas do material cirurgico indispensavel.

Com tal orientação, empenhou-se o Serviço de Saúde dos exercitos combatentes nos primeiros mezes da grande guerra. Os feridos recolhidos no campo de batalha eram evacuados o mais cedo possivel, passando, rapidamente, pelas ambulancias, onde recebiam apenas ligeiros curativos. Dizia-se que as ambulancias eram simples "armazens de estalagem e expedição de feridos" para o interior, onde grandes organizações hospitalares fixas os attenderiam.

O conceito da benignidade das lesões de guerra determinadas pela bala humanitaria e o desconhecimento da biologia da ferida, preconizavam o uso systematico do curativo individual antiseptico que, applicado pelo proprio combatente, seria capaz de, por si só, impedir todas as complicações infecciosas.

Essas concepções, que formavam a doutrina cirurgica de então, foram as responsaveis por espantosas carnificinas, que uma melhor apreciação dos factos fez desde logo evitar.

O Serviço de Saúde viu-se assim na contingencia de modificar seu systema de funcionamento, afim de attender aos imperativos de uma therapeutica inspirada em melhores razões scientificas.

A experiencia mostrava ainda que, ao contrario do que se julgava, era elevado o numero de feridos por estilhaço de granada, cujos effectos destruidores sobre os tecidos humanos emprestavam-lhe a maior gravidade, manifestada por complicações infecciosas agudas, rapidas e mortaes.

Por iniciativa de Marcille foi reconhecida a necessidade absoluta de operar os feridos no mais breve prazo, em ambulancias installadas proximas ás linhas de frente e dotadas de todos os recursos cirurgicos. O exito dessa conducta cirurgica activa e precóce foi uma victoria das novas idéas propagadas pelo cirurgião francez.

Ao mesmo tempo que a organização cirurgica do Serviço de Saúde se tinha modificado produziu-se, na guerra, um acontecimento tactico notavel: a frente estabilizou-se, iniciou-se a guerra de posição e essa estabilidade permittiu uma melhor installação das ambulancias, que se transformaram em verdadeiras organizações hospitalares de relativa fixidez.

Um segundo periodo na evolução da cirurgia de guerra é assignado pelo emprego dos antisepticos — o liquido de Dakin, o de Menger, o de Wright, o de Delbet.

Derivando do methodo de Carrel, surgiu a verdadeira concepção clinica da ferida de guerra, com o estudo bacteriologico das secreções dessas feridas por Policard, Foissy e Noel Fiesinger. Esse estudo bacteriologico mostrou que, ainda em pequena quantidade até á 6ª hora após o ferimento, a proporção de microbios vae se accrescendo rapidamente e que já na 24ª hora as feridas são infectadas de variadas espécies pathogenicas.

Os estudos biologicos mostram que duas noções são capitaes e que ellas 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 vulnerante.

A noção de desvitalisação dos tecidos foi um novo contingente de incalculavel importancia para a therapeutica. Realmente, a violencia de penetração do projectil destróe, instantaneamente, os tecidos a uma maior ou menor profundidade. Os tecidos traumatizados, os musculos especialmente, se decompõem em productos toxicos que se difundem no organismo. Assim, póde-se dizer que o ferido de guerra é um intoxicado, em maior ou menor grão, segundo a massa cellular desvitalizada. A mais alta expressão dessa intoxicação é, segundo Quenu, o choque toxico. A' desvitalisação juntam-se, immediatamente, germens pathogenicos trazidos pelos corpos extranhos — projectis, detrictos de roupa, etc., e que assim encontram um meio propicio ao seu desenvolvimento. Delbet dizia com razão: "a ferida de guerra é um verdadeiro cadaver posto na estufa."

Chegou-se enfim ao terceiro periodo, de Pierre Duval. Vozes autorizadas contestaram as vantagens do methodo de Carrel como tratamento exclusivo das feridas e alguns cirurgiões, em cuja primeira fila estavam Lemaitre, Gaudier, Rouvillois, Guillaume preconizaram um methodo ousado: a sutura primitiva. Por esse tratamento a ferida de guerra, toxica e infectada, é transformada em ferida cirurgica de tecidos vivos, com todos os meios de defesa dos tecidos normaes. Ella comporta dois actos distinctos:

1º — A excisão dos orificios do projectil, dos tecidos contusos, ablação dos corpos extranhos e uma hemostasia cuidadosa.

2º — A sutura da ferida.

Esse methodo, posto em pratica quasi simultaneamente nos exercitos francez e allemão, foi utilizado em 60 % dos feridos de guerra no

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

A noção da desvitalisação dos tecidos atingidos pelo agente vulnerante, meio de cultura favoravel á pullulação microbiana, conduzindo á indução clinica logica da excisão desses tecidos mortificados, á ablação dos corpos extranhos 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 dolorosa experiencia dos primeiros mezes da grande guerra, pôde o Serviço de Saúde formular as bases legitimas de sua organização. Destruindo o velho conceito da esterilidade da ferida de guerra, cahiu tambem na terra 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 precóce 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 estatisticas indicam que, no exercito francez, entre 4.000.000 de feridos, 2.052.984 foram hospitalizados nas diferentes formações de tratamento. Pois 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 effectivos a organização sanitaria em campanha excede os objectivos simplesmente prophylacticos que procuram conservar-os. Si preservar os effectivos é uma finalidade hygienica que a epidemiologia prevê na defesa das doenças transmissiveis ou evitaveis, já conhecida e applicada em todas as campanhas modernas, a recuperação intensiva desses effectivos — na qual a cirurgia de guerra tem um papel preponderante — é 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 especiaes adstrictas ás circumstancias 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 possivel, 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 aperfeçoados 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 responsavel pelos cuidados consecutivos."

Para attender a essas exigencias será, antes de tudo, indispensavel a preparação prévia, desde o tempo de paz, do pessoal especializado que, na guerra, irá assumir a responsabilidade do tratamento cirurgico dos feridos. Essa utilização dos valores e esse aperfeçoamento 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 instrucção especializada de modo que formem, com os da activa, num momento de mobilisação, um todo homogeneo e penetrado de uma mesma unidade de doutrina. Todos os problemas de execução e funcionamento encontrarão assim, na realidade de uma guerra, 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 mobilisação de todas as forças vivas de um paiz, indispensavel se torna a cooperação de todos os medicos na obra de assistencia aos feridos e doentes, mas integrada numa mesma ordem de idéas e dentro de um mesmo espirito de organização militar, presidido por uma orientação scientifica ajustada ás difficuldades ambientes.

Amparado em taes bases technicas, facil será ao Serviço de Saúde abordar os outros problemas que se apresentam á sua solução na guerra, principalmente as difficuldades 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, technicamente 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 attender ás responsabilidades que lhe confere a guerra: a conservação, a preservação e a recuperação dos effectivos.

BIBLIOGRAPHIA

- 1)—IMBRIACO — Du traitement des blessures de guerre dans le passé le future — *Giornal Med.* — 14-15. 1894.
- 2)—RECLUS — De la conservation systematique dans les traumatismes des membres. Congrès de Chirurgie — 1895.
- 3)—DELORME — 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 — *Journ. des Sciences Militaires. Análise nos Arch. de Med. Mil. T. XXX* — 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 — (37) *Congresso Allemão 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. 1903.
- 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 Thracia) — *Paris*, 1913.
- 16)—QUENU — Relatorios e communicações á Sociedade Cir. de Paris — Junho de 1915 a Jan. de 1916.
- 17)—GOSSET — Relatorio 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 cirugía 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'interpretation 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 evacuations des malades et blessés dans les armées en campagne — (Rapp. au 2eme Cong. Int. Med. Mil.) — *Roma* — 1923.
- 27)—DUGUET — Organisation des evacuations compte tenu des exigences irreductibles des necessités therapeutiques — (Rapp. au 2eme Cong. Int. de Med. Mil.) — *Roma* — 1923.
- 28)—DUGUET — Adaptation de la therapeutique chirurgicale aux diverses conditions resultant de la necessité de proceder à des evacuations — *Id. ibid.*
- 1)—CARLOS EUGENIO GUIMARÃES — Evacuation dans la guerre de mouvement — These ao IV Cong. Int. de Med. Mil. — *Varsovia* — 1927.
- 2)—MIGNON — Le Service de Santé pendant la guerre 1914-1918 — *Paris* — 1926.
- 3)—MARLAND — Le Service de Santé en campagne. (Conferencias na Escola de Estado-Maior) — *Rio* — 1922.
- 4)—MARLAND — Les blessures de guerre et la chirurgie pendant la guerre 1914-1918 (Conf. na Escola de Estado-Maior) — *Rio* — 1922.
- 5)—SOUZA FERREIRA — Considerações sobre problemas cirurgicos do funcionamento do Serviço de Saúde em campanha — *Separata da Revista Militar Brasileira* — *Rio* — 1928.
- 6)—SOUZA FERREIRA — Caracteristicos da guerra moderna e dados geraes sobre a cirurgia que lhe é applicavel — *Sep. da Rev. Mil. Bras.* — *Rio* — 1929.
- 7)—SOUZA FERREIRA — Dados technicos relativos aos ferimentos de guerra que condicionam a tactica sanitaria — *Sep. da Rev. Milit. Bras.* — 1931.
- 8)—SOUZA FERREIRA — Curso de cirurgia de guerra — *Rio* — 1930.
- 9)—JACQUEMART ET CLAVELIN — Le Service de Santé du temps de paix et du temps de guerre — *Paris* — 1929.
- 10)—SPIRE ET LOMBARDY — Précis d'organisation et de fonctionnement du Service de Santé en temps de guerre — *Principes de Tactique Sanitaire* — *Paris* — 1934.
- 11)—BERNARD DESPLAS — L'évolution de la therapeutique des plaies de guerre. (Conf. real. na Fac. de Med. de Paris). *Bulletin de l'Union Fédérative des Médecins de Reserve* — N° 3 — *Março* ue 1933.
- 12)—B. PAWLOWSKY — Evacuação e distribuição dos feridos, do ponto de vista cirurgico, conforme o Regulamento em vigor para o Serviço de Saúde na frente — *Lekarz Wojskowy (Polonia)* — N° 10 — 1932 — *In Bull. Intern.* — N° 11 — 1933.
- 13)—BRANOVATCHKI MILETA — O tratamento dos casos cirurgicos urgentes, nas primeiras linhas, na guerra de movimento — *Revista Yugo-Slava de Med. Mil.* — N° 1 — *Out.* — 1933.
- 14)—MARQUES PORTO — Tres mezes de cirurgia de guerra — *Rev. de Med. Milit.* — *Rio* — N° 4 — *Out.* — 1933.
- 15)—MARQUES PORTO — Indicações e contra-indicações operatorias nos ferimentos abdominaes em cirurgia de guerra — *Rev. de Med. Milit. t. N° 1* — 1934.
- 16)—BUTOIANO — L'évolution de la chirurgie de guerre — *Bullet. Intern.* — N° 2 — *Fev.* 1934.
- 17)—CORREA NETTO, ETZEL E CERRUTI — Cirurgia de guerra no Hospital de Sangue de Cruzeiro — *São Paulo* — 1934.
- 18)—COMOLLI — La cura ideale delle feriti lacero-contuse e loro equivalenti di guerra — *Giornale de Med. Milit.* — *Roma* — *Mato* 1934.
- 19)—Sanitaterich uber das Detsch Heer Deutches Feld und Besatzungsheer — *in Weltkrieg 1914-1918* — *Berlin* — 1934.
- 20)—SCHIKELÉ — Le triage medico-chirurgical (Conf. no Off. Intern. de Documentation Milit. (Grenade) — 1933.
- 21)—WEHRLI — O equipamento do cirurgião de campanha — *Atas Ciba* — 1935.
- 22)—ISTERIUS — Theoria e pratica dos antigos cirurgiões de campanha — *Atas Ciba* — 1935.
- 23)—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 — Bu-
tin Intern. — 1935.
- 55)—VON GAZA — Cuidados y tratamiento de las heridas y de los focos
de infeccion cerrados — 1926.
- 56)—TOUBERT — Les variations du Service de Santé dans la guerre
lon les variations de l'armement et de la tactique — Arch. de Med.
et de Ph. Milit. — T. CIII — Set. 1935.

BARREIRA HEMATO-ENCEPHALICA E NEURO-LUES

Pelo Cap. Medico Dr. Gabriel Duarte Ribeiro

(Chefe da 1ª Enfermaria — Neuro-psiquiatria)

E' bem conhecida e de ha muito commentada, em todos os grandes centros scientificos, a differença de composição existente entre o plasma sanguineo e o liquido encephalo-racheano. Este facto tem contribuido poderosamente para a indagação da origem do liquido sub-arachnoideano. Admitte-se, geralmente, que o meio liquido que inunda este espaço, ao mesmo tempo que enche os ventriculos e o ependimo, produz os plexos coroides — tecido differenciado da pia-mater, composto de cordões granulosos, muito rico de vasos sanguineos; muito embora, o processo de sua formação constitue objecto de discussão, achando uns e estas formações granulosas funcionam como verdadeiras glandulas, secretando o liquido, enquanto outros (Mestrezat) procuram comprehendel-o como um dialisado.

O mais prudente, entretanto, é aceitar o papel das formações coroides como um regulador indispensavel, encarregado de seleccionar no meio organico as substancias que devem apparecer no liquido encephalo-racheano. Justamente, esta função especifica de uma aparelhagem necessaria, situada no limite dos dois meios organicos, mereceu de Lina Stern a designação de barreira hemato-encephalica.

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

O liquido encephalo-racheano normal deve apresentar a seguinte composição: limpido crystalino, ligeiramente viscoso e alcalino ao turbaesol ou á phtaleina, densidade 1,0075, ponto crioscopico 0,58, extracto total 11 grms., cinzas 8,80, materias organicas 2,20, chloretos 7,30, glicose 0,55, albumina 0,10 a 0,20, azoto total 0,20, uréa traços, quantidade 125 a 150 grammas.

Muitas substancias mineraes e organicas gozam da propriedade de atravessarem a barreira hemato-encephalica, em condições normaes, e physiologicas. Entre estas, são sempre citadas o iodo, o bromo, o acido lacticilico, o alcool, o chloroformio, a estrychnina, 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-chimico mais extenso a natureza das substan-

cias capazes de transporem esta barreira physiologica, concluindo a especificidade dos anions organicos ou inorganicos, donde o maior poder dos crystaloides sobre os coloides e o insuccesso de certas me-
 ções, como o Salvarsan e os productos albuminosos, como re-
 therapeutico.

Adiante veremos os meios empregados para "forçarem" a barreira hemato-encephalica a se deixar transpor, para attingir os centros nervosos com os agentes therapeuticos.

Costuma-se investigar a maior ou menor resistencia da barreira hemato-encephalica á custa de indicadores. Mestrezat empregava o nitrato de sodio por via endovenosa, o que offerece a vantagem de ser innocuo, além de fornecer uma reacção corada, quando extrahido do soro. Kafka servia-se da safranina para o mesmo fim. Walter, recentemente, aconselhou o brometo de sodio por via buccal para determinar a seguir, no sangue e no liquido encephalo-racheano, fazendo diariamente 4,0 até o quinto dia, quando dava inicio á sua determinação por meio do colorimetro de Bürker. Obtido o numero em grande quantidade de bromo no sangue, dividia pelo que encontrava no liquido encephalo-racheano, chegando ao que chamava quociente de permeabilidade ou C. P.

Normalmente o C. P. deve estar na altura de 3, o que significa que no sangue deve existir tres vezes mais bromo que no liquido encephalo-racheano.

Nas clinicas psychiatricas (Walter-Jakob e Kollé, Günsburg, etc.) tem-se procurado aproveitar o C. P. para a diagnose entre lues nervosa (C. P. diminuido) e a demencia precoce (C. P. augmentado). Não se pode constatar, entretanto, uma differença essencial entre a lues nervosa e a tabes ou a paralyssia geral, o que seria um recurso ideal para a diagnostica da clinica. Na epilepsia, o C. P. costuma apresentar-se normal e, quando é surpreendido em decrescimento, deixa suppor a existencia da lues em actividade.

Parece que o gráo de permeabilidade das meningeas decorre, em parte, do estado de labilidade dos coloides do plasma. Precisamente o obstaculo offerecido pela barreira hema-encephalica á sua transposição está na dependencia de uma elevação da estabilidade do plasma.

Neste sentido é que se opera correntemente em clinica por meio da prova da sedimentação das hematias: a um accrescimento da velocidade 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 presença do complemento e do amboceptor no liquido encephalo-racheano nos casos de permeabilidade augmentada (meningites) ou só do amboceptor (lues-paralyssia geral).

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

encephalo-racheano, passemos a descriminar o conceito actual de syphilis nervosa e sua relação com este systema defensivo.

NEURO-LUES

Os centros nervosos costumam reagir differentemente á infecção syphilitica nos seus diversos estadios ou periodos, accusando ora simples alterações humoraes, ora o comprometimento de um dos elementos biologicos que entram na sua estrutura.

Na syphilis primaria, em plena evolução local do protosyphiloma, é excepcional o apparecimento de accidentes nervosos e psychicos. Não se observa, comtudo, que em plena efflorescencia do cancro venereo se possam surgir alterações somaticas e nervosas peculiares ás outras syphilides. Já tivemos oportunidade de observar um individuo moço e de constituição athletica que deu entrada na enfermaria em profundo estado confusional. Ao exame somatico salientava-se a presença de um grande cancro da glande e extensas syphilides cutaneas (algumas bronchodermas), em toda a superficie da pelle até nas palmas e plantas. O tratamento intensivo instituido conseguiu arrancar-o do estado de estupor, e o ponto de passar a interessar-se pelas funcções mais elementares, taes como a hora e a qualidade dos alimentos, e a governar os esphincteres; em embargo, não foi possível evitar a sequela demencial, que evoluiu para o quadro da paralyssia geral euphorica.

Na fase secundaria, com ou sem manifestações nervosas, o exame do liquido encephalo-racheano revela frequentemente alterações quantitativas e qualitativas (albuminas, assucar e chloretos augmentados e o apparecimento de globulos brancos). As estatisticas americanas accusam 20 % de reacções positivas (Fordyce).

Nas fórmas terciaria e quartenaria, torna-se mais justo e apropriado o designativo de syphilis nervosa.

Costuma-se dividir o aspecto clinico da neuro-lues em duas grandes partes, de accordo com o tecido primeiro ou predominantemente atingido: syphilis mesenchimatosa e syphilis parenchimatosa.

Esta divisão, em sendo arbitraria, talvez mesmo forçada, nem por isso deixa de offerecer grande interesse didactico.

As fórmas mesenchimatosas comprehendem:

a) meningo-encephalite e meningo-radicuites, quasi sempre significativas de uma reacção aguda dos tecidos mesenchimatosos á infecção syphilitica. Manifestam-se pelo apparecimento de desordens nervosas e psychicas irregulares (cephaléas, rachialgias, neurites e polyneurites, etc.) O exame do liquido encephalo-racheano accusa hiperalbuminose, leucocytose, pequena alteração dos chloretos e da glycose, reacção de Wassermann quasi sempre positiva.

b) meningo-vascular — O accommetimento dos vasos realiza fórmas clinicas especificas decorrentes da endo e da peri-arterite. Costu-

nam evoluir, durante muito tempo, discretamente (cephaléa, cansa torpor persistente e syndromes neurastheniformes), até que um factor concomitante — acção de frio, trabalho esgotante, alcool, etc. — sommar-se para realizar a endoarterite obliterante ou espastica, ad retardando o apparecimento dos grandes syndromes: hemiplegias, par plegias, aphasias, parkinsonismos, etc.; ás vezes, phenomenos de fó devidos á formação de gomas em zonas capazes de apresentarem quadro anatomico-clínico significativo.

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

a) tabes — quadro clinico muito vasto e variado: ataxias, hipertonia, perturbações trophicas, dores fulgurantes, osteo-arthritis, neurites opticas, Argyll-Robertson, etc. O exame do liquido encephaloracheano 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 chloroform abaixo do normal.

b) paralysisa geral — quadro clinico muito significativo nas fórmulas declaradas: neurite optica, signaes de accommetimento aos centros nervosos dando symptomatologia de fóco — disturbios dos reflexos tendinosos, tremores, disarthrias, tendencia á rigidez, delirios de grandeza, euphoricos ou phantasticos, ataques epileptiformes, perda de 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 apresenta um aspecto typico. Sob o ponto de vista da biotypologia clinica, parecem mais dispostos á tabes os asthenicos, displasicos, etc., quanto que os picnicos seriam antes predispostos á paralysisa geral.

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

d) paralysisa espinhal espastica de Erb — affecção systematica da via pyramidal, predominante nos membros inferiores — syphilis na anamnese — superveniencia de factores occasionaes (nemias, arterioesclerose, intoxicações habituaes ou professionaes) — evolução sob

na de paraplegia espastica com notavel exaggero da reflectividade e expansão da sensibilidade — quadro humoral tambem pouco significativo com R. W. positiva em pequena proporção.

CONCLUSÃO

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

Podemos aproveitar ainda este conceito para resolver e justificar o motivo das nossas actividades therapeuticas junto ás diferentes modalidades de neuro-lues. Convem aqui declarar que o methodo heroico figurado por Wagner-Jauregg, da malarisação dos paralyticos genetaes, está abrindo franca estrada para a generalisação, estendendo-se o emprego á quasi generalidade dos casos de neuro-lues, como proclama a evidencia inicial, desde que o estado somatico ou uma visceropathia satisfate não o contraindique, justamente pela grande virtude que se empenha esta aos agentes protozoarios de investirem contra a barreira hemato-encephalica, desfazendo as resistencias, o que equivale a dilatar a permeabilidade, augmentando a facilidade de communicação entre os dois meios humoraes, auxiliando, sobremodo, a penetração dos agentes especificos chymiotherapicos anteriormente empregados.

Além da malariotherapia têm sido empregados outros recursos para augmentar a permeabilidade da barreira hemato-encephalica. Os methodos americanos (Hall, Gallender, Holmblad, etc.) costumam introduzir sôro de cavallo ou soluções salinas por via racheana, para provocar a retenção e o augmento 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 corooides, o que ajudaria a penetração das substancias medicamentosas. Já foi tambem empregada a caseina por via lombar com identico intuito.

UM CASO DE DOLICOLON ILEO-PELVICO

Pelo Dr. Ernestino de Oliveira

Medico — Chefe de Enfermaria do H. C. E. — Docente de Clinica Cirurgica da Universidade do Rio de Janeiro — Prof. da Escola de Saude do Exercito — 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 symptomas, não deixa de ser um tanto raro o diagnostico do dolico colon. Certamente que muitas vezes passam despercebidos, mas é fóra de duvida que em geral os symptomas, apesar de numerosos, nem sempre conduzem, desde o inicio, ao diagnostico verdadeiro. Póde-se mesmo dizer que só com o advento da radiologia, nos ultimos tempos, é que a affecção se tornou mais identificavel, pois até ha pouco tempo confundia com outras perturbações dos órgãos abdominaes. Os estudos sobre este assumpto datam de muito. Primitivamente cingiram-se os anatomistas a verificar no cadaver apenas o comprimento do intestino, mas só os estudos realizados por Fleischmann em 1815 e Montrossi em 1820 é que fizeram a prova do deslocamento, por alongamento, dos colons. A esses autores seguiram-se Engell, Huguier, Wittner, Guber, etc. O trabalho de Trèves publicado em 1885 tornou-se classico pela abundancia de minucias. A observação de Walter em 1888 mostrou um cólon pelvico de 70 cms.

Mas verdadeiramente só com Mackenzie, Trousseau, Melchiori, Virchow, é que se inaugurou a era denominada por Chiray de *periodo cirurgico do dolico colon*. Estes autores publicaram casos de torsão da sigmoide em consequencia 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 affirmaram a importancia toda especial do alongamento do S. illiaco. Entre os trabalhos francezes do periodo cirurgico merecem destaque os ensinamentos de Roux de Lausanne, Forgue, Marfan, Lefèvre, Lelaive, etc.

Sem querermos nos deter demoradamente na historia do dolico colon, não poderemos entretanto deixar de assignalar o *periodo radiologico* desta affecção, que, póde-se dizer, foi o decisivo, pois permitiu um estudo completo, um estudo differencial perfeito. Referindo-se aos estudos do periodo cirurgico, Chiray, Lomon e Wahl dizem:

"En somme tous ces travaux ne considéraient l'allongement de certains segments du gros intestin que comme une disposition anormale 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 primeiro signalaram o aspecto radiologico do dolico colon. Mas o primeiro estudo de conjuncto parece haver sido feito por Lardennois e Aubert em 1914. Foram estes autores que crearam o vocabulo *dolico colon*. Depois seguiram-se as observações de Siciliano, Bélot, Beclère, Girault, Mlle. Reichenecker, Gaston Durand, sem esquecermos os estudos de Kantor, Murray, Larrimore, Hecker, Grunwald, Kammann, Muller, Slessinger, Busch, Zorzi, Strauss e muitos outros. Mas ha pouco Bensaude e Olivier Monod publicaram um trabalho folego sobre este assumpto.

"Cependant, le dolichocolon reste encore peu connu des medecins", 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 Alagôas.

Antecedentes hereditarios — Paes fallecidos de causa ignota. Não tem irmãos.

Antecedentes pessoais — Em criança, sarampo e varicela. Aos 10 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 mezes, vindo para a cidade, foi accomettido repentinamente por fortes dores abdominaes, na região epigastrica, sentindo calefrieza e tonturas, havendo perdido os sentidos. Soccorrido pela Assistencia Medica, melhorou com o tratamento que lhe fizeram. Tendo dado entrada no hospital para tratamento da blenorragia de que é portador, teve em 11ª Enfermaria (de Urologia) outra crise abdominal forte, que iniciou na região epigastrica e se estendeu em seguida a todo o abdome. Suores frios, vertigens, nauseas. Refere que vomitou uma substancia de côr escura, que não pôde precisar si tinha aspecto sanguinolento. No dia seguinte ao da crise abdominal, emittiu com as fezes um grande coagulo. Indagado sobre seu regimen de exonerção 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

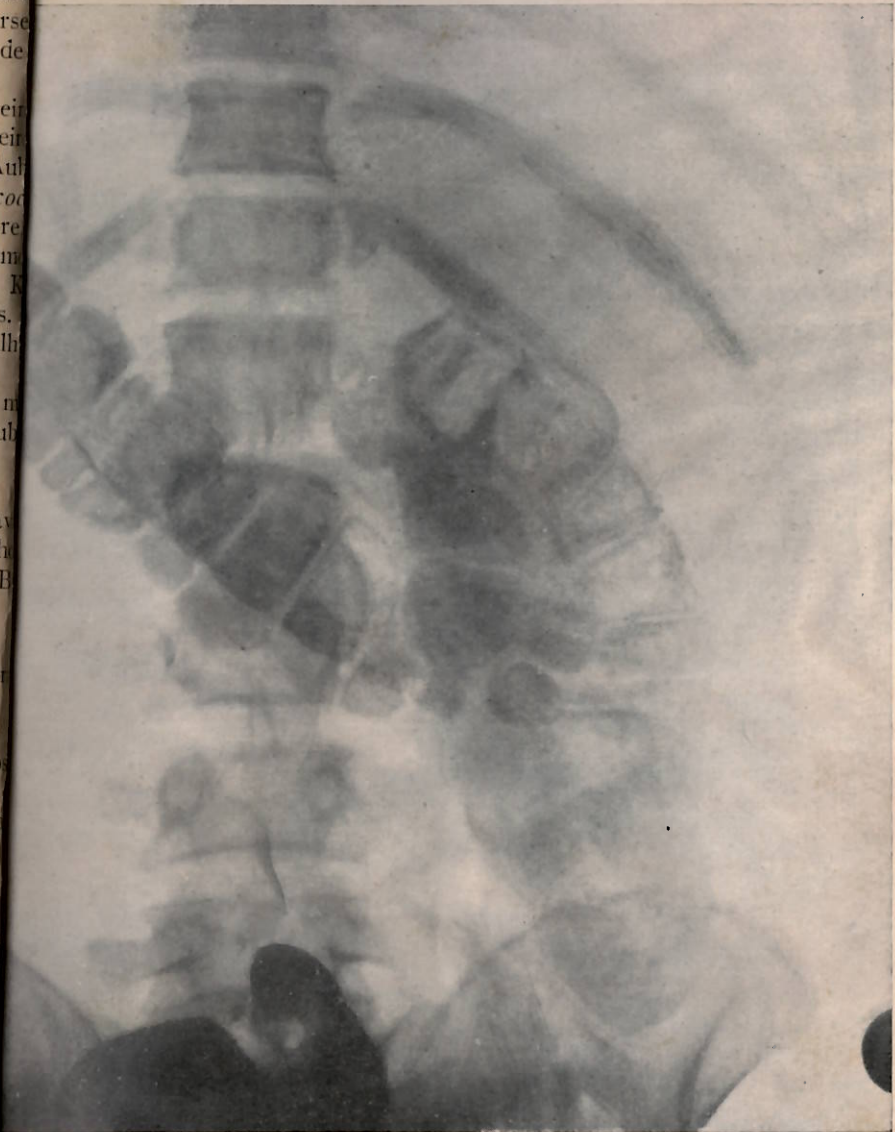


Fig. 1 — Radiografia mostrando o intestino cheio de ar em uma das crises dolorosas do doente. (Rad. do Gab. de Radiologia do H. C. E.)

apo 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^a), afim de melhor observá-lo. Realmente, ainda não havia corrido dez dias e já outra crise abdominal característica se apresentou. O inicio brusco, com séde no epigastrio e depois expansão pelo resto do abdomen. Ondas peristálticas na parede abdominal. Tenesmos rectaes. Nauseas. Timpanismo e ligeiro abaulamento. Crise com aspecto de occlusão intestinal. Repouso, medicação sedativa, e tudo resolveu rapidamente.

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

O doente referiu que antes de ser operado de appendicite soffreu 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 dôres, tanto na região umbilical quanto na fossa illiaca esquerda. Cordeão illeo-pelvica sensivel e cheia. Fígado com 16 centímetros na linha mamilar direita e baço perceptivel.

Exames dos outros apparatus, 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 radiológico da vesicula e da região gastro-duodenal nada revelou de interessante.

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

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

*
* * *

Consoante os autores mais modernos, o dolico-colon se caracteriza *tipicamente* por alongamento do intestino, quasi sempre do grosso, localizado mais vezes á esquerda; e *clanicamente* por um certo numero de perturbações digestivas, das quaes as mais importantes e mais frequentes são a *acrocolia* e as *crises dolorosas* abdominaes de typo espasmodico. Kantor acha que o dolico-colon é um intestino longo demais, impossível de se arrumar convenientemente dentro da cavidade abdominal. Zorzi, oppondo o dolico-colon ao mégacolon, considera apenas o alongamento sem o augmento do calibre da viscera. Mas, si levamos em conta que a extensão normal do intestino humano ainda não foi estabelecida com precisão, a definição de alongamento se acha um pouco enfraquecida. Entretanto, Curschmann pensa que o comprimento do intestino grosso é de 195 centímetros. Segundo Pudberg e Koch, a curva sigmoide mede 60 cms., o colon transverso 50 cms. (variando entre 30 e 80 cms.) e o colon ascendente de 10 a 20 cms. (Trèves, Auclair, Mouchet).

Autores como Chiray, Lomon, Traunzun e outros, affirmam que muitas vezes se deve considerar o paciente como soffrendo de dolico-colon, mesmo que ao exame radiologico e ao exame clinico não se encontram um alongamento e uma mobilidade real dos colons. Basta que esta disposição seja virtual, que o intestino esteja em possibilidade de se alongar, quando causas externas ou geraes venham concorrer para isso. Si estas flexuosidades e alongamentos são virtuaes e não reaes, é porque ellas 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 dolico-colon, Testut, Pierre Duval e outros obtiveram notas interessantes a acrescentar ao que já existia de classico. O *intestino terminal* ou colon illeo-pelvico é primitivamente rectilineo e está provido de um meso sagital. O desenvolvimento dos outros segmentos do tubo digestivo e a rotação das visceras abdominaes fazem volver para a esquerda o colon esquerdo e a primitiva face esquerda do seu meso torna-se posterior e põe-se em contacto com o peritoneo parietal. O meso do intestino terminal é então triangular (Jonnesco) com o vertice para baixo; sua raiz é vertical, pré-aortica e se detem, em bai-

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

E' por essa época que se dá a coalescencia 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 ha um fascia de coalescencia separando-os do plano retro-peritoneal. Este plano separa igualmente as arterias dos demais órgãos (ureter, vasos espermaticos, etc.) Mas existe uma porção do mesocolon pelvico que não adhere: — é a porção comprehendida entre a linha inominada e a terceira vertebra sacra. O adulto possui, pois, um *mesocolon pelvico*, que se insere na parede, por duas raizes, formando entre si um angulo quasi recto, aberto para baixo e para a esquerda: raiz *primaria*, vertical e média, que corresponde ao meso primitivo, e raiz *secundaria*, transversal, parallelá á linha inominada, correspondente ao ponto em que cessa a coalescencia do colon illiaco. Conforme esta coalescencia é mais precoce ou não se processa, e consoante a extensão do mesocolon, pôde-se considerar com Quenu, Duval, Claudius von Samson e outros, 4 typos principaes de colon illeo-pelvico (Fig. 4):

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

Isto no que respeita ao colon illeo-pelvico. 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 pelvicos, 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 referiram a anomalias de rotação, anomalias de migração, anomalias de descida ou de fixação, são muitas vezes fracas para explicar esta affecção. Crearam-se as *theorias physio-pathologicas*, considerando o dolicocolon como uma affecção adquirida, secundaria a perturbações de transitio intestinal total ou mesmo a inflammações coliticas. Marfan attribuiu ha muito certos alongamentos do intestino ás perturbações digestivas da infancia. Arbutnot Lane, Robin, Cauci, admittem mesmo que a estase intestinal chronica pôde determinar o apparcimento de alongamentos segmentarios do intestino. Outras theorias, como as de Lardennois, Aubourg, Kustner, Bélot e Feissily, Leclère, Duval e Roux, Alban Giraud, são da mesma opinião. Zorzi diz, ao contrario, que a colite e constipação, que se encontram muitas vezes nos casos

de dolicocolon, serão os efeitos de uma mesma causa ligada ás condições especiaes de inervação do colon. Chiray, Lomon e Wahl explanaram theorias interessantes. Para esses autores o dolicocolon se produziria como consequencia de *causas predisponentes* de ordem anatomica e *causas determinantes* de ordem physio-pathologica. Entre as primeiras encontram-se as persistencias anatomicas do mesocolon infantil, ou da falta de coalescencia 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 materias fecaes; ella está, pelo contrario, quasi sempre cheia de gazes, e o transitio ahí parece ser um pouco desigual. "E' o transitio anarchico" de Chiray, Lomon e Wahl. Para esses autores, a constipação que existe nos doentes de dolicocolon não é atonica, como se pretendeu, tanto assim que nos velhos raramente se encontra tal lesão. O dolicocolon é considerado por Chiray e seus collaboradores como dependente de uma perturbação funcional complexa da motricidade do colon. Para alguns autores essas dependencias seriam o resultado de um desequilibrio hormonal e funcional entre os diversos segmentos do tubo digestivo (Bayliss e Starling, Forsell, Alvarez, etc.), ou consequencia de perturbações no systema nervoso sympathico e para-sympathico, actuando por via reflexa sobre o systema nervoso autonomo. E' o caso particular de certas lesões de pericolite direita e de certas bridas peri-ileo-cecaes que parecem preceder por vezes o dolicocolon. Hurst e Frazer crearam ha pouco a neuro-cirurgia principalmente para o megadolicocolon. Dizem elles que esta affecção reside em uma falta de coordenação dos esphincteres devido á falta de contracção das fibras longitudinaes dos colons. Praticando a gangliectomia e a sympathicectomia lombar, os neuro-cirurgiões norte-americanos e inglezes acreditam que se possa restabelecer o mecanismo de coordenação, por isso que reduzem a acção inhibidora das fibras sympathicas sobre os musculos circulares do recto.

O systema sympathico envia fibras ao recto, seja pelo picxo mesenterico inferior — nervo hemorrhoidal superior e plexo correspondente — seja pelo plexo hipogastrico, com suas divisões superiores e inferiores; as primeiras acompanham a arteria hemorrhoidaria superior e as segundas os vasos hemorrhoidarios medios até o recto. Estas fibras constituem o nervo *inhibidor* do intestino. Sua excitação experimental provoca, em principio, a cessação dos movimentos intestinaes, com pallidez da mucosa por vaso constricção e secundariamente a vaso-dilatação do intestino. Parece, portanto, que sua secção, supprimindo a inhibição trazida á contracção, tanto circular quanto longitudinal do intestino, possa servir de processo therapeutico. Por outro lado, o intestino terminal recebe as fibras do nervo pelvico, 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 dyschronisação neuro-sympathica, que age como causa de valor no mecanismo determinante do dolico colon. Walter Mercier diz textualmente: "a hyperactividade do sympathico determina a achalasia, isto é, a falta de relaxamento dos esphyncteres com uma inibição do tonus e da motricidade das paredes intestinaes, de que derivam a estase fecal, o alongamento do musculo e a hypertrophia das paredes do intestino."

*
* * *

Da triade symptomatica caracteristica do periodo de estagio do dolico colon, constituida por — *constipação, aerocolia* e as crises *dolorosas abdominaes*, o primeiro é o symptoma basico. Podendo se apresentar sob os aspectos mais diversos, quanto ao tempo, á 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 occasiões o repasto baritado é esvasiado rapidamente em parte, ao passo que a outra porção só se evacua 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 abahulamento 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, contudo, dizem que essa aerocolia, dando o aspecto de tubos de orgão, é encontrada nos casos em que o dolico colon tenha uma dilatação — megadolico colon. Esta aerocolia pôde ser até percebida pela palpação, dando ao ventre do doente uma resistencia elastica. Comummente encontram-se colicas gazosas, que não são especiaes ao dolico colon. Para Lardennois, esta aerocolia é devida á aerophagia, enquanto que para outros é devida principalmente a uma retenção anormal dos gazes intestinaes, quer resulte de um obstaculo á sua evacuação, quer seja o corollario de uma perturbação na absorpção. Para autores como Fries, Kato, Zunz e Tache, e Kantor, maior percentagem de responsabilidade da aerocolia cabe á falta de absorpção intestinal, por perturbações vasculares resultantes de torções, flexões, elongações, etc. Chiray chega a dizer: "mais la gêne de la circulation des gaz nous paraît plus importante que celle des matiéres".

As crises dolorosas abdominaes se apresentam como dôres irre-

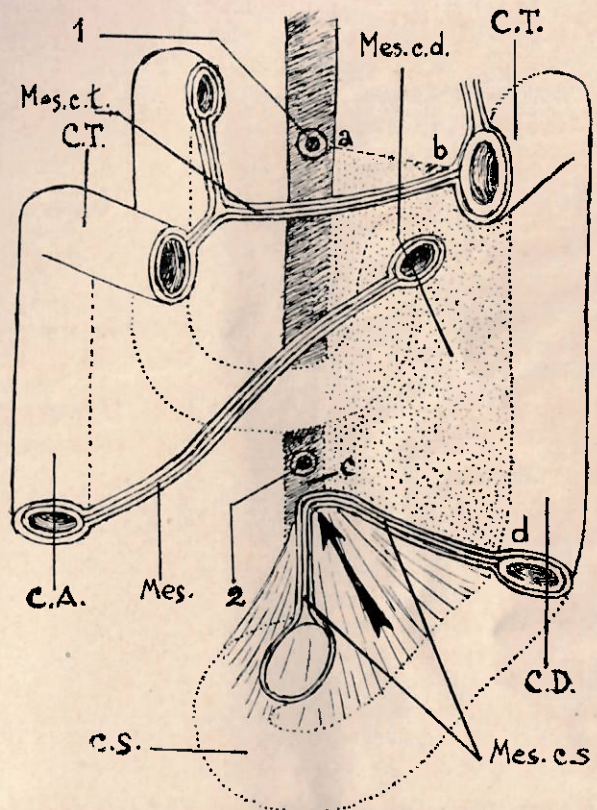


Fig. 3 — Coalescencia do mesocolon descendente. Raizes do mesocolon sigmoide (Testut-Latarjet. 1 — mesenterica superior. 2 — mesenterica inferior. C. A. — Colon ascendente. C. T. — Colon transversus. C. D. — colon descendente. C. S. — Colon sigmoide. Mes. c. t. — Mesocolon transversus. Mes. c. d. — Coalescencia do colon descendente. a, b, c, d — seus limites. Mes. c. c. — mesocolon sigmoide. A fecha penetra na fossa intersigmoide.

gulares, localizadas inicialmente na região peri-umbelical, às vezes na fossa illiaca direita, outras na fossa illiaca esquerda. Aparecem de repente, a intervallos inicialmente espaçados até de um ou mais annos, e depois augmentam 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 póle dizer que ellas sejam características, 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 oclusão intestinal, mas actualmente a opinião geral é que, si estes phenomenos de oclusão podem ser dolorosos, as crises dolorosas do dolicocon são antes o resultado de elongação dos plexos intra-mesentericos. Chiray e Lomon acham essas crises abdominaes devidas ás flexões das alças em certos estados de subocclusão, 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 difficuldade 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 dolicocon. "Le diagnostic anatomique du dolichocolon est affaire de methode et d'instrumentation, et parfois même, il faut bien dire, une affaire d'interprétation", dizem Loeper 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 dolicocon. Torna-se necessaria a administração de um clyster opaco, até com certa pressão, afim de dilatar as alças e fazel-as tomar a posição commum no ventre. Mas tambem a prova do transito, permittindo-nos encontrar as imagens em grinalda de colons amplamente recortados no filme radiographico, 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. Nós casos em que existem flexões as imagens se apresentam de maneira differente. "A radioscopia feita durante a administração de um clyster opaco e completada pela radioscopia, constitue um meio rapido e seguro de reconhecer o dolicocon." A vantagem da radioscopia durante a lavagem reside no facto que se póde verificar os espasmos devidos á colite, os quaes são causa do refluxo do liquido injectado. Em geral os dolicocons se mostram muito tolerantes.

Alguns intestinos têm uma capacidade surpreendente e toleram sem dôr dois ou mais litros de clyster. Quanto ao exame radiológico nos momentos do volvo ou crises de oclusão, é fóra de duvida a sua importancia.

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

A clinica do dolicocon, 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 dolicocon: o *dissimulado* e o *complicado*.

Os *dolicocons dissimulados* são os que existem por traz de uma cortina constituída por outra affecção importante, que immediatamente chama a attenção do clinico. E' o caso, por exemplo, do nosso doente, que baixara anteriormente ao hospital para ser tratado de uma crise de fossa illiaca direita, diagnosticada como crise de appendicite, mas cujo appendice, retirado, apesar de mostrar lesões positivas de inflammação, estava longe de justificar o quadro clinico tão intenso encontrado.

Os casos de *dolicocons complicados* são os de ha muito tratados como tal affecção, mas em que posteriormente se encontra uma outra doença capaz de explicar ou pelo menos justificar um certo numero de symptomas. Os doentes pertencentes a esta categoria, tratados convenientemente, melhoram do dolicocon, verificado radiologicamente, mas continuam a apresentar quasi a mesma symptomatologia. Nestes casos o dolicocon "monopolise l'attention, si bien, qu'on lui attribue tous les symptomes produits par une autre maladie". Chiray relata o caso interessante de uma moça, com um dolicocon pronunciado, com crises abdominaes paroxisticas, que mais tarde foram verificadas como consequencia de uma ptose renal esquerda, com flexão e dilatação do uretér. O caso de Chêne reporta-se a um paciente com ulcera de estomago, mas cuja symptomatologia foi attribuida a um dolicocon descoberto precocemente.

Ha tambem, ao contrario, outros casos de dolicocon que evoluem durante uma vida, sem serem conhecidos, por causarem perturbações minimas. São, como se poderia dizer, *dolicocons 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 trouverent si saines qu'il y eut bien de juger qu'il aurait passé le siècle de sa vie, à leur 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 coprológico, exame das regiões gastro-duodenal e hepato-biliar, etc.,

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

*
* *

O clinico deve fazer o tratamento inicial, limitando os alimentos que deixam muitos residuos farinaccos, cellulose, etc. Os melhores alimentos para esta classe de doentes são os mucilaginosos e os albuminoides. A correcção do dynamismo intestinal pela administração de lavagens oleosas ou com glicerina 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 parasitaria parecendo concorrer para a producção do dolicocon, convem fazer o tratamento anti-verminotico especifico. No nosso doente o tratamento clinico não deu resultado de grande monta. Melhorou o estado geral ligeiramente, melhorou o estado local, mas as crises abdominaes continuaram cada vez mais intensas.

O tratamento cirurgico, agindo sobre as valvulas — tratamento indirecto — segundo Delbet, Baudet, Maucliare, parece não offerecer grandes perspectivas de cura. A dilatação do anus foi tambem aconselhada por muitos autores, entre os quaes se pôde citar Hurst e Lardon consolidar todos os factores que para elle concorrem: o mecanismo das evacuações, uma correcta triagem cirurgica, um perfeito ajustamento das formações de transporte ás de tratamento, a sufficiente dennois. O caso interessante de dolicomegasigma publicado por Calazans Luz e João Figueiredo Barata, demonstra como a reconstituição de anus pôde conduzir á cura, ou pelo menos á melhora, do paciente. Modernamente Wade e Royle, Hurst e Adson se tornaram partidarios da neuro-cirurgia no tratamento do dolicocon. A ramiseccção lombar, a gangliectomia lombar (2º, 3º, 4º e 5º ganglios lombares) bilateral parecem ter dado alguns resultados. A secção do nervo pelvico tambem 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 tambem se tem tido o inconveniente de, no homem, assistir ao desapparecimento da ejaculação.

Quanto ao tratamento cirurgico directo do dolicocon, 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 sigmoide-peri-sigmoideite. 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 illiaca esquerda. Lefèvre, Seille, Pauchet, Schlesinger e outros mostram-se ao contrario francamente intervencionistas.

Pensamos que não se pôde ser radical em materia de tão elevada importancia. Sempre que o estado do doente comportar, convem insistir no tratamento clinico, 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 soffredora, é que se poderá resolver a propor uma intervenção cirurgica directa, a qual de resto nem sempre é destituída de perigos. Verdade é que os perigos são menores desde que se opere no intervalo das crises, sem estar o paciente na phase de sub-occlusão. Porque, si não aproveitarmos essa oportunidade, seremos muitas vezes conduzidos a fazer a intervenção numa phase de occlusão intestinal, com os intestinos dilatados, cheios de gazes, etc.

O nosso doente foi submettido ao tratamento medico enquanto possível. Mas suas crises abdominaes passaram a se repetir com maior frequencia, o desanimo se apossou do doente e por duas ou tres vezes o encontrámos em phase de sub-occlusão intestinal, que foi delibada por lavagens intestinaes e administração de chloreto de sodio em solução hipertonica. Resolvemos então fazer o tratamento cirurgico num periodo em que o paciente se apresentava ainda em boas condições. A intervenção a dar preferencia é a colectomia segmentar. "La colectomie ségmentaire 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 (Keybard, Baum, Volkmann, Reclus, Miculicz, Paul, Hartmann, Quenu, Henri Guinard e Merz, Senèque e Milhiet), em um, dois ou tres tempos, confessamos que nos sentimos embaraçados. A cirurgia do intestino grosso, muito grave, muito difficil, deve merecer do cirurgião cuidados especiais, mas devemos concordar que o cirurgião é muitas vezes tentado a fazer a intervenção em um unico tempo, si bem que os autores classicos a aconselhem em dois ou mais tempos. A colectomia esquerda se nos apresenta de gravidade especial, principalmente em se tratando da cura dos tumores neoplasicos, das reseccões intestinaes em estado de occlusão. Mas, si encontrarmos um intestino solidido, 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 encontrados. Quando operámos o nosso doente, pretendiamos fazer a colectomia em dois tempos. Mas ao exame local das visceras, da porção intestinal a reseccar, das possibilidades de uma solida anastomose termino-terminal, resolvemos mudar de tactica operatoria e ficámos satisfeitos com o resultado. Realmente, a cirurgia já não é mais uma collecção de qua-

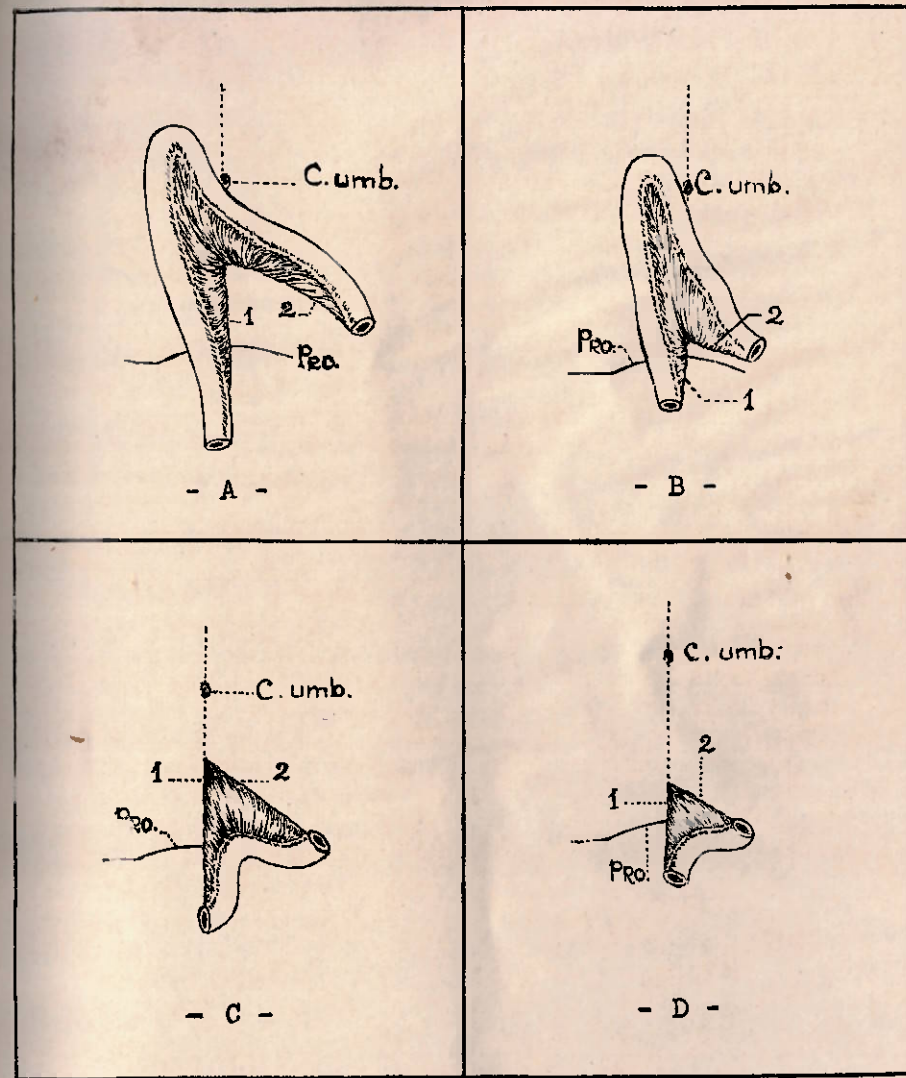


Fig. 4 — Disposição do mesocolon pelvico segundo nível de inserção Duval). C. Umb. — Cicatriz umbelical. 1 — raiz primitiva. 2 — raiz secundaria. Pro. — promontorio.

dros rigidos. Ao se fazer o exame de uma lesão, teremos, para tratá-la, muitos processos, muitos meios, que todos podem offerecer as mesmas possibilidades de exito. A nossa habilidade deve residir em saber escolher, com criterio, entre elles, o mais adequado á solução do problema apresentado.

Fizemos a colectomia esplenica em um tempo, com entero-anastomose termino-terminal, em tres suturas: a primeira total, a segunda sero-serosa e a terceira de reforço, ainda sero-serosa e com epi-ploopiastia. 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 technicas interessantes publicadas no *Journal de Chirurgie* de Agosto de 1935 e de Fevereiro de 1936. São praticamente colectomias em um tempo, porém com exteriorisação da alça. Na primeira, a technica de Senèque e Milhiet, depois de feita a colectomia, a exteriorisação é realizada pela passagem de dois pontos de catgut fino nos agulhos da incisão e a serosa intestinal a 4 cms. da anastomose. Completa-se a exteriorisação por meio de duas laminas de gaze introduzidas lateralmente. O curativo é feito collocando-se sobre o intestino gaze com vaselina esterilizada.

A technica de Pierre Goinard e Herz é talvez mais agradavel ao doente. Fazem elles a enteroanastomose sub-total, deixando um orificio para a passagem de um dreno. Suturam o peritoneo parietal ao peritoneo visceral da alça anastomosada e depois fecham a cavidade, tendo assim excluido a anastomose. Posteriormente retiram o dreno e suturam a fistula cutanea, si alteração alguma não appareceu. Esta technica, comquanto mais agradavel ao paciente e mais segura, parece, comtudo, de execução um pouco mais difficil. No nosso caso, fomos tentado a fazer a sutura primitiva e a reduccção directa da alça bem suturada no interior do ventre, porque o aspecto local se nos apresentou como muito favoravel, e disto não temos que nos arrepender.

Quanto ao tratamento cirurgico das complicações (volvulo, sigmoidite, peri-sigmoidite, etc.), elle varia naturalmente de accordo com as lesões encontradas e é subordinado ás normas geraes de tactica operatoria moderna.

BIBLIOGRAPHIA

- Bensaude et Monot* — Le dolicho-sigmoide, 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 dolichomegasigma — 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. Lucalle* — Arquivos Espanoles de Pediatria — 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 Surgary, t. XXXVIII, Ste, 1928 — pag. 479-498.
- G. A. Mertola* — Terapeutica do dolico colon — Hospitales Argentinos — Agosto de 1934.
- Kantor* — A clinical study of some common abnormalities of the colon. The redundant colon — Ann. Journ. of Roentg. and Radiumtherapy — t. XII, n. 3, Nov. 924 — pag. 414-418.
- Leriche* — Symptômes et traitements du dolichocôlon — Lyon Chir., 1935 — Set. e Out.
- Loeper et Tausun* — 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., Éditeurs).
- L. Velasco Blanca e D. Fuchs* — Semana Medica, Maio 935, pag. 1359. — Dolico colon 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. 337.
- Pierre Goinard et Henri Merz* — (Rapport d'Ockynzick) — 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 sigmoide — 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 esplanation of the technique and results of operation — Med. Journ. of Australia — 1927, t. I, pag. 137-141.
- Genève et Milhiet* — Traitement chirurgical du dolichocôlon, en particulier par le procédé de la résection en un temps avec suture termino-terminale extériorizé — Journal de Chirurgie — Agosto de 1935, pag. 187.
- Walter Mercier* — Hirschsprung's disease. The report of a case treated by lumbar ganglionectomy and ramisection — Edinbourg 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. B.)

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-psychiatrico pela J.M.S. da Directoria de Saude da Guerra. Individo de compleição forte, corado. Dentes em mau estado. Lingua com enducto saburral. Não abusa de fumo, nem accusa antecedentes alcoholicos. 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 collapse cardiaco, após "delivrance", sem saber com que idade. Conheceu tios paternos e maternos, todos fallecidos em idade avancada, 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 amarella. Não conheceu nem um dos avós. Refere a existencia de uma irmã por parte de pae, tendo terminado os seus dias num manicómio; 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 cancrios venereos, adenites e rheumatismo. Pleuriz secca em 1917, tendo passado mal nessa época; diz-se curado dessa enfermidade. Ha tres mezes 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 aparelhos — Apparelho digestivo — Maus dentes. Lingua com saburra. Não é disphagico, nem constipado. Pyrose accentuada. Apparelho respiratorio — Respiração rude, mórmente nos apices. Apparelho circulatorio — Tachicardia. Pulsações radiaes: 100 por minuto. Apparelho genito-urinario — Sem novidade. Systema nervoso — *Reflectividade* — Patellares exaltados. Achileus — Presentes. Abdominaes e cremasterinos — Apagados. Sensibilidades, nas suas modalidades — Presentes. Sentido estereognostico — Diacoci-nesia — Presentes. Ligeiro grau de dysmetria. Accusa o Romberg sensibilizado e forte agripinia.

Exame psychico: Não póde atravessar uma praça nem iogares escuros, estreitos e fechados (agarophobia e claustrophobia). E' incapaz de olhar para a rua, já de um terceiro andar. Sente-se mal, angustiado, com vontade de precipitar-se ao solo. Sente-se tambem incapaz de tomar um elevador. Sonha muito. Sonhos angustiosos, terrificos e mesmo voluptuosos, seguidos de poluções. 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 conduzi-lo 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 occasiões em que se sente bem; mas de repente, tudo muda. Desconfia que a alimentação lhe faz mal; acha que soffre de angor-pectoris (*sic*). Dóe-lhe o estomago, a garganta, tem pontadas na fosse illiaca 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-erotivo. Distimico, revelando um temperamento ciclotimico. Preoccupa-se com tudo. Tem phobias e medo injustificavel. Desconfia de tudo, até das pessoas com quem tem relações de amizade; se essas creaturas estão ou não aborrecidas comigo, 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 commandante 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, comtudo, 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 mezes) com therapeutica persuasiva e talvez mesmo a psychanalyse, seguindo-se qualquer medicação que o caso comporta no momento presente.

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

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

EM TORNO DE TRES CHOLECYSTECTOMIAS

Pe^{lo} 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^a 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 razao de minhas cholecystectomias e exponho os resultados completos obtidos.

Contribuo, assim, para a commemoracao de anniversario deste Estabelecimento, com a satisfacao plena dos que, com esforco 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^a enfermaria, apparecidos 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 localisada, 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, tinhamos uma vesicula hypertrophica, e na outra, uma vesicula tendendo a atrophica, factos estes, que, com a cholecystite aguda, de infecção secundaria, confirmam a classificacao ainda hoje acceita, no tocante ás lesões do reservatorio natural da bilis.

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

figado (Lejars), o que aliás nos difficultavam as adherencias, encontrámos liquido 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 preoperatorios 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 percaina 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 postprandiaes, sensação de torsão de viscera no hypochondrio direito e irradiação duodeno-gastrica.

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, mascararam 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, fórma 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 accordo com o mestre, azuladas, delgadas, com bilis de odor fetido, inflammas, 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 exacerbação bactericida do figado, cujos elementos são eliminados pelos canaes biliaes; diz que a pedra surge na vesicula, após inflammação, consequente estase biliar e precipitação de saes desta; localisa a formação principal dos calculos no hacinete e diz mais que os calculos do choledoco vêm da vesicula.

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

De facto, nos casos deste trabalho, a repercussão foi localisada, 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 propria 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 catarrho 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 diagnostico de lithiase.

Carnot avançou a hypothese de neoplasia das vias biliaes, 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 difficil 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 lithiasas do choledoco, com ictericia, existe febre.

Os accessos febris desta são intensos, raramente continuos e apresentam, depois de alguns dias de grandes ascensões 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 Allemanha, existem mais de dois milhões de cholelithiasicos.

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 aparelho 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 lethaldade.

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

A ictericia, conforme o crescente de sua manifestação, augmenta parallelamente a cifra de lethaldade nas intervenções de cholecystectomias ou cholecystotomias.

Muitos aconselham a não retirada das vesiculas atrophadas.

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 oclusão 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 tarados.

A cholecystotomy faz-se: a) quando não ha crise aguda de cholecystite; b) quando aparentemente 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 supprimir 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) vertebrae dorsaes de 9 a 11; c) centro da decima primeira costella, por traz; d) angulo inferior escapular; e) musculo deltoide direito; f) inserção claviclar 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 supportada na região hepatica, nos casos doentes.

O signal de Ramond, com sua submaciszez 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 conformê 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 ahmentação leve, são atacados de colicas, como o nosso terceiro caso.

E' difficil 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.

Póde haver bradycardia sem ictericia.

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

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

Chauffard opina pela hyperchloxydria na doença recente.

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

O symptoma cardeal da oclusão 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) póde 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 ((Wincler e Tietze).

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

O carcinoma da vesicula é secundario a uma cholecystite chronica.

RESENHA DE PHYSIOLOGIA NORMAL E ETIOPATHOGENIA DAS VIAS BILIARES

Para comprehensão perfeita da estase da bilis na vesicula e das alterações inflammatorias 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 diaphragma, 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 (cavallo, rata), outros

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

A bilis segregada ou vae 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 figado.

A funcção mais importante do figado 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 hygido, Mann provou que, apesar da sua localização 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 harmonica da hypophisina.

Adler acha o primeiro estimulo se dar no figado, secrecção, e que esta vae expulsar a bilis em reserva na vesicula.

O choledoco tem um grande poder de concentração, cousa 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 Friedrich, parece dar replecção 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 germen do intestino para o choledoco; b) eliminação dos germens pelo figado (por ser a via provavel em todas as enfermidades que se acompanham de bacteremia); 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 Edelman accusam o staphilococco como factor da infecção intra-parietal, mas Rosenow diz que são os streptococcos os responsaveis pela alteração parietal encontrada.

Os coli-bacillos 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 augmentou os casos de cholecystites e calculos (Mayo).

A discolia parece favorecer ás enfermidades das vias biliares.

O factor principal das lesões das vias biliares é o desequilibrio do metabolismo basal.

As cholecystopathias evoluem, pois, para a chronicidade imperceptivel ou o estado doloroso, com surtos espaçados, acompanhados de aerophagia, eructações, expulsão de gazes pelo anus, com constipação ou diarrhéas, ás vezes, (diarrhéa biliar dos francezes).

Na fórma chronica se manifestam os symptomas gastricos geraes (plenitude, pressão, peso, gazes e angustias); existe tambem periodos de euphoria.

Nesta fórma, vezes ha que se instala "a vesicula fraise"; de estas tase de crystaes de cholesterina, formando pequenos corpos brancos (cholelithiasis e cholesteroses).

A cholesterina vem do figado, porém pôde vir da mucosa da vesicula, e até hoje não se conhece convenientemente seu metabolismo.

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

ANOTAÇÕES DE PERIODO PREOPERATORIO

Gosset, além dos exames clinicos, das pesquisas de laboratorio, 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 hepatico, calcio, sôro glycosado adrenalinado em conta-gotta rectal, lavagens do estomago com bicarbonato — prova de Crille, não afasta o emprego da vaccina anti-pyogenica.

O regimen dietetico apropriado, tendente a conservar normas pH, RA, uréa, glycose e outros elementos do sangue, faz-se indispensavel, como tambem não se deve esquecer o estudo do emunctorio renal.

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

Pauchet acha que se deve tirar todas as vesiculas infectadas e com calculos, apenas fazendo restricção para os diabeticos, obesos e azotemicos.

O doente branco é considerado optimo, e o amarelo pessimo.

A anesthesia chloroformica, que lesa a cellula hepatica, e a pelo

ether, que augmenta a uréa no sangue, podem accelerar as complicações nas cholecystopathias.

A therapeutica, que pôde ser interna ou cirurgica, 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 stricta; jovens = intervir sem vacillação.

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

As probabilidades de cura, dificeis de ajuizar, pelas multiplas reacções organicas individuaes, depois das operações dão 57 % (Blacklock) e 80 % (Schmidt).

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

O prognostico depende da cholecystopathia rapida e convenientemente diagnosticada.

Não existe uma constituição especial para os portadores de affecções da vesicula, apesar de Drapper achar que os asthenicos, com tendencia a ptose abdominal, tenham relação com os cholepathicos, chegando a dizer que o typo vesicular é o de uma pessoa de pouca estatura, com angulo epigastrico aberto, pequena distancia interocular em discordancia 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.

OBSERVAÇÕES

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 annos, branco, solteiro, natural do D. F. Esteve na 1ª enfermaria e foi transferido para a 17ª logo no dia 4, com a nota "affecção cholecystica". A prova de Graham Colle foi negativa. Constatado ao nivel do cystico "um circulo de tom pouco elevado", que denuncia tratar-se de concreções calcareas,, o radiologista Dr. Juarez propoz uma repetição do exame, com injecção endovenosa do tetra-iodo (ex. 929, de 10-11-34). Wassermann = negativo.

Urinas: phosphatos amoniaco-magnesianos, traços de acidos biliares, pigmentos biliares, com taxas diminuidas dos elementos normaes. 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.

Diagnostico clinico = cholecystite calculosa.

Operado em 21 de 11 de 34 com anestesia rachidiana pela percaína.

Processo = Pauchet, com incisão de Sprengel.

Drenagem tubular — retirada no segundo dia após intervenção. Vesícula 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 após, deram: a) exame cytologico — liquido retirado da vesícula — presença de células 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 após 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'ô transferiu com o diagnostico clinico de cholecystite chronica, confirmado na 17ª enfermaria.

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

O quadro era typico, foi feita a tubagem duodenal, que caracterizou a perturbação da vesícula.

Exames — reserva alcalina, 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, tricecephalos em 21-9-35.

Medicado.

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

Operado em 19-10-1935. Rachipercaína alta. Vesícula encontrada inflammada com caracter 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 clinico 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 vesícula. Resultado do Graham Colle, endovenoso, feito no dia 11-7-35 (Ex. n. 92) = Negativo, obstrucção do cystico ou lesão parietal da vesícula. Wassermann e Khan = negativos (exs. de 19-9-35).

Urina = Dosagem augmentada 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 vesícula = 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 difficuldades encontradas não foi elle retirado; logo na abertura do peritoneo, que se achava acolado ao epiplon, dando hemorrhagias em varios pontos, mostrou na região cecal um tumor caseoso, que se desfazia ao toque de gaze. Lavada a cavidade com sôro physiologico e derramada uma empolla de sôro anti-peritonic de Behring, foi deixado dreño tubular, retirado só no oitavo dia após a intervenção.

No dia 24 de Setembro de 1935 foi operado de vesícula: Pauchet retrogrado, após incisão de Sprengel; ligadura prévia da cystica. Vesícula inflammada, 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 exame 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.*
Fogue — *Pathologie Externe.*
Reuner (de Altona) — *Lithiases* — (1935).
Lielstosty — *Cholelithiases* — (1935).
Monteiro-Alfredo — *Tecnica Operatoria.*
Marion — *Technique Chirurgicale.*
Romeiro — *Semeiologia Medica.*
Dias-Annes — *Licções de Clinica Medica.*
Berardinelli-W. — *Noções de Biotypologia.*
Dujardin — *Revista Hospital* — 1935.
Schmidén — *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 pelvica aloja dentro de suas paredes parte importante dos aparelhos 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 órgãos do perineo. Comprehende-se assim o extraordinario interesse que despertam os ferimentos desta cavidade. Neste pequeno trabalho, calcado sobre quatro observações pessoas, 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 communmente encontrados nos ferimentos profundos da pelve.

Póde 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 introducção de corpos extranhos, etc.

E' evidente que os projectis de arma de fogo podem penetrar por qualquer ponto do perimetro pelviano, 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, póde o agente vulnerante não ferir nenhum órgão, ou causar as mais graves lesões; assim, póde attingir a bexiga, os uretères, as vesiculas seminaes e os canaes deferentes, a prostata, o recto, a parte inferior da alça sigmoide e os vasos e nervos da bacia. Seria fastidioso entrar em pormenores anatomicos. Lembra-rei 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-peritoniaes, com quadros clinicos e indicações therapeuticas 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 póde 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 hemorragias menos violentas, mas que, si não são at-tendidas promptamente, conduzem tambem rapidamente á morte, como as lesões dos ramos da hypogastrica, glutea, ischiatica, obturadora, pu-denda interna, etc.; ha ainda a considerar o ferimento das veias que acompanham todas essas arterias, o que tambem póde occasionar im-portantes hemorragias, ás vezes mortaes; b) lesões dos dois grandes reservatorios: bexiga e recto, com presença de fézes e urina no peri-tonio, si a lesão fôr intra-peritonal ou no tecido cellular sub-peritonal da pelve, si o ferimento fôr abaixo do revestimento seroso; c) ruptu-ras de uretères (3) e ferimentos da prostata (4), vesicula espermatica 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 paralisias e perturbações da sensibilidade.

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

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

(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 visceras: 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 commum da morte nas lesões visceraes pelvicas.

Vejamos agora as observações. Ellas nos permittirão 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 permittida alimentação liquida e com mais vinte e quatro horas foi o doente evacuado para as formações da retaguarda.

Tornei a vê-lo mais tarde no Hospital Central do Exercito (em janeiro de 32). Baixou á 15ª enfermaria; persistiam ainda as duas fis-tulas; procedi á curetagem dos dois orificios osseos profundos; applicações locais de "Immunicald" terminaram a cura e o doente foi conva-lescer 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 occupam de cirurgia de guerra.

Segunda observação:

Muito differente 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, sudorése 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 possível 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-peritonial.

São esses os casos de morte rapida, ás vezes fulminante, em que o socorro medico é difficil senão impossivel. São principalmente as lesões da parte posterior da bacia que dão estas hemorragias. E' já 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 vertebrae 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 peritonial, perfeitamente possível, impunha uma laparotomia exploradora. Foi o que fiz auxiliado pelo Dr. G. Hautz: incisão mediana sub-umbilical; exploração dos órgãos da bacia; verifiquei logo a integridade da serosa; a bexiga normal; o revestimento peritonial 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 suttura, 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 sangrentas.

As fistulas, sempre dando fézes, foram fechando lentamente, até que permitiram 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 substan-



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

cia ossea nas quarta e quinta vertebrae 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 suggere 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-peritoniaes e tratá-las convenientemente. Nada foi encontrado a não ser a larga infiltração hemorrhagica que se extendia até a fossa illiaca.

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

Assim se deu num caso de hematoma traumatico 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 hemorrhagicas localizadas na loja renal (produzidas pelas lesões do rim) sem compromettimento da serosa. Lenormand e Cordier citam casos de hemorrhagias sub-peritoniaes, especialmente da loja renal e da bacia em que havia defesa muscular, abaulamento do ventre com meteorismo e, ás vezes, verdadeiro ileus adynamico. Guibal e Guenot fizeram experiencias em animaes, verificando que um derrame sanguineo 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 fórma que se procure explicar o phenomeno, o que é certo é que no caso presente o derrame sanguineo e talvez a lesão visceral provocaram a contractura da parede que me fez suspeitar lesão intra-peritonal.

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

Quanto á therapeutica empregada, tenho tambem alguma coisa a dizer. O tratamento das fistulas rectaes pelo simples debridamento seguido de curativos é empregado por muitos autores. Willems chama mesmo a attenção 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 fêzes, não tendo sahida facil, se accumulam no tecido cellular da pelve.

Quarta observação:

S. J. C., de 23 annos de idade, de côr preta, soldado do 3º R. I., ferido na revolta de 27 de Novembro do anno passado. Baixou 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) differença de temperatura dos dois membros inferiores, sendo o esquerdo mais frio; c) batimentos da pediosa esquerda quasi imperceptiveis; d) hemorragia urethral 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 aparelho 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. Sutturámos 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-peritonal. Encontrei então uma brecha, por onde sahiam sangue e urina, que enchiam o espaço de Retzius. Tamponada e enxuta a cavidade, não encontrámos outro ferimento nem corpo extranho. Os bordos da ferida vesical foram sutturados á parede e collocada uma sonda de Pezzer. O restante da parede foi fechado com dois planos de suttura. A radiographia feita no mesmo dia deu os seguintes informes: "1º) fractura do femur esquerdo em aza de borboleta, cinco centímetros abaixo do grande trochanter; 2º) fractura do ischion com deslocamento do fragmento para deante e para dentro com desapparecimento do buraco obturador; 3º) ha numerosos fragmentos metallicos e osseos na região glutea do lado esquerdo; 4º) á direita assignala-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 explicavel pela fractura e lesões hemorragicas que a acompanharam.

O doente foi collocado numa goteira de Bonnet.

A sequencia operatoria se caracterizou por phenomenos infecciosos e hemorragicos: suppuração do fóco da fractura, do espaço de Retzius, das bolsas, etc. Estes focos, que se communicavam, soffreram debridamentos. Ao lado destes meios locais a vacinothérapie antipyogenica foi empregada, bem como meios geraes de tonificar o paciente.

Comquanto o doente evacuasse pelo anus, sem dôres, não havendo puz nem sangue nas fêzes, no decorrer do tratamento o character 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 tambem uma communicação 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 fêzes. Terminou a intervenção com uma limpeza completa da ferida e drenagem.

Com a derivação das fêzes, o estado do doente se modificou bastamente. As feridas tomaram aspecto melhor, a temperatura cahiu e o doente dava, enfim, esperanças de se salvar, quando inesperadamente uma hemorragia 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 hemorragias, 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 sahida de fêzes pelo ferimento da coxa era inconveniente pela

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

Quanto á hemorrhagia 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 órgãos 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 rapidas 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 hemorrhagies sous-peritoneales* — "Presse Médicale", n° 63 — 8 Ag. 1934.
Lecéne et Leriche — *Thérapeutique Chirurgicale* — 3° Vol., 1926.
Mauclair — *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. Jurandyr Manfredini

(1° Tenente medico. Chefe da Secção Militar de Observação Psychiatrica do Hospital Central do Exército)

(A proposito 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 clinica, originando as perplexidades e hesitações tão communs da vida profissional. Entretanto, é licito afirmar que nenhum sector da clinica se presta tanto ao polymorphismo symptomatico quanto o systema nervoso, consequencia da sua physiologia immensamente complexa e ainda indevassada em muitos aspectos. Em certos territorios da pathologia, é quasi sempre possivel isolar de inicio o character 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 systema 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 possivel 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 symptomas, 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 por

nossas mãos. O resumo da observação é o seguinte: — J. N. S. — 3º sarg., 39 annos, pardo, casado. *Ant. hereditarios.* — Pae alcoolatra inveterado; foi assassinado a tiros. Mãe tambem alcoolatra. Onze filhos ao todo, dos quaes dois assassinados, dois fallecidos na infancia e dois outros na mocidade (de febres?). Vivos: tres homens e duas mulheres. Um dos homens, grande bebedor, ficou "bôbo" depois dos 20 annos (demencia alcoolica?). Outro irmão, que tem tambem habitos alcoolicos, 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. pessoais.* — Cancro syphilitico aos 22 annos. Não recebeu nenhum tratamento especifico posterior. Affirma que fez varias reacções de Wass., em épocas diversas, e que todas resultaram fortemente positivas. Duas outras infecções venereas (ducreianas informa o doente, mas provavelmente syphiliticas tambem ou, pelo menos, associadas). Tres blenos. Em 1921, em Bello Horizonte, teve certa vez um accesso nervoso dentro da Companhia: *perdeu a cabeça* e ficou com impulso homicida (queria matar alguém!) Alcoolatra confesso; 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 saude. Em 1932 soffreu forte traumatismo. Numa explosão, em Minas, foi projectado a 6 ou 7 metros de distancia, chocou-se com violencia no sólo e ficou desacordado por algum tempo. Em consequencia, permaneceu acamado 20 ou 22 dias. A seguir, retornou ao trabalho, mas, aos poucos, foi surprehendido em si os seguintes symptomas: a) *impotencia coeundi*, cada vez mais completa; b) *fraqueza* nas duas pernas, tornando a marcha difficil; c) dores, comichões, repuxos nas mesmas, sendo que, ás vezes, as dores eram rapidas e insupportaveis. Além disso, verificou que estava "ficando sem calma". Tornou-se impertinente e grosseiro com a esposa, a sogra e tres sobrinhos, embora queira immenso bem a todos. Dissipou em ninharias as economias da esposa e do casal, montante a varios contos. Tornou-se irritavel, "perdendo a cabeça sem motivo", commettendo actos ruins e violentos. (Depois, fica surpreso do que fez e constata que não havia razão). Quiz aggreir e desrespeitou dois officiaes, seus amigos e protectores, *imaginando* que um delles o estava perseguindo. Na enfermaria mesmo, tem sido victima de impulsos desse genero e reconhece que "acabará em uma fortaleza". Por ultimo, vem sentindo uma falta de memoria, 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 typo paretico (paraparesia crural); c) disturbio

da *motilidade passiva*, traduzida em augmento de amplitude cinetica passiva dos segmentos dos membros inferiores, consequente á hipotonia muscular; á direita tem-se á principio impressão de rigidez, mas é uma impressão falseada pela dor nevritica e pela defesa que o paciente offerece á pesquisa; d) disturbios na *sensibilidade subjectiva: dores* nas massas musculares dos membros inferiores direito e esquerdo: essas *dores*, que surgiram depois do accidente, apparecem e augmentam com os movimentos voluntarios e, por outro lado, accentuam-se quando provocadas (signal da dor provocada pela pressão); além disso, dores fulgurantes espontaneas, paroxisticas, 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* á sensib. tactil e hiperestesia á dolorosa nos membros inferiores D. e E., da raiz á extremidade; á 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: patelar* abolido de ambos os lados; aquileo diminuido; plantar normal á esq.; á direita esboça-se paradoxalmente, varias vezes, o signal da extensão de Babinski e o do leque; durante a pesquisa, ha abalos e sacudidas do membro direito, de typo coreo-atetotico; reflexos abdominal e cremasterino exaggerados; h) *estrabismo* por paralysis do reto externo e ausencia do signal de Argyll Robertson (parecer do chefe da clinica de olhos); i) *impotencia coeundi* mais ou menos completa; j) o exame attento e especial da *marcha* revelou pequenos elementos associados do typo escarvante e incoordenado, sem predominancia convincente de um delles; k) trans-tornos esfincterianos.

Exame psychico. — O proprio doente nos informa que, após a explosão, "ficou com muita e muita falta de memoria". ("E' uma coisa horrivel!", assim elle se lamenta.) Quasi não pôde 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. Disbulia, perturbações da conducta, com perdularismo e puerilismo. Em resumo: a) *grande amnesia retro-antegada*; b) *estado neurotico e distimico* multiplo, com symptomas de "debilidade irritavel", melancolia, hipocondria, ansiedade, angustia, etc.; c) *impulsões periodicas*, inconscientes, psychomotoras, de typo 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 paes etilistas inveterados, o paciente, por sua vez, bebeu durante 20 annos consecutivos. Dois annos após o inicio da temperança, foi victima de violento traumatismo, com estado comocional consequente. Data dahi a eclosão da neurite peripherica. Por outro lado, os signaes de Romberg e Westfal nitidamente positivos, a paralyasia do reto externo, certas dores fulgurantes espontaneas e provocadas, abalos e sacudidas atetosicas do membro inf. direito, os elementos ataxicos surprehendidos nos membros inferiores e na marcha, os transtornos genito-esfincterianos, 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 assumpto velhamente conhecido da literatura. De ha muito, desde Djerine sobretudo, foi registrada a occurrencia 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, nitida na marcha ou sómente surprehendida após pesquisas minudentes; ataxia rara, mas possivel dos membros superiores; perturbações características da sensibilidade subjectiva, taes as dores fulgurantes, ardentes ou lancinantes, ou ainda as *cintas e pulseiras* constrictivas; disturbios na esphera genital e na dos esfincteres; notaveis transtornos da sensibilidade profunda; hipo ou anestiasias de typo tabetico; esses e outros factores identificados em polyneuriticos aventaram a these da associação tabo-neuritica e geraram controversias 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 clinica 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 focalizamos, não pôde haver duvida quanto ao parallelismo e simultaneidade das duas molestias. Os antecedentes familiares e pessoas 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 assignalada 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 symptomaticos 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 dominio neurologico, verificamos uma triplíce associação morbida. Ao lado da psychose de Korsakoff, o doente apresenta outra rica symptomatologia, em que se destacam as interpretações alucinatorias, os delirios, a depressão melancolica, as distimias de angustia e ansiedade. E, facto notavel, 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 delirio. 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 conjunção 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 méra differenciação clinica 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 hiper-sonia 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 manilar. No segundo, notou-se um fóco massiço na substancia cinzenta do talamo dorsal, bem como modificações na porção caudal, além das lesões amilares. 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 hipota-

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

VII — *As mieloses.* — Para finalizar, uma referencia á revisão anatomo-clinica 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 eminente 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 possível registrar signaes 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 avitominoticas primarias, sobretudo carencia do complexo B.

Essa critica, que a neurologia brasileira vae conduzindo com maior enthusiasmo, 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^a, 4^a e 2^a, 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 fórmas clinicas graves, como o de síndrome de hipertensão porta por pileflebite baixado á 4^a Enf. em 3-11-934, como hematemese, ascite, anemia, esplenomegalia devido ao embaraço mecanico das veias principaes onde habitam os schistosomos, logrando alta por cura clinica em 18-3-935.

Não fossem os resultados brilhantes obtidos com os clisteres de emetico 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 distinctos 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 injeções endovenosas, porém em clisteres. Aos mesmos doentes nos quaes não era possível proseguir nas injeções 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.

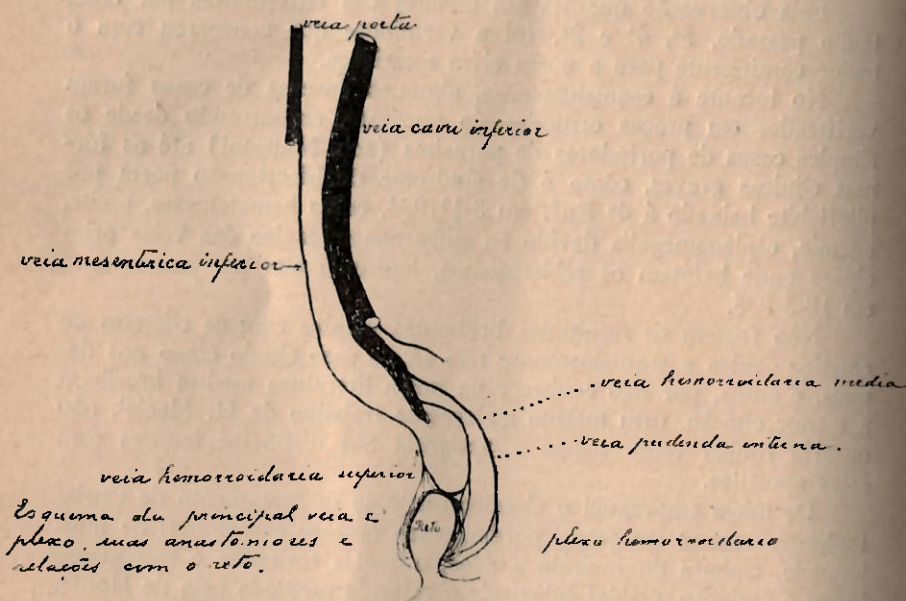
Inicio sempre com a seguinte dose:

Emetico — 1,0.

Agua distilada — 250 c.c.

Dividir em 5 clisteres. Usar conforme foi escripto acima.

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



Sendo o principal habitat do *Schistosomun Mansoni* a veia mesenterica inferior, de onde partem as femeas fecundadas para irem desovar no plexo hemorroidario, passando, antes de attingil-o, pela veia hemorroidaria superior, depreheende-se, pela anatomia das veias do réto e pelo habitat dos parasitos, que o medicamento dado em clister parece-me o mais razoavel, por agir mais directamente contra os mesmos e, em solução mais forte, é por via centripeta levado ás principaes veias onde se acham domiciliados os schistosomos, exercendo, portanto, maior poder esquistomicida, sem perigos de intoxicação, pois 15' depois do clister o doente vae d'elle se exonerar em parte.

Resumindo, póde-se dizer que o tratamento contra a esquistomose por meio de clisteres é aconselhavel pelas seguintes razões:

- a) é mais efficaz;
- b) é inocuo de accordo com as indicações;
- c) é mais rapido;
- d) é de mais facil 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 CLÍNICA

Pelo Cap. Dr. Paiva Gonçalves

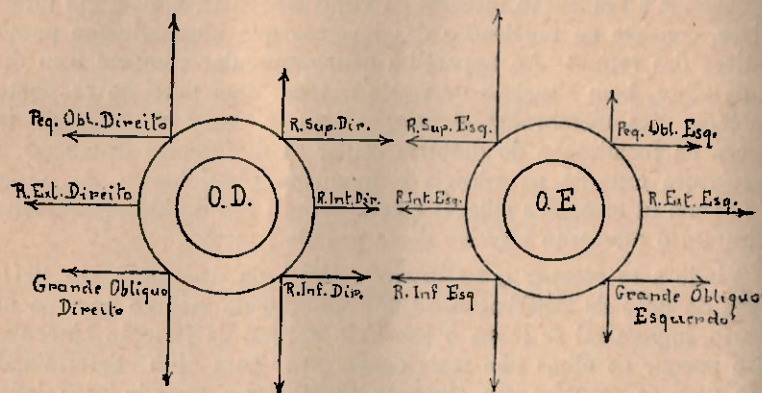
«Chefe do Serviço de Olhos do H. C. E. Docente de Ophthalmologia da Universidade do Rio de Janeiro e da Escola de Medicina e Cirurgia, etc. etc.»

Considerando sem grave lesão o aparelho receptor peripherico e inalterados centros e vias opticas, podemos affirmar 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 aparelho 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 differentes distancias. A musculatura externa permitiria o momento physiologico da visão, assim como os musculos ciliares e contractôres dos esphinctéres irianos asseguram o momento physico dessa grande funcção.

Vindo a se romper o equilibrio, estático ou dynamico, por defficiencia do grão de innervação ou por abolição do influxo nervoso necessario, impossivel se torna o exercicio normal da funcção 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 heteropia 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 paralisias 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 paralytico, porque o enfermo não se queixa de diplopia, não tem reduzida a motilidade de seus globos oculares e não conta que o apparecimento do desvio dáta dos primeiros annos de existencia, da primeira infancia. A subitaneidade do mal ou a rapida progressão, a restricção de movimentos do globo ocular em um determinado sentido, a falsa projecção, a idade adulta do paciente, (1) conduzem o medico ao diagnostico da paralyxia muscular, e o desaparecimento da diplopsia pela obturação de um dos olhos confirma plenamente esse julgamento. Succedendo persistir a diplopia quando um dos olhos se conserva aberto, torna-se insubsistente a idéa de paralyxia 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 paralytico, precisamos descobrir o musculo ou musculos comprometidos. 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 Ophthalmologia, intitulado "Ferimento pe-

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

O opthalmologista emprega na pesquisa uma armação de provas tendo em um dos lados um vidro vermelho, collocado geralmente em correspondencia ao olho com a paralyxia ou com a supposta paresia. (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 differentes 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 gráo 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

netrante orbito-craniano por sabre 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 paralytico, 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 commum 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 paralyxia de um musculo comprehende-se sem difficuldade 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 paralyia 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 paralyiado; a paralyia 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 (paralyia de abductor), as imagens se descruzam (diplopia homonyma), quando se descruzam os eixos visuaes (paralyia 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 paralyia); 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 gráo de afastamento no lado temporal; ainda aquí, si no meridiano horizontal é o abductor puro (recto externo), si em cima e para fóra o pequeno obliquo e desse lado e em baixo o grande obliquo.

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

A paralyia de um recto externo, como acabamos de vêr, dá 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 VI° par craniano. Esse nervo, exclusivamente motor, tem seu nucleo de origem sob o assoalho do IV° ventriculo. Emergindo da protuberancia pelo sulco bulbo protuberancial, depois de receber fibras de origem cortical — vehiculadoras 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 craneo 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 III° e IV° pares e o ophthalmico. Deixando o seio, intromette-se na orbita pelo anel de Zinn para ir terminar no musculo alguns millimetros após.

Como vemos, longo é o percurso do motor ocular externo, o par craniano de mais extensa caminhada, como dizem os auctores, e accidentado é o seu trajecto. Estas simples verificações anatomicas são sufficientes 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 inflammação, degeneração ou compressão excepcionalmente fica limitada ao recto externo, portanto quasi nunca a impressão clinica será de paralyia pura desse musculo, mas ainda assim, quando tal pensamento occorrer, 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 á 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 chemóse com hyperemia da conjunctiva bulbar na parte supero externa; a palpação nota uma elevação na altura da glandula lagrymal, aonde provoca dôr. Dacryoadenite evoluindo foi o diagnostico, confirmado mais tarde pela incisão dando sahida a puz e curando o desvio do globo, que no primeiro momento poderia passar por desvio paralytico. Foi simples o caso, é ver-

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

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 mez era unica referencia. O recalamento do olho por um tumor duro indolor, não pulsatil e deslocavel para o interior da orbita, era a causa e o desaparecimento da diplopia foi o corollario do acto cirurgico removendo a néo formação.

— Mais para traz, na fenda esphenoidal, póde o nervo ser comprometido, integrando syndromes de opthalmoplegia sensitivo-motora ou sensorio sensitivo motora. Apenas enumeramos a possibilidade da lesão sem destrinçar a entidade morbida, porque o diagnostico de séde da lesão decorre da somma dos symptommas paralyticos. Póde se installar o syndrome em processos inflammatorios, tumoraes ou traumaticos, e póde a regressão dos symptommas ser completa, como o attestam os doentes de *Rollel, Terrien, Birschfeld-Cassoulet*.

— Na base do craneo, em tão extenso caminhar, mais vezes o motor ocular externo póde ser lesado. São as chamadas lesões basilares. Com *Rochon Duriqneaud* dividimol-as em lesões assestadas na parte dura materiana do nervo e lesões attingindo a parte arachnoidiana do tronco nervoso. As primeiras comprehendem as formações tumoraes, os aneurysmas e as fracturas osseas e as ultimas aggrupam as perturbações de origem vascular, ahi incluídos os angioesposmos e toxinas circulantes, e as complicações de natureza inflammatoria, limitadas às meningeas ou a ellas 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 craneo poderá denunciar, no inicio, o ponto em que está implantado, por uma paralyssia do recto externo. Crescendo outros filetes nervosos serão envolvidos. Nós mesmos já publicámos um caso interessante e raro de syndrome de *Garcin* (paralyssia unilateral de todos os pares cranianos por neoplasma da base) em que o symptoma primeiro do mal foi uma diplopia homonyma em consequencia a desvio paralytico convergente de O. E. (*Annaes de Oculistica do Rio de Janeiro* — n.º 1, de 1929). Uma dilatação empólar de vaso arterial póde condicionar muito bem uma lesão do sexto par, pois vimos estar elle entre a cerebrai, a vertebral e o tronco basilar. Devemos convir não ser simples o diagnostico causal preciso, em casos taes.

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

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

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

— Uma inflammação das meningeas, aguda ou chronica, de etiologia a mais das vezes luesica quando não bacillar, póde 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 inflammação e quer seja autochtone 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*, constituida por uma paralyssia de abducens, nevralgia do trigemino, otite média de um mesmo lado. (No n.º 1, de 1933, de *Medicina-Cirurgia-Pharmacia* demos á luz da publicidade o relato de "Um caso de syndrome de *Gradenigo* curado pela vaccinothérapie"). Esse syndrome é uma modalidade do do nucleo de *Deiters*, aonde teremos a mais as perturbações labyrinthicas centraes ou periphericas.

No paragrapho relativo á paralyssia unilateral do recto externo por agente especifico 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.ª dóse 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 14ª enfermaria, examinei o cadete M. F., cuja anamnese limitava-se a uma diplopia associada a forte cephaléa e a uma febrícula diaria. Verifiquei a paralyssia 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 abcesso na parte declive da região retro esterno clido mastoidéa que foi aberto, veiu esclarecer-nos melhor, filiando o soffrimento endo craniano 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 *Wersembach*, *Basch*, *Lavergne*, *Bergmark* e outros autores, que o virus da parotidite tem grande predilecção pelos parenchymas glandulares e pelas serosas e que a localização primitiva nas meninges encephalo medulares pôde ser a unica manifestação da infecção ou então uma localização secundaria.

— As paralyrias bilateraes transitorias e recidivantes podem constituir signal de alarma, servindo para rastrear uma tabes oligo-symptomatica. Em nossa clinica particular já tivemos doente em que a referencia de tão extranha alteração — paralyria dos dois rétos externos — nos fez mandal-o ao neurologista em busca de sério tratamento anti-távido.

Aubaret e Ungerer, na *Rev. Oto-Neuro-Ophth.*, de Maio de 1928, depois de analysarem os casos encontrados na litteratura, classificam as paralyrias 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 meningeo, fractura dupla do rochedo são seguramente as causas a invocar e nos traumatismos obstetricos devemos pensar em hemorragias e rupturas meningéas localizadas, pois nelles a elasticidade do craneo elimina a idéa de fractura.
- 2.º)—Os casos adquiridos, nos quaes as alterações vasculares e nervosas, sob a influencia de numerosos processos toxico-infecciosos, 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 (hemorragias, amolecimento, tumores, etc.) podem produzir paralyrias do recto externo, mas excepcional será conservar-se parcellar, tão proximo se escalonam os outros nucleos. As manifestações polyencephalicas tomam varias fórmias: aguda, sub-aguda e chronica. Todavia, outros symptommas mais importancia têm no caso. Interessa citar a communicacão de *Fontana e Kaffer* (*La Prensa Medica Argentina*, de 10 de Dezembro de 1932) de um enfermo com "paralyria nuclear do motor ocular externo", em que esses auctores 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 paralyria.

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

— 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 paralyria do recto externo, com sua presença no cortejo symptomatico, serve para bem situar a lesão: região bulbo-protuberancial. Um doente com uma paralyria desta natureza — paralyria 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 distincto neurologista militar.

* * *

Temos assim, a proposito de alguns casos de paralyria do recto externo por nós vistos e cuidados, posto em evidencia um importante capitulo da ophthalmologia 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-syphilligraphico 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, occorrendo 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 blenorrhagia e ha 4 annos passados teve cancro, cuja incubação não poudé precisar, informando, entretanto, que não foi seguida de adenite suppurada. Refere que teve uma opthalmopathia que quasi o cegou. Não accusa ter tido phenomenos de secundarismo.

Exame de aparelhos:

Respiratorio, nada revelou digno de registro.

Circulatorio, normal.

Urogenital, normal.

Digestivo, bocca 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 amarello sujo a occular — *Reflexos*: Pupillares: Normaes quer á luz, quer á accommodação. *Tendinosos*: Normaes. *Cutaneos*: Normaes os abdominaes superiores, medio e inferiores. — Normal tambem o do cremaster. *Romberg*: ausente.

Historico da molestia: Iniciou-se a doença de ha 3 annos a esta parte, apparecendo-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 symetria na distribuição da erupção, nem accusa phenomenos dolorosos, symptoma a que *Brocq* e *Besnier* ligam tão grande importancia; refere apenas prurido e ardencia 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 accommettido por outra crise, superpondo-se á anterior. Vem este facto mostrar o character recidivante da molestia; *Brocq*, entretanto, admite uma fórmula dolorosa, aguda, que se manifesta por uma crise unica.

Apresentava o paciente, ao entrar para a 7ª enfermaria, uma descamação generalisada, resquicios de bolhas rotas que, segundo informação sua, se haviam pustulisado no tronco, axilla e região glutea.

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

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

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 gráo de acantholyse, a fragilidade na cohesão entre o extracto lucidum e a camada granulosa. Não nos foi dado observar todo o polymorphismo proprio da dermatose em questão, offerecendo a côr do paciente certa difficuldade, 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 *Dühring*, generalisada 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 dellas 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 francezes; pemphigo arthritico bolhoso de *Bazin*; hydroa herpetiforme de *Tilbury Fox* e *Colcott Fox*; dermatite polymorpha dolorosa de *Brocq*.

Em 1884 *Dühring* descreveu uma fórmula a que denominou herpetiforme, conservando, entretanto, o pemphigo chronico da escola de *Vienna* e o erythema polymorpho de *Hebra*. A fórmula de *Dühring* 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 symptoma tão transitorio.

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

Jaussion, *Pecker* e *Gauch* conseguiram o mesmo resultado fazendo applicação de tiras de leucoplasta sobre a pelle 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 pelle dos pacientes, mostrando o facto o gráo de sensibilidade desta molestia pelo iodureto de potassio, achando *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 commum na infancia, pagando-lhe tambem tributo não só a adolescencia como a velhice, atacando ainda a ambos os sexos, indifferentemente.

A dermatite de *Dühring* não é contagiosa, nem mesmo inoculavel, o que a differencia do herpes recidivante.

Assim é que, nas fórmulas localizadas em territorios cutaneos circumscriptos 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 *Dühring* não é inoculavel.

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

Lymphocytos	33 %
Mononucleares	3 %
Fórmulas 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.

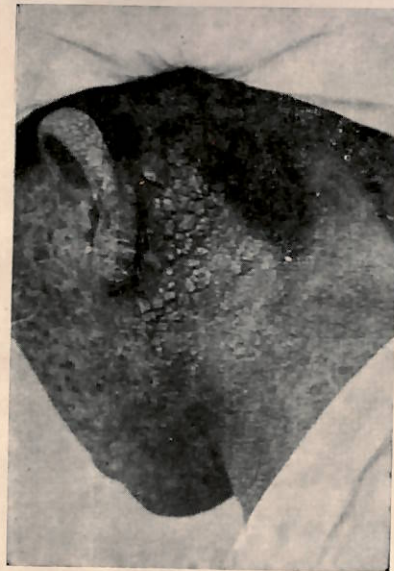
Sabemos que as helminthiases podem tambem determinar a eosinophilia; por isso pedimos exame de fezes, cujo resultado foi positivo para *Necator* e *Tricocephalos*. Não nos parece, entretanto, que a taxa de eosinophilos encontrada corra por conta da verminose, visto como o numero de ovos achados não foi 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 evoução 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 etiologico da dermatose.—O diagnostico differencial deve ser feito: com o pemphigo, cujas bolhas apparecem irregularmente dispostas, contendo um liquido amarello citrino, assentando sobre tecido cutaneo normal. E' tambem molestia de evolução chronica, podendo iniciar-se pelo apparecimento discreto das lesões bolhosas ou, evoluindo, confluir e formar placas. Apparece na face de flexão das articulações, rosto, orgãos genitales, etc., sendo, entretanto, de localisação irregular, podendo invadir todo o tegumento, inclusive a mucosa da bocca e pharynge, assemelhando-se ali ás manifestações cutaneas; manifesta-se por crises repetidas, dando muitas vezes occasião a hemorragias.

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

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

A *epidermolysse bolhosa hereditaria* póde tambem occasionar o apparecimento destas manifestações mucosas, porém a origem das lesões cutaneas é de tal modo caracteristica que facilmente se differencia. Nesta dermatose o apparecimento das bolhas é sempre consequente a traumatismo, apparecendo de preferencia nos pontos de attricto, emquanto no pemphigo estas mesmas lesões apparecem espontaneamente.

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

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 reumatoides e febre, não ha prurido e muito raramente se observa hemorragias no curso desta molestia. Na dermatite de *Dühring* o prurido e ardencia 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* apparecem frequentemente nos labios e nos orgãos genitales, apresentando um halo erythematoso assemelhando-se, pelo seu polymorphismo, á doença que estamos estudando, faltando-lhe, entretanto, muitas vezes, o prurido, sendo a anamnese de grande valor para elucidación do diagnostico e determi-

nar a supressão 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 localisação symetrica 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-anestheticsas, etc.

O prognostico da dermatite de Dühring depende da fórmula e evolução que apresentar o paciente, visto como tanto pôde ella ser de marcha rápida por pequenos ataques de 15 a 30 dias de duração, curando-se sem deixar vestígios, como perdurar por tempo indeterminado, até a morte do paciente, que terá talvez por causa uma intercurencia 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 pratica 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 oleo de figado de bacalháo; glycerophosphato, ferro, etc. Tem sido preconizado, 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 pyodermites. Linimento: oleo calcareo simples ou associado á camphora,, gaiacol, tanino, etc. Banhos com addição de sulfato de zinco, permanganato de potassio, empoando-se largamente o paciente com talco.

Auto-hemoterapia, electrotherapia, auto-sorotherapia, até a radiotherapia 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 suggeriu o caso em apreço, bem como os meios therapeuticos indicados, sem que entretanto possamos ter grande esperança na eficiencia 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 são (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 bacillos diphtericos virulentos durante seannas e mezes.

Scheller resumiu no seguinte quadro as verificações do tempo de eliminação de bacillos 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 cinquenta 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 identicos resultados revelam as estatisticas 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 ha 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 diphtherica, não deixam de desempenhar papel epidemiologico importante.

As estatisticas 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 estatisticas, 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* — Innumeradas são as substancias indicadas.

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

Lereboullet e Gournay preconizam o novarsenobenzol, a que attribuem 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 cincoenta 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) em 6 casos, e 1 de resistencia.

Robert Clement pensa que se não deve usar meio thauamatizante e modificador da mucosa, recommendando, por isso, o soro physiologico a 9 %, como agente de limpeza mechanica. Acoselha ainda os methodos biologicos: pulverização de soro secco, ingestão de pastilhas feitas de pó de soro microbiano. 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 recommendado por Robert Clement.

Hervé prefere os raios ultra violetas.

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

Wahl é tambem partidario da radiotherapia 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. Innumeradas 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 ali 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 fichario 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 11^a 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 11^a enfermaria, mais os que, com outras doenças, estão em outras enfermarias e apresentam 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 subtrahidos 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 eficiencia completa...

Não temos estatisticas, mas pensamos não nos afastarmos muito da realidade, calculando em mais de 5 % o deficit causado á eficiencia do Exercito, só pela blenorragia. Só ella causa mais damnos 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 accordo 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, contunido no mesmo fóco, 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 corrimentos persistentes, embora fracoss, apresentando gonococcos, curarem-se após a instituição de um tratamento geral tonificante e suspensão do tratamento local.

As afirmações que vimos fazendo acima não significam que a blenorragia é incuravel, antes, muito ao contrario, queremos dizer que toda blenorragia é curavel, 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: locais e geraes; chimicos, physicos e biologicos, de accordo 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

URETHRITE:

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, após, 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 orça entre 50 e 60 %. O doente supporta sem difficuldade 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 injectão endovenosa de tripaflavina.

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

VACCINAS: após grande numero de observações abandonámos o emprego das vaccinas, no tratamento da urethrite 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 cephalalgia tão intensa que o medico se vê forçado ao emprego de entorpecentes, pois os analgesicos não dão resultado.

Embora os resultados obtidos com a vaccinotherapia sejam um pouco superiores aos obtidos com a proteinotherapia, attribuimol-os 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 proteinotherapia.

Usamos mais commumente o leite e tambem alguns preparados pharmaceuticos. Não os usamos presentemente á vista dos fracoss resultados. As injectões são muito dolorosas, principalmente as de leite e as reacções geraes fortes. Observámos com 2 c.c. de leite, na região giutca, 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 commodidade do serviço. Os resultados por nós obtidos estão de accordo 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 cnosultorio, 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 peor 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 urethra 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 injeções de tripaflavina, não se verificou a cura completa ou houve mesmo insuccesso; nesses casos observamos que a acção das lavagens é muito mais intensa e a cura mais rapida.

CHIMIOETHERAPIA: — empregámo-la por via endovenosa. Experimentámos no serviço o oxi-cianeto e o cyaneto de mercurio, o azul de metileno e o mercurio-cromo. Os resultados não nos animaram a proseguir. Delles o melhor — o mercurio-crómo, — 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 Urinarias, a tripaflavina e, como os resultados são relativamente bons, não vimos até hoje necessidade de substituil-a, embora tenhamos a esperança de que a chimica, com o seu progresso incessante e formidavel, chegue a nos dar um preparado completamente innocuo para o organismo humano e de acção decisiva sobre o gonococco. Pensamos que é na chimiotherapia — seja qual fór a via — que está a solução da cura da blenorragia. Por este caminho chegaremos á cura completa da blenorragia, por via bucal, e daí á extincção de tão triste e degradante doença.

Assim pensamos porque, com a applicação do antiseptico 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 eliminacão e repetição das doses; as mucosas e os fundos de sacco estão sempre banhados em solução do antiseptico; os liquidos intersticiaes têm-n'o em solução, o mesmo acontecendo com o sôro do proprio puz.

Por sua eliminacão pela urina, produz uma lavagem retrograda da urethra 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 accidente 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 injeções 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 injeções praticadas no Hospital.

Observa-se, ás vezes, após algumas injeções, anorexia e perturbações da digestão. Incommoda 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 affirmar que a tripaflavina não é nociva ao figado, aos rins nem a outros orgãos — 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 methodo 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 gonococcos 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 estatisticas; 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 attribuímos ao emprego da tripaflavina. Um de nós já chamou, em trabalho anterior, a attenção para isto, fazendo notar que as complicações augmentam quando, por motivo de atrazo no fornecimento da tripaflavina, faz-se emprego de outros processos. Parece-nos que esta circumstancia 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 Littre e peri-urethraes — Praticamos nestes casos a incisão com lavagens locais antisepticas, mercurio-crómo a 5 %, tripaflavina, etc., e as injeções endovenosas de tripaflavina. Quando ha formação de fistula, praticamos as dilatações graduales, após a cessação do corrimento. Nas litrites simples, não abcedadas, praticamos, quando o corrimento está quasi extinto, massagens sobre beniqués.

COWPERITE: — nestes cinco ultimos annos só observámos tres casos de cowperite: os dois primeiros supurados, como é commum acontecer, sendo que um delles provocou um fleimão do perinco, das bolsas 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 ocasião da baixa. Ha cinco annos vimos tratando systematicamente as prostatites com injeccões de propidon. Os resultados são brilhantes. Raramente chegamos a applicar tres injeccões. E' commun a regressão completa com uma só injeccão. Praticamos as injeccões com tres a quatro dias de intervallo, conforme a intensidade da reacção; e nos dias de intervallo, injeccões 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 inflammação das vesiculas. Após a regressão da prostatite, a vesicula continuou bosselada e tensa, só cedendo a inflammação com a 3ª injeccão de propidon, 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 injeccões 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 injeccão sub-cutanea de 2 c.c. de urina recentemente emittida; fazemos uma serie de 6 a 12, de accordo com o resultado, mediando entre cada injeccão dois dias de intervallo.

Estas injeccões não provocam reacção alguma. A sedação da dôr 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 injeccões de tripaflavina.

Escrevemos um trabalho com observações que, por motivos que não vêm 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 mezes) 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 complicação — 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 retaes de permanganato e vaccino-therapia 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 urethrites agudas. Nas urethrites prolongadas, que se arrastam, com ligeiro corrimento, durante mezes e mezes, costumamos, após exame clinico geral, applicar um tratamento de accordo 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 Beniqué e diathermia.

PROSTATITE-ESPERMATOCYSTITES: — Aparecem ainda mais raramente do que as agudas. Empregamos a tripaflavina, lavagens, massagens e diathermia, combinadas, de accordo com as necessidades. Costumamos, nas infecções chronicas, quando o estado local o permite, praticar uretrocopia ou cysto-uretrocopia, 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 paciência 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 infranqueavel. O doente teve alta dois mezes após, tendo passado o Beniqué n.º 50.

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

ANQUILOSES: — Só uma praça foi julgada incapaz por apresentar uma anquilose irreductivel. Submettida 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 mezes 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, concorrermos 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

(2ª 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 feição de originalidade, descobrimos a importância assumida para justificar seu registro.

J. S. G., soldado do 2º R. I., deu entrada para o nosso serviço clinico 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.

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

Pulmão — Com sub-macicez 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 — Saburral. Dysnorexia. 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 apparecido e desaparecido na vespera (tumor phantasma?)

Figado — Ligeiramente augmentado. Baço não palpavel e nem percütivel.

Intelligencia — 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. Deveriamos encontrar maciszez, augmento 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 trahe a participação pleural, uma pleurite, porém aqui em concomitancia com reacções broncho-alveolares.

Pleuro-pneumonia — É o que se deprehe de do que acabamos de expôr. Vejamos como procurei resumir meu raciocinio clinico: 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 clinico 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 minimo: 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 ganglionar cervical direita, dolorosa, não adherente á pelle. Essa adenite cedeu no fim de quatro dias. No dia 13 o doente viu-se accommettido de urticaria. Essa aller-



Cliché radiographico da Spondylite

gia seria dependente do fóco pulmonar ou uma allergia cutânea ligada á parasitose intestinal. Infestado já o sabiamos; além disso, o doente accusa um passado de disturbios intestinaes, dolorosos, colicas e constipação 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.

Radiodiagnostico: — 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).
Velez 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 exacerbação das suas dores. Estas, nevrálgiformes, na região lombar, com propagação para a coxa direita. Não havia deformidade e sim contractura condicionando rigidez e deficit nos movimentos da columna. As apophises percutidas não se mostraram dolorosas. Hyperesthesia da tossa iliaca direita (a radiologia informava ausencia de signaes radiologicos de typhlo-appendicite, bem como normalidade radiologica da articulação coxo-femural direita). Reflexo patellar diminuido. Esse quadro clinico induzia a se pensar em processo spinal com participação da ossatura.

MEIOS AUXILIARES DE CONTROLE

A radiographia com punção da cisterna (Dr. Aristoteles), para injeccão de Iodipina a 20 %, assinalou:

- a)—descalcificação accentuada do corpo da 4ª vertebra lombar, que se projecta com zonas de rarefacção (processo osseo destructivo).
 b)—calcificação dos nucleos pulposos.
 c)—diminuição do espaço intervertebral comprehendendo as 3ª e 4ª lombares.

ass.) *Juarez*.

SANGUE

Metabolismo:

Urêa 0,40 ‰.
 Creatinina no sangue total 0,014 ‰.
 Calcio no sôro 0,010 %.
 Cholesterina no sôro 1,45 ‰.
 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 ‰.
 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 (Fergue).

A dysbolia que acima enumeramos é menos das spondyloses que das spondylites.

Seria uma spondylite pneumococcica? A cytologia do L.C.R. (lymphocitose), Nonne positivo, somado 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 ahí 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 hemossedimentação, o Velez, falam contra o etio tuberculoso.

Estudando o L.C.R., vamos encontrar elementos a favor da syphilis, apesar do Wassermann negativo, resaltando 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 diagnostico, como se deduz, é mui difficil e, para acertar com elle, será preciso ter em conta os antecedentes do paciente e, sobretudo, a efficacia do tratamento anti-syphilitico (Ureña). O nosso doente contrahiu o seu protosyphiloma ha seis annos passados. Com o tratamento antisiphilitico que instituímos as melhoras 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. Brugsch.
Metabolismo — H. Pova.
Molestias Infecciosas — Garfield de Almeida.
Arthrites e Arthroses — Ernestino de Oliveira.
De la ponction sous occipitale — G. Basch. (Monde Médical).
Clinique et Laboratoire — N° 8 — Oct. 935, pag. 183-188 — *Cherche et du dosage de la creatine et de la creatinine dans l'urine et dans le sang.* — Agasse Lafont.
Les variations de la calcémie 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 — *Revista Clinica e Pharmaceutica* — A. Barcellos.
Précis de Pathologie Externe — E. Fergue.
Semeiologie — E. Sergent.
Diagnostique Clinique — A. Martinet.
Licções de Clinica Medica — 2ª serie — Annes Dias.
Le Sang — Marcel Labbé.

O "MOSQUITEIRO NACIONAL"

Euclides 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 "carapanãs" inextinguíveis — 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 espectáculo 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 "cheiroscheirosos" 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 "carapanãs", sempre victorioso 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, póde supplantar a incalculavel opulencia do cobiçado "Inferno Verde", inexpugnavel imperio de "carapanãs" e "piuns", aquelles — armados de paludismo e filaria, quiçá auxiliados pelos

“piuns”, — para fazerem paralyzar o braço do homem, que ousa transpor as lindes de seu invencível imperio, afim de explorar a flora opulenta, que desafia as nuvens, tendo, a seus pés, um thesouro inexplorado, constituído 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 terçã 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 “ubuçu”, 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 atacam suas “ubás”, ou suas “montarias”, no portal da habitação, afim de poderem, da porta de suas casas, entrar nas canôas e sahir remando, quando a maré está á preamar. Creação 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 afluentes 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 difficuldade 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 póde 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 hacia amazonica. Como contornal-o? A resposta é facil: — ha um recurso que poderá facilitar esse povoamento e contribuir para o progresso do uberrimo 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 intelligente e obrigatorio 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. Legisle-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 convem ser legislado. Seja o “MOSQUITEIRO NACIONAL” — o fusil com que o brasileiro se armara contra o inimigo, representado pelo exercito de “carapanãs” 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 côres da bandeira brasileira, as suas estrellas (com o Cruzeiro do Sul — que nos abençôa) e graphadas as palavras que servem de lemma 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 obrigatorio; 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 rêde 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 rêde 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 Exército é de tal modo complexa que exige um aparelhamento perfeito e fixo.

Reconhecendo esse facto, 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 fórma 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 afim de podermos resolver e julgar os assumptos de accordo com a maneira de pensar dos dirigentes do paiz.

Ora, o Dr. Ferreira do Amaral, compreendendo intelligentemente esse facto, soube reunir com superior criterio o que havia de palpitante 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 Exército, de fórma que era um conhecedor profundo de todas as suas cousas.

Foi aqui, pode-se dizer, que o grande cirurgião adquirio 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 expuzesse com clareza uma medida a ser posta em pratica e cuja premissa fosse inadiavel.

De mediana estatura, cheio, tinha uma agradável physionomia.

Affavel sem exaggero, trajava-se com certo apuro. Era extraordinariamente accessivel, attendendo sempre, com grande bondade, a todos aquelles que procuravam os seus serviços medicos.

Sendo expellido 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 accordo com o Decreto n. 8.647 de 31 de março de 1911, deu os melhores resultados.

Aos funcionarios da Secretaria do Hospital foram attribuidos vencimentos, garantias, honras e vantagens de que careciam naquella época. Em compensação taes funcionarios ficaram com o encargo de orientar a Directoria, no sentido da mesma desempenhar com efficiencia suas attribuições.

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 funcionarios 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 Saude Publica exigem que taes funcionarios 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 instrucções que as regulam tem no Exercito suas disposições bem claras nos differentes regulamentos que são necessarios computar, estudar e comparar para applical-os aos differentes casos.

E é sempre a Secretaria do Hospital que estuda taes casos.

O quadro de funcionarios da Secretaria do Hospital tem,

actualmente, apenas, seis funcionarios. Foi extinto em virtude de disposição do Decreto n. 15.230 de 31 de dezembro de 1921.

A sua extincção completa afigura-se para mim um grande desastre para a vida deste importante estabelecimento, pois a pratica cada vez mais vem demonstrando ser indispensavel um nucleo de funcionarios fixos e inamoviveis familiarizados com a entozagem administrativa do Hospital afim de articularem as differentes 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 ACÇÃO 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 beneficios innumeraveis e, sem solução de continuidade, prodigalisados, 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 efficientemente, e com a Administração, na medida dos seus esforços e na orbita das suas attribuições.

Durante os sententa e um annos que medeiam, entre a actividade desses Santos Senhoras, no Hospital do Castello e os dias actuaes, foi o cargo de Superiora occupado, 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 trajetorias luminosas, por esse mundo cheio de dôres e agonias humanas, as quaes ellas sempre procuraram attenuar e, se possivel extinguir a semelhança do que fazia o seu proprio fundador, São Vicente de Paula, amparando os menores abandonados, protegendo os hum'ldes camponezes e, até, segundo a tradição marseleza, em que inspirou o pincel imaginoso de Bonnat, tomando os guilhões de um condemnado 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, naquella época, o Brasil sangrava com os louvores da guerra do Paraguay e a cohorte de todas as tristezas enneivava os céos da Patria e confrangia os corações bem formados. O seu trabalho foi simplesmente gigantesco e, amainada a ténpestade, 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 Comunidade foi confiado á capacidade orientadora da Irmã Guillou, figura exemplar de religiosa, perfeitamente escrava das suas espinhosas responsabilidades, as quaes deu um brilho inexcédível, pelo largo espaço de um quarto de seculo, entre innumeras vicissitudes contrabates 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 após a sua tomada de habito, vindo para aqui, onde permaneceu, sem jamais lá voltar, até a data do seu fallecimento, occorrido, nesta Casa, a tres de abril do anno proximo passado, justamente quando ella se achava prestes a completar oitenta e nove annos de laboriosa existencia dedicada, aliás, conforme os seus principios, á Gloria de Deus, á Honra da Comunidade e ao Bem do Hospital Central do Exercito.

Durante varios annos serviu, como simples Irmã, nos hospitaes do Exercito já referidos, este inclusive, occupando, depois, a datar 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 indenticada 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 expontaneas resumiam nessa phrase familiar e carinhosa: "Lá vem ali" a *nossa velhinha*". Era dessa maneira que todos lhe tratavam e, sem duvida haviam sobejas 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 estrategica, 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 acompanhá-los, 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 politicalha dessa mesma malfadada politica do pequeno, tão malsinada pela figura suggestiva de Joaquim Nabuco, o grande fidalgo de alma plebeia do nosso movimento abolicionista. Diverosos officiaes presos e baixados ao H. C. E. lutavam com grandes dificuldades financeiras, em virtude das autoridades terem supprimido o pagamento dos seus vencimentos, cousa que, tambem iria ter logar, mais tarde, durante o fatidico anno de 1924. Nessas occasiões "*a nossa Velhinha*," distribuía 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 innumeras situações frementes e trazendo a todos a solicitude do seu coração magnanimo, sempre voltado para os gestos altruisticos, 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 habito 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 bôa 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 civicos e sequioso de se libertar daquellas precarias contingencias materiaes, afim de continuar a lutar pelo aneio de um Brasil maior e melhor.

Assim, era aquella a quem todos chamavam de uma maneira intima, 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, seryiam como capellães desse Estabelecimento: Entre outros lembramos-nos dos seguintes: Monsenhor Lopes, Padre Cicinato, Conego Dr. Boucher Pinto, Padre Dr. Thomaz Fontes, Padres do Coração de Maria, Padre Dr. Manoel Soares, Mounse-nhor 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 incommensuravel dos mysterios de além tumulo, usufruindo os proventos das suas renuncias e sacrificios suportados com raro estoicismo, na consecução desse Grande objectivo: "A' Gloria 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 directrices 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 acessivel, onde os espiritos soffredores, possam encontrar, para os seus tormentos e afflicções 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 irrestricto 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 diuturno da verdadeira caridade e na pratica 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 doutrinaría elle procura ouvir ao tomar e lêr tudo quanto se grava no interior dos corações

attribulados, 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 Epistolas de São Paulo, atravez dessa determinação categorica: "Dille et lege."

Terminando essas considerações, sobre a acção constructora das Irmãs de São Vicente de Paula, nos Hospitales 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 côres symbolicas das suas indumentarias, um pedaço do céu 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.