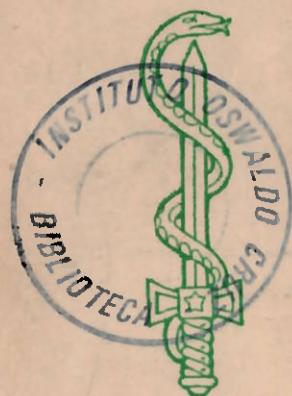


240

Anais DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

M.S. D.N.S. S.N.L.
INSTITUTO DE LEPROLOGIA
- Biblioteca -
Rec. 15/10/70
RIO DE JANEIRO, GB.

Evangelista
de Souza
Bolívar



N.º 14 ESPECIAL 1969

22 - 3 - 1890

79.º da Criação

20 - 6 - 1902

67.º da Instalação



Professores, Generais, Almirantes, Brigadeiros, senhoras e altas personalidades cantam o hino da Pátria na sessão solene de abertura do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar, 1969, São Paulo.



Parcial aspecto da assistência que compareceu ao IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar, em São Paulo, 1969.

INSTITUTO DE LEPROLOGIA
- Biblioteca -
Rec. 15/10/70
RIO DE JANEIRO, GB.

2
RELAÇÃO DOS DIRETORES EFETIVOS DO HOSPITAL

CENTRAL DO EXÉRCITO DESDE 1890 (Fundação)

ATÉ A PRESENTE DATA

- 1 — Coronel Dr. Antônio Pereira da Silva Guimarães — de 16-4-1890 a 3-9-1890;
- 2 — Cel. Dr. José Porfírio de Melo Matos — de 3-9-1890 a 19-9-1898;
- 3 — Ten. Cel. Dr. Flávio Augusto Falcão — de 19-11-1898 a 20-5-1903;
- 4 — Ten. Cel. Dr. Raimundo de Castro — de 27-5-1903 a 1-4-1904;
- 5 — Ten. Cel. Dr. José de Miranda Cúrio — de 9-4-1904 a 26-12-1904;
- 6 — Ten. Coronel Dr. Ismael da Rocha — de 26-12-1904 a 1-4-1908;
- 7 — Ten. Cel. Dr. Antônio Ferreira do Amaral — de 10-5-1909 a 31-12-1914;
- 8 — Ten. Cel. Dr. Manuel Pedro Vieira — de 2-1-1915 a 14-12-1918;
- 9 — Cel. Dr. Virgílio Tourinho Bitencourt — de 14-12-1918 a 15-7-1920;
- 10 — Cel. Dr. José de Araújo Aragão Bulcão — de 15-7-1920 a 16-11-1922;
- 11 — Cel. Dr. Antônio Nunes Bueno do Prado — de 16-12-1922 a 2-5-1923;
- 12 — Coronel Dr. Sebastião Ivo Soares — de 16-7-1923 a 15-10-1924;

- 13 — Cel. Dr. Alvaro Tourinho — de 15-10-1924 a 11-4-1929;
- 14 — Cel. Dr. Manuel Petrarca de Mesquita — de 11-4-1929 a 24-1-1935;
- 15 — Cel. Dr. Antônio Alves Cerqueira — de 11-2-1935 a 24-6-1936;
- 16 — Coronel Dr. José Acilino de Lima — de 29-6-1936 a 12-6-1941;
- 17 — Coronel Dr. Florêncio Carlos de Abreu Pereira — de 7-11-1941 a 27-12-1945;
- 18 — Coronel Médico Dr. Humberto Martins de Mello — de 24-1-1946 a 15-7-1946;
- 19 — General Méd. Dr. Alfredo Issler Vieira — de 15-7-1946 a 18-11-1949;
- 20 — Gen. Méd. Dr. Achiles Paulo Galloti — de 30-11-1949 a 11-11-1951;
- 21 — Gen. Méd. Dr. Olarico Xavier Airoza — de 7-10-52 a 10-8-1953;
- 22 — Gen. Méd. Dr. Arthur, Luiz Augusto de Alcântara — de 12-11-1951 a 30-9-1952;
- 23 — General Médico Dr. Generoso de Oliveira Ponce — de 18-3-1959 a 1-4-1960;
- 24 — General Médico Dr. Olivio Vieira Filho — de 4-4-1960 a 15-4-1963;
- 25 — Gen. Méd. Dr. João Maliceski Junior — de 7-5-1963 a 3-12-1965;
- 26 — Gen. Méd. Dr. Alvaro Menezes Paes — de 20-1-1966 a 12-4-1966;
- 27 — Gen. Méd. Dr. Galeno da Penha Franco — de 7-7-1966 (atual diretor).

Sumário

Atividades Científicas e a Participação do Hospital Central do Exército — <i>Gen. Méd. Dr. Galeno da Penha Franco</i>	1
Psicoses de Guerra — <i>Ten. Cel. Méd. Dr. César Poggi de Figueiredo Filho</i>	1
Epilepsia nas Fôrças Armadas — <i>Ten. Cel. Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira</i>	7
A Cirurgia Plástica no Serviço de Saúde do Exército — <i>Ten. Cel. Méd. Dr. Bergson Maciel Pinheiro</i>	13
Tratamento das Fraturas Diafisárias da Tíbia — 2.º <i>Ten. R/2 Dr. Elias Henrique de Carvalho Netto</i>	15
Verbetes Eletrocardiográficos — <i>Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva</i>	19
Conceito de Varicocéle — <i>Ten. Cel. Méd. Dr. Gastão de Carvalho Souza</i>	23
Tumor de Krukenberg - Considerações em Torno de um Caso — <i>Ten. Cel. Dr. Gastão de Carvalho Souza</i>	59
Tromboses Venosas de Esfôrço — <i>Antônio J. Monteiro da Silva e Márcio Leal de Meirelles</i>	67
Tratamento Cirúrgico das Fístulas-Artério-Venosas Traumáticas — <i>Antônio J. Monteiro da Silva</i>	67
Traumatismo da Artéria Poplítea. Considerações sobre um Caso com Excelente Resultado — <i>Antônio J. Monteiro da Silva — Márcio Leal de Meirelles</i>	67
Falsos Aneurismas Após Traumatismos Arteriais Considerações sobre Prevenção e Conduta Cirúrgica — <i>Antônio J. Monteiro da Silva e Márcio Leal de Meirelles</i>	68
Traumatismos Vasculares na Prática Civil — <i>Antônio J. Monteiro da Silva, Aldio Leite, Eimar Araújo, J. C. Côrtes, Maldonat Santos, Márcio Leal de Meirelles e Rodolfo Périssé & Haroldo A. Rodrigues</i>	68

Oclusões Arteriais Agudas. Uso do Cateter de Fogarty Antônio J. Monteiro da Silva e Márcio Leal de Mel- relles	69
Características Gerais das Síndromes Simuladas — Ten. Cel. Dr. César Poggi de Figueiredo Filho	81
Diagnóstico Diferencial entre as Síndromes Depressivas e suas Congêneres Simuladas — Ten. Cel. Méd. Dr. Cé- sar Poggi de Figueiredo Filho	75
Diagnóstico Diferencial entre as Síndromes Maníacas e suas Congêneres Simuladas — Ten. Cel. Méd. Dr. César Poggi de Figueiredo Filho	89
Considerações Terapêuticas do Alcoolismo Crônico no Âmbito do PNP do H.C.E. — Maj. Méd. Dr. Enio Fabiano	83
Atuação do Serviço Social Psiquiátrico no PNP do H.C.E. — Maj. Méd. Dr. Enio Fabiano, Dr. Danillo J. Bizzotto, Anna Maria Kikilian e Vera Maria Galvão Salinas . . .	87
O Serviço Social Integrando a Equipe Psiquiátrica — Maj. Méd. Dr. Enio Fabiano, As. Ana Maria F. de Sousa, As. Ana Maria Kikilian e As. Vera Maria G. Salinas . . .	93
O Serviço de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação no PNP do H.C.E. — Maj. Méd. Dr. Tong Ramos Vianna Cap. Méd. Dr. Antônio Ferreira Duarte Filho, 2.º Ten. Méd. Dr. Luiz Lerner, Dr. Dirceu Galvão de França e Inalda Duarte do Nascimento	97
Estudos Sobre um Vaso-Dilatador Simpaticolítico nos Dis- túrbios Circulatórios Cerebrais — Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke	105
Resultados Preliminares Obtidos Durante Quatro Vezes de Pesquisa com um Agente Unimolecular - Doxepina — Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke	115
Situação Atual dos Ex-Combatentes da FEB Visto pela Psiquiatria — Dr. Juvenal Dias dos Santos e Dr. José Danillo Bizzotto	123
A Incidência da Esquizofrenia nos Recrutas Baixados no Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército no Biênio 1967-1968 — Dr. Danillo J. Bizzotto, Dr. Osiris Costeira e Dr. Juvenal Dias dos Santos . .	133

Editorial

ATIVIDADES CIENTÍFICAS E A PARTICIPAÇÃO DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Gen. Méd. Dr. GALENO DA PENHA FRANCO

Diretor do H.C.E.

Constitui, sem dúvida, na vida médica do país, nes-
tes oitenta anos, de alto relêvo, a participação do Hos-
pital Central do Exército nas atividades científicas.

Muitas páginas de cirurgia e de medicina assisten-
cial, com pioneirismo, foram escritas pelos que, em tô-
das as épocas, contribuiram, com extrema dedicação,
para valORIZAR o homem brasileiro.

Enumerar, em rápido editorial, seria de fato, im-
possível, face à multiplicidade de fatos já públicos e
já inscritos nos fastos da história médica do país.

Seria, no entanto, indispensável relembrar que des-
de 1941, quando, a “Reunião dos Clínicos”, do H.C.E.,
em movimentada deliberação transformou-se em “Cen-
tro de Estudos”, dando guarida, nas suas discussões
construtivas, a formação de uma equipe de profissionais
dedicada, inteiramente, às Ciências da Saúde.

Data, de então, a criação da Academia Brasileira de
Medicina Militar, que durante os seus quase trinta anos
tem propagado os alevantados ideais da Medicina Mili-
tar de que o Hospital Central do Exército, é, sem con-
testação, marco de real importância, pedra angular de
aspirações sadias. Desde então, em tôdas as oportuni-
dades, o Hospital Central do Exército, pelas suas equi-
pes, tem estado presente aos mais variados debates em
prol do incentivo à pesquisa médica.

O reaparecimento dos “Anais do HCE”, interrom-
pidos desde 1946, assinalou, em verdade, uma nova eta-
pa de divulgação do que, intra muros sempre foi feito
conforme foi consignado nos números 11, 12 e 13 apa-
recidos em nossa gestão.

Nestas páginas, dêste número especial, comemora-
tivo, também, do próximo 80.º aniversário do Hospital



Central do Exército, em Março de 1970, ao lado de outro número, o 15.º volume que será publicado, dentro de pouco tempo, estarão fixados alguns trabalhos de profissionais deste nosocomio que atuaram no IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar, reunido em S. Paulo, verdadeira apoteose da medicina militar indígena. Tanto em S. Paulo entre as mais credenciadas figuras da medicina civil, como no Rio, a medicina militar apresentou-se com as credenciais que lhe são inerentes, aquelas de pesquisadores da medicina.

Algumas fotos aqui aparecidas, fixam, ainda, o intercâmbio do H.C.E., com o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, de significado alto e realce eloquente. Estão, pois, entrelaçados com as grandes iniciativas das ciências médicas brasileiras os que, com inaudita preocupação de bem servir neste Hospital Central do Exército, de tantas tradições, mourem, constantemente para que a missão da medicina militar continue a merecer a gratidão da Pátria estremecida e da humanidade sofradora.



Em nome dos agraciados pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões fala o Diretor do Hospital Central no Exército, Gen. Dr. Galeno da Penha Franco que profere conferência.

Temas Oficiais

PSICOSES DE GUERRA

Ten. Cel. Méd. Dr. CESAR POGGI DE FIGUEIREDO FILHO

Sob a denominação genérica de psicoses de guerra designam-se as desordens mentais graves, não neuróticas, consequentes às vicissitudes físicas e morais de uma situação bélica.

O estudo dessas psicoses oferece, desde logo, um aspecto interessante: o da sua autonomia nosológica.

A perspectiva etiopatogênica das psicoses de guerra não permite que sejam destacadas das suas congêneres da paz, pois o acidente bélico tem um ação apenas desencadeante, sendo idênticos os mecanismos geradores.

Um estudo perfunctório das psicoses que têm a guerra como sua génesis, nos conduz a uma das três hipóteses seguintes:

1) — psicoses reativas, nas quais a potente carga emocional dos incidentes guerreiros é bastante para gerar a doença;

2) — psicoses processuais, nas quais os traumatismos psicosíicos dos combates precipitam a eclosão do sintomas;

3) — psicoses consequentes a lesões encefálicas por traumatismos crânicos.

Em nenhum desses casos há uma especificidade para a guerra como causa produtora da psicose, qualquer situação catástrofica — inundações, terremotos, naufrágios e etc. — é capaz de realizar quadros mentais semelhantes, seja pela influência exclusiva de tensões emocionais excessivas, seja pela ação direta dos traumatismos crânio-encefálicos.

Os argumentos aduzidos para explicar o aparecimento da sintomatologia, são os mesmos que os psicanalistas, culturalistas, constitucionalistas e reflexologistas sempre utilizaram para as psicoses da paz.

Como em qualquer outro tipo de psicose, os freudianos ortodoxos acham que a doença é exteriorização de um acordo entre o "ID" e o "SUPER-EGO"; o "ID" acedendo aos apelos eróticos de viver e recusando às solicitações tânicas de destruição; o "SUPER-EGO", encarnando as coações sociais, pedindo o sacrifício da vida própria e alheia pelas convenções de honra. A psicose atenderia aos dois reclamos e não matando ou desonrando o soldado, justificaria a sua ausência da batalha. Noutra ordem de idéias, a mesma escola vê na psicose de guerra a conciliação entre os princípios opostos do prazer e da realidade, o primeiro aconselhando a fuga e o segundo exigindo o cumprimento do dever.

Yung e seguidores também têm uma explicação comum para as psicoses da guerra e da paz: o psicótico seria o indivíduo adesivamente fixado às exigências de sua "persona" (face social exibível do seu psiquismo) e da sua "sombra" (manifestação instintiva de seus arquétipos) e pagaria o alto preço da psicose para conciliar essas solicitações antagônicas.

Pelos postulados adlerianos a psicose de guerra resultaria da incapacidade individual de enfrentar a situação bélica e pela postergação da "vontade de poder", o soldado se lançaria em "minusvalia". A doença justificaria a ausência do "protesto viril" e expressaria o fracasso de resolver o problema Eu-Tu do relacionamento social e, para os militares de carreira, a insolubilidade da realização profissional.

Os culturalistas, na mesma linha de raciocínio de Jean Jacques Rousseau, no seu "Discurso Sobre a Desigualdade Entre os Homens", admitem que os indivíduos seriam originariamente bons e que a guerra seria uma necessidade derogatória criada pela cultura e cuja insatisfação lhes tiraria a segurança e os obrigaria ao recurso espúrio da psicose.

As agitações psicomotoras e os estupores psicóticos da guerra seriam, para os constitucionalistas, a manifestação de mecanismos ancestrais de defesa preformados em todo homem e que surgiriam sempre que o instinto de conservação fosse ameaçado. Seriam apenas exemplos do "reflexo de imobilização" e da "tempestade de movimentos": os peixes ameaçados por inimigos mais potentes, se imobilizam até atingir a uma rigidez hipnoidal e os pássaros presos numa sala, numa tempestade cínética, executam movimentos ilógicos e tumultuados, só ocasionalmente encontrando uma janela aberta. As agitações psicomotoras e os estupores bélicos, assim, seriam regressões às etapas primevas da filo e ontogênese, com uma liberação das instâncias inferiores do controle da vontade, com predomínio das tendências instintivas, automáticas, ou reflexas, aquilo que o Prof. Nobre de Melo chama de "império dos mecanismos hipobúlicos".

O vastíssimo estudo experimental das escolas reflexológicas, tanto a russa de Pavlov e Bechtereve e seus discípulos Ichnolsky, Krasnogorsky e Orbely, como da neo-behaviorista americana de Massermann e seus seguidores Cook, Gantt, Andersen, Parmanter, Dworkin, Cannon, Britton, Kolat e Lidell, não autoriza, também, à individualização etiológica das psicoses de guerra. Para eles, toda a psicopatologia é explicável pelas "alterações na intensidade dos processos de excitação e de inibição cortical ou pela irradiação anômala dos mesmos. A excitação demasiado intensa da cortiça cerebral, por um mecanismo de indução recíproca, produziria uma inibição (fase negativa) da mesma

forma que uma inibição intensa e prolongada conduziria, novamente, a uma excitação (fase positiva), sendo o fenômeno, no seu conjunto, nítidamente ondulatório. Essa fluidez, inadequação e alternância dos processos de excitação e inibição, acabariam por produzir uma rutura da síntese psíquica, com vivências de despersonalização e evolução posterior para as reações e processos esquizofrênicos. Essa alternância dos processos de excitação e inibição é, na guerra, a resultante do denominado "conflito psico-fisiológico", no qual o indivíduo é submetido à ação concomitante e intensa de condicionamentos excitatórios e inibitórios, o estímulo negativo representado pelo medo da morte e o positivo pela convocação ao cumprimento do dever, chocando-se a corticalidade do civilizado com a subcorticalidade do primitivo.

Nas psicoses bélicas de etiologia traumática a situação é idêntica, nada as distinguindo das acidentes da paz. São devidas à chamada encefalopatia traumática, atribuída a perturbações circulatórias, destruições celulares, aderências meningéias e, principalmente, a uma reação conjuntivo-neurógica cicatricial evolutiva.

Mas o argumento decisivo contra a individualização das psicoses de guerra nos é fornecido pelo dado estatístico de que a doença não apresenta maior incidência nos períodos bélicos, o que se explicaria pela maior coesão social desses tempos.

A casuística do Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do H.C.Ex., durante o período pre-bético, bélico e post-bético (anos de 1943, 1944, 1945, 1946, 1947 e 1948), confirma os fatos acima expostos. Durante o ano de 1943, quando a F.E.B. ainda não entrara em operações de guerra, passaram pelo P.N.P. 83 psicóticos, num total de 569 baixados, fornecendo um percentual de 14,7% de psicoses; em 1944, ano em que no mês de julho nossos soldados começaram a atuar, as psicoses foram 67 em 1033 baixados, perfazendo 6,4%; em 1945, 47 psicoses em 688 baixas, dando 6,8%; em 1946, 45 psicoses para 651 baixas, sendo a incidência de 6,9%; em 1947, ocorreram 36 casos de psicoses para 740 baixas, sendo a incidência 4,8%; finalmente, em 1948, verificaram-se 28 psicoses para 510 baixas, fornecendo uma incidência de 5,4%.

O diagnóstico de psicose de guerra jamais foi usado pelos médicos militares e, durante a época estudada, apenas em 9 casos houve referência diagnóstica à situação bélica, assim mesmo em neuroses que foram rotuladas como de guerra. Os diagnósticos obedeciam à nomenclatura comum de esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva, psicoses sifilíticas e etc..

Não cabem discussões sobre formas clínicas e respectivas sintomatologias pois, dentro do critério finalista adleriano, os sintomas oferecem uma importância secundária.

No que se refere ao tratamento existem três princípios básicos e que individualizam a situação guerreira:

- 1) — tratamento tão a frente quanto possível;
- 2) — centralização dos recursos para a triagem e tratamento;
- 3) — evitar a atmosfera de hospital.

Os resultados obtidos com êsses princípios básicos na 2a. Guerra Mundial, podem ser sintetizados da seguinte maneira: 50% dos casos neuro-psiquiátricos voltaram às funções de combate; 30% foram aproveitados em funções de serviços de retaguarda; 10% foram irrecuperáveis para a guerra, sendo evacuados do Teatro de Operações.

RESUMO

O Autor opina que as psicoses de guerra não merecem uma autonomia nosológica, pois etiopatogênica mente têm o mesmo significado das psicoses que ocorrem na paz. Estuda perfuntoriamente as teorias etiopatogênicas psicanalíticas, neo-psicanalíticas, constitucionalistas e reflexológicas, demonstrando que explicam igualmente as psicoses da guerra e da paz. Apresenta, como argumento decisivo, o fato de não aumentar a incidência das psicoses durante as conflagrações.

Aborda, depois, os dados estatísticos do Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do H.C.Ex., socorrendo-se dos mesmos para apoiar suas afirmativas.

Não descreve formas clínicas, nem sintomatologias, mas fornece as peculiaridades do tratamento psiquiátrico na guerra e oferece os resultados da terapêutica na 2a. Guerra Mundial.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — O Sincretismo Etiopatogênico das Neuroses (Revista Brasileira de Medicina Militar) Poggi
- 2) — Tratado de Psiquiatria Ey Bernard e Brisset
- 3) — Dicionário de Psiquiatria Porot
- 4) — Manual de Psiquiatria Mira y Lopes

Résumé

L'auteur donne son avis sur les psychoses que pasce que, sans l'aspect etiopathogenique elles ont le même sens que le psychoses produites à la paix. Il étudie, superficiellement les théories etiopathogeniques psychanalytiques, neo-psicanalitiques, constitutionnelles et reflexologiques, démontrent qu'elles

expliquent également les psychoses de guerre et celles de la paix.

Comme argument décisif, il présente le fait de la non argumentation de l'incidence des psychoses pendant les conflagrations.

Ensuite il se secourt des données statistiques du Pavillion de Neuro-Psychiatric de l'Hospital Central de l'Armmée pour appuyer ses affirmations.

Il ne décrit des formes cliniques ni symptomalogies, mais il fournit les caractéristiques du traitement psychiatrique de la Second Guerre Mondiale.

SUMMARY

The author says that the psychoses of war don't deserve a nosologic autonomy because etiopathologically they have same-sense as the psychoses, that occur in peace time. He studies perfunctorily, the psychoanalitical etiopathogenic, neo-psychanalitical, constitutionalist and reflexological theories showing that they explain equally the psychoses of war and of peace.

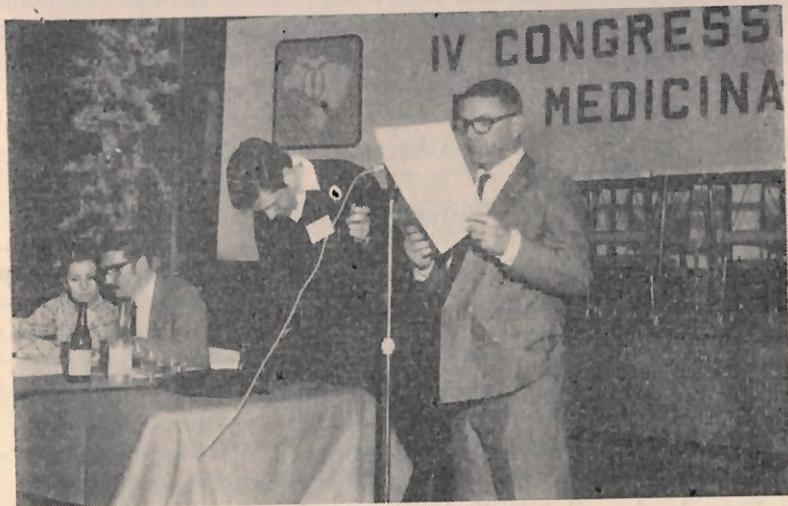
He presents as a decisive argument the fact that the psychoses didn't increase in number during war time.

Then he broaches the statistics of the Neuro-Psychiatry Pavilion of the Central Army Hospital using them to support his assertions.

He doesn't describe clinical forms or symptomatology but he gives the peculiarities of the psychiatric treatment during war and presents the therapeutical results of the Second World War.



Aspecto da entrega do diploma do Colégio Brasileiro de Cirurgiões ao acadêmico Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho



Em outra sessão de temas livres do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar, o acadêmico Dr. Cesar Foggi de Figueiredo Filho, do Hospital Central do Exército lê uma de suas contribuições



Expõe com rara clareza no IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar o Prof. Ivo Pitangui vendendo-se, também, o Dr. Bergson do H.C.E. e o Dr. Barroso.

EPILEPSIA NAS FÔRÇAS ARMADAS

Ten. Cel. Méd. Dr. JOSÉ LUIZ CAMPINHO PEREIRA

Das mais freqüentes entre as afecções cerebrais, representa a Epilepsia um tema sempre atual a aguçar o instinto de curiosidade do pesquisador, quer seja pelo polimorfismo sintomático de sua patologia, quer pelas incógnitas étio-patogênicas que subsistem na maioria dos seus casos, quer ainda e, sobretudo, pelos graves problemas sociais que acarreta. Longe vai o tempo em que se identificava o "Morbus sacer" com a repetição periódica de episódios de perda da consciência acompanhados de convulsões tônico-clônicas generalizadas, longe vai o tempo em que se considerava a Epilepsia uma entidade nosológica autônoma, hereditária, estigmatizante... Para nós, atualmente, Epilepsia é um termo que engloba um conjunto de manifestações clínicas paroxísticas, de caráter iterativo, provocadas por descargas neuronais hipersincrônicas, autorítmicas. De acordo com os sistemas cerebrais ativados pelas descargas excessivas e desordenadas de conglomerados neurônicos altamente diferenciados, temos acentuadas diferenças qualitativas e quantitativas entre as diversas manifestações comiciais. A Epilepsia é uma e múltipla: una no seu mecanismo fisiológico; múltipla na sua exteriorização clínica. Não aceitamos hoje a existência de uma Epilepsia-doença no sentido pleno da palavra; é falsa, arbitrária, a divisão em Epilepsia sintomática e essencial. Os acessos polimórfos da chamada Epilepsia verdadeira têm o mesmo mecanismo de ação dos provocados pelas diversas afecções orgânicas do encéfalo, apenas a sua origem não foi determinada. A única classificação possível, de acordo com a secular teoria jacksoniana, admiravelmente desenvolvida pela Escola Canadense, tem como critério o ponto de partida da descarga comicial. Toda Epilepsia é focal: Uma lesão anatômica ou "bioquímica" em qualquer parte do encéfalo provocará uma descarga excessiva de neurônios que poderá ficar circunscrita ou generalizar-se dando origem à crise epiléptica, mais ou menos extensa, limitada a poucos circuitos nervosos ou interessando grandes massas de tecido cerebral e múltiplos sistemas de projeção transcorticais e subcorticais. Admitindo-se êsses conceitos, vastíssimo é o campo do epileptólogo. Não existe qualquer afecção cerebral que apresente a soma de interesses oferecidos pela Epilepsia ao neurologista, ao psiquiatra, ao neuro-cirurgião, ao psicólogo, ao assistente social, ao fisiologista, ao bioquímico. Não é de estranhar portanto, a inclusão da Epilepsia entre os temas oficiais deste 4º Congresso Brasileiro de Medicina Militar. Dela ocupou-se o último

Congresso Brasileiro de Neurologia em Recife, onde simultaneamente realizou-se o primeiro encontro nacional de electroencefalografistas com dezenas de trabalhos referentes à enfermidade dos deuses. Foi ultimamente objeto das atenções dos Serviços de Saúde do Exército e da Aeronáutica com a sua inclusão no termário oficial das suas Jornadas Médico-militares. Não há Congresso nacional ou internacional que dela não se ocupe com especial atenção. E muito há o quer fazer ainda. O 5% da população mundial espera pela sua redenção. Dos esforços combinados de clínicos e de assistentes sociais ao lado dos neuro-farmacólogos, bioquímicos e electro-fisiologistas, muito foi conseguido e muito mais se conseguirá.

Honrados com a nossa inclusão entre os participantes deste Seminário destinado à avaliação da Epilepsia nas Forças Armadas, procurarei fazer uma síntese do que nos foi dado observar durante treze anos de atividade nesse setor no Pavilhão de Neurologia e Psiquiatria do Hospital Central do Exército.

De 1956 a Setembro de 1969, internaram-se no PNP, tendo alta com o diagnóstico de Epilepsia, 1469 pacientes, cifra esta que representa 8.56% do total de baixas ao referido Pavilhão com uma média de 113 doentes anuais. No mesmo período foram atendidos em regime ambulatório 910 crianças com problemas comiciais, representando 32% do total de pacientes externos. O Gabinete de Electrencefalografia, realizando exames para médicos estranhos ao Serviço além dos solicitados por nós, executou durante estes treze anos 13.709 exames sob nossa direção. A percentagem de 8.56% de internações do total de casos neuro-psiquiátricos é aproximadamente a mesma encontrada pelo relator no Hospital Geral de Porto Alegre no biênio 1954-1955 onde verificamos 61 comiciais em 726 baixados à 8a. Enfermaria por nós então dirigida. Idêntica percentagem observa-se no Hospital Geral de Curitiba durante o quinquênio 1965-1969, com uma média de 30 casos anuais segundo dados que nos foram gentilmente oferecidos pelo Dr. Fernando Carvalho.

Nos 1469 pacientes internados foram os seguintes os tipos de crises observadas, considerando-se que um mesmo paciente pode apresentar vários tipos de manifestações comiciais.

1 — Crises generalizadas

a — Manifestações convulsivas (Grande mal típico)	798
b — Crises de pequeno mal	Ausências 38
	Acinéticas 4
	Mioclônicas 17
	Total 857

2 — Crises focais

a — Motoras (parciais ou do tipo jacksoniano)	213
b — Psicomotoras	597
c — Vegetativas	112
d — Sensitivas	43
e — Sensoriais	24
Total	889

88% dos pacientes estavam compreendidos no grupo etário 18-20 anos. No ambulatório, com predominância acentuada de pacientes infantis, foram encontradas as seguintes manifestações comiciais:

1 — Crises generalizadas	213
a — Manifestações convulsivas (Grande mal)	
b — Pequeno Mal	
	Ausências 214
	Acinético 2
	Mioclônico 1
c — Espasmos infantis	23

2 — Crises focais:

a — Motoras (parciais)	13
b — Sensitivas	1
c — Sensoriais	2
d — Vegetativas	4
e — Atáxicas	7
f — Psicomotoras	128
Facientes sem crises (Distúrbios do comportamento infantil)	213

Chamamos atenção particularmente para a grande freqüência das manifestações generalizadas nas crianças, ao contrário do grupo de 18-20 anos no qual predominam as manifestações focais. O número de crises psicomotoras é bastante avantajado em ambos os grupos. Merece ainda referência especial o grande número de crianças comiciais sem crises características, mas apenas com alterações do comportamento.

Entre os internados constatamos apenas 15 casos de Psicoses Epiléptica, cerca de 1% do total de comiciais. Alterações psíquicas graves intercríticas foram anotadas em 149 pacientes ou cerca de 10%.

Os resultados electrencefalográficos foram os seguintes:

PACIENTES INTERNADOS	
FEG GENERALIZADO — 585 pacientes	
Bissincronias difusas	488
Inespecífico	97

EEG FOCAL 830 pacientes, sendo 682 temporais ou fronto-temporais.

EEG COMPREENDIDO NOS LIMITES NORMAIS 54 pacientes

PACIENTES DE AMBULATÓRIO:

EEG GENERALIZADO 323 pacientes

Hipssarritmia 7

Síndrome de Lennox 6

Bissincronias difusas 127

Inespecífico 183

EEG FOCAL — 554 dos quais 481 temporais ou fronto-temporais

EEG COMPREENDIDO NOS LIMITES NORMAIS 33 pacientes

Salienta-se o grande número de alterações paroxísticas temporais, representando cerca da metade dos exames em ambos os grupos etários. O número de registros normais foi relativamente pequeno, inferior a 4% da população examinada.

No que tange aos resultados terapêuticos procuramos não se estabelecer rotina no Serviço respeitando-se a individualidade de cada epiléptico. Sempre com o cuidado de se evitar a superdescarga e a supressão brusca do antiepileptico, preferimos geralmente as associações. O controle das crises foi obtido em 78% dos pacientes internados e em 64% dos externos. A primidona demonstrou ser o mais eficiente anticonvulsivante. Excelentes resultados foram colhidos com a carbamazepina nas manifestações temporais. No petit mal, preferimos as succinimidas, reservando o Tridione para os casos rebeldes. Com a retirada daquelas do mercado, empregamos atualmente com extraordinário êxito o Nitrazepam, bastante eficiente também nos espasmos infantis nos quais usamos ainda o ACTH. No estado de mal utilizamos até pouco tempo atrás a hidantoina injetável em altas doses, medicação que vem sendo substituída com vantagem pelos benzodiazepínicos.

Todos os pacientes foram submetidos à terapêutica ocupacional durante o tempo de internação, dando-se particular atenção às artes plásticas, recurso que nos parece de extrema valia.

Quanto às condições de alta, infelizmente, por uma questão doutrinária há muito estabelecida, não obstante as melhorias obtidas, predominam as por incapacidade física definitiva, com as terríveis repercussões sociais que acarretam. A partir do ano passado modificamos um pouco a rotina tradicional a que nos apegávamos, mantendo no serviço ativo número bastante numeroso de comiciais. Enquanto no ano anterior, em 111 altas por Epilepsia, 67 o haviam sido por incapacidade e 44 com retorno ao

serviço, em 1968, para 109 comiciais, demos apenas 41 altas por incapacidade, voltando às atividades militares 68 pacientes.

Concluimos a presente exposição fazendo um apelo às autoridades presentes para que seja reformulada a legislação sobre a aptidão do epiléptico. Pela nossa grande experiência com comiciais cremos não estarmos errados em adiantar que pelo menos 70% dos mesmos podem sem qualquer problema permanecerem no serviço. A história nos atesta o grande papel desempenhado em todos os tempos, em todas as atividades pelos epilépticos. Hoje em dia, com os progressos da terapêutica muito maiores possibilidades poderão ter os mesmos. É um absurdo encerrarmos os cofres públicos com reformas "piedosas", como um apressado parecer jurídico preconizou há bem pouco tempo, mas é um absurdo não menor jogarmos simplesmente na rua centenas de comiciais anualmente, jovens que encontrarão fechadas todas as portas no meio civil e que não terão outra coisa a fazer do que aumentar os índices de mendicância e de criminalidade da nossa Pátria. De 1 a 10%, talvez, de nossos pacientes poderão ter reforma por invalidez já que são portadores de psicose epiléptica ou de alterações psíquicas graves intercríticas que tornam precárias as suas possibilidades de prover os meios de subsistência. Um outro grupo, de 10 a 20% provavelmente deverá ser incapacitado pela rebeldia das crises à terapêutica habitual. São pacientes que, embora aptos para o exercício de certas atividades, podendo prover a subsistência (e o próprio Exército poderá aproveitá-los em certos estabelecimentos fabris, em atividades burocráticas, etc), não poderão, sem graves riscos, entregarem-se às atividades militares.

Os restantes, temos a certeza, não se distinguirão dos demais no desempenho de seus deveres para com a Pátria.

Por último queríamos dizer algumas palavras sobre as inspeções de saúde. O grupo de epilépticos graves evidentemente poderá ser bastante diminuído se melhores condições tiverem as Juntas por ocasião da convocação. O EEG de rotina é ainda um sonho, em face da precária disponibilidade em pessoal e material existentes no nosso meio, embora devesse ser obrigatório a todos os candidatos à AMAN e às escolas de formação de Sargentos. Poderemos todavia fazer uso de psicologia projetiva e utilizarmos testes coletivos por ocasião das inspeções de saúde que, com pouca margem de erro, poderão identificar a comiciação (temporal em particular) e reduzir bastante o número de reformas por invalidez que tanto vem preocupando os nossos Chefes.



Outro aspecto de uma sessão de temas livres do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar com participação de pessoal do Hospital Central do Exército.



O Maj. Dr. Tong Ramos Vianna, do Hospital Central do Exército profere exposição de um dos seus trabalhos ao IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar, em São Paulo, 1969

A CIRURGIA PLÁSTICA NO SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO

Ten. Cel. Méd. Dr. BERGSON MACIEL PINHEIRO

Ainda na gestão do então Coronel Diretor do Hospital Central do Exército, Dr. OLÍVIO VIEIRA FILHO, foi tomada a iniciativa de, em benefício do aperfeiçoamento técnico dos serviços médicos daquele Nosocomio, enviar facultativos a um Serviço de Cirurgia Plástica categorizado.

Tal medida foi concretizada pela designação de dois cirurgões, para que, sem prejuízo de suas atividades normais no Hospital, fizessem o Curso de Post-Graduação da Escola Médica da Pontifícia Universidade Católica, única, acreditamos, habilitada à formação de profissionais nessa especialidade, a cargo dessa figura de renome e realce internacionais, Professor Dr. IVO PITANGUY. Acolhidos com atenção e carinho pelo referido mestre proporcionou-nos o mesmo, todos os meios de aprendizagem e ensinamentos necessários, facultando-nos a aquisição dos conhecimentos básicos da especialidade. Não se encerrou com o término do Curso, essa colaboração. Afim de continuarmos atualizados em nossos conhecimentos técnicos, aceitou-nos como auxiliares de ensino em seu Serviço, função que nos orgulhamos de exercer até a presente data.

Por questão de elementar espírito de justiça cabe ressaltar o espírito de compreensão dos Srs. Diretores, em cujas gestões foi tomado corpo a organização do Serviço em nosso Hospital Padrão: Generais Médicos Drs. JOÃO MALICESKI JUNIOR, ÁLVARO MENEZES PAIS, e por último, a quem coube tomar as medidas finais de instalação do Serviço, o General Médico, atual Diretor do Hospital Central do Exército, Dr. GALENO DA PENHA FRANCO.

Especialidade relativamente nova, em que a preocupação de reconstruir as deformidades dos tecidos, corrigir as distorções corporais e melhorar os defeitos da forma humana, teve suas raízes no chamado período oriental da Cirurgia Plástica, tal como a praticavam os hindús, há cerca de 400 anos, antes de Cristo. E assim, desde o período de Celso e Galeno, em que a mulher era considerada mero receptáculo de sêmen masculino, válvula de escape, como muito bem diz Pick em livro clássico de Cirurgia Reparadora, até o verdadeiro avanço revolucionário de nossos dias, passando por nomes como Blair, Davis, Padgett, Ferris, Smith, Bunnell, Kazanjian, Burian e culminar, já em nossos dias, com Sir Harold Gillies com sua publicação em 1920 de sua "PLASTIC SURGERY OF THE FACE", estruturador da Cirurgia Plástica Moderna como especialidade autônoma.

Assim é que, imbuídos pelo entusiasmo desses predecessores de nossa especialidade, decorrente da seriedade e espírito acadêmico sempre presentes no curso de formação que freqüentávamos, em instalações cedidas pelo Sr. Chefe do Pavilhão de Ortopedia, Coronel Dr. PAULO DE CARVALHO, conseguimos mercê de DEUS e com apoio e compreensão de nossos Chefs, organizar um Serviço de Cirurgia Plástica em nosso Hospital Padrão do Serviço de Saúde do Exército, modesto em suas instalações, modesto em seus recursos, mas suficientemente habilitado para atender com eficiência às exigências mínimas de uma assistência especializada.

Consta nosso Serviço de onze quartos e apartamentos, um Centro Cirúrgico, pessoal médico habilitado e enfermagem constituída de elementos, em sua quase totalidade, regularmente formadas por escolas de enfermagem especializadas. Tendo iniciado oficialmente seu funcionamento em agosto próximo passado, nossa casuística é modesta. Por isso, pedimos vénia e benevolência para a mesma, apresentada menos como demonstração de nosso padrão técnico, senão como uma afirmativa de que já existe em pleno funcionamento em nosso Serviço do Exército, plenamente estruturado, um Serviço de Cirurgia Plástica Reparadora.



A saudação do secretário do Colégio Brasileiro de Cirurgiões aos recém-empossados, todos do Hospital Central do Exército.

TRATAMENTO DAS FRATURAS DIAFISÁRIAS DA TÍBIA

2.º Ten. R. 2 Dr. ELIAS HENRIQUE DE CARVALHO NETTO

RESUMO

Devido à grande variedade de tipos de fraturas dos ossos da perna, acreditamos que a terapêutica não deve obedecer a um critério basicamente conservador ou intervencionista e sim ser flexível, dependendo sobretudo do bom senso do especialista. O tratamento conservador deve sempre ocupar o primeiro plano, pois oferece vantagens reais em nosso meio, mobilizando precocemente o paciente e o leito. A indicação cirúrgica deve ser uma medida de exceção. O trabalho é apenas o início da observação da terapêutica das fraturas tibiais onde o método conservador é defendido. Apresentamos o resultado de 28 fraturas tratadas no período de 1966 a 1969, baseado nas experiências do tratamento conservador proposto por Nicoll, Slatin e Rokkanen e mais recentemente no trabalho de Sarmiento. A indicação cirúrgica fica reservada para os graves deslocamentos, interposição muscular, fraturas expostas (sem osteossíntese), fraturas cominutivas, principalmente com fragmento triangular, redução incruenta impossível e retardo de consolidação. Dezoito casos foram tratados com aparelho gessado cruro-pedálico após redução e modelagem com a perna pendente e joelho em 90° ou através redução em mesa ortopédica com fixação bipolar. A marcha foi autorizada, em média, 96 horas após a colocação do gesso. Complicações: — apenas um caso de retardo de consolidação (9 meses), tratado com enxerto segundo técnica de Phemister. O tempo médio de consolidação foi 18,5 semanas (o critério adotado foi o abandono do gesso).

Outras dez fraturas foram tratadas através redução cirúrgica e estabilizadas com parafusos simples ou com placa, mais compressor de Müller. Complicações:

- um caso de retardo de consolidação, tratado segundo a técnica de Phemister;
- necrose cutânea nas bordas da ferida — dcis casos, sendo um tratado através de contraincisões laterais e o outro por enxerto "Cross-leg" previamente autonomizado. O edema pós-traumático e artrose tibiotársica ocorreram com maior freqüência cedendo após fisioterapia intensa. A prótese intramedular ainda

Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Central do Exército — Rio de Janeiro - GB.

não foi usada. O tempo médio de consolidação foi de 20,1 semanas. O atropelamento ocupa o 1º lugar entre as causas etiológicas. Quando o calo é exuberante, formando protusão na face anterior da tibia, é ressecado tangenciando-se o maior eixo da tibia. No retardo de consolidação, usamos a técnica de Phemister-Charnley baseada na justaposição de fatias de osso esponjoso no foco (retirado do ilíaco). O calo fibroso não é tocado. Concluímos que o tratamento conservador oferece mais vantagens e será motivo de maior observação de nossa parte.

RESUME

TRAITEMENT DES FRACTURES DIAPHYSAIRES DE LA TIBIA

A cause de la grande variété de types de fractures des os de la jambe, nous croyons que la thérapeutique ne doit pas obéir à un critère basiquement conservateur ou interventionniste, mais devant être plutôt flexible, ça dépendant surtout du bon sens du spécialiste. Le traitement conservateur doit occuper toujours le premier plan, parce qu'il offre des avantages réelles dans notre milieu, mobilisant précocement le patient et le lit. L'indication chirurgique doit être une mesure d'exception. Le travail est à peine le commencement de l'observation de la thérapeutique des fractures tibiales ou est défendue méthode conservatrice. Nous présentons le résultat de 28 fractures traitées dans la période de 1966 à 1969, basé dans les expériences du traitement conservateur proposé par Nicoll, Slatin et Rokkanen et plus récemment dans le travail de Sarmiento. L'indication chirurgique est réservée pour les déplacements graves, interposition musculaire, fractures exposées (sans ostéosynthèse), fractures comminutives, principalement avec fragment triangulaire, réduction non crue impossible et retard de consolidation. Dix-huit cas furent traités avec appareil plâtré de la cuisse au pied après réduction et moulage avec la jambe pendante et le genou à 90°, ou à travers réduction en table orthopédique, avec fixation bipolaire. Il fut autorisée la marche, en moyenne, 96 heures après le placement du plâtre. Complications: — à peine un cas de retard de consolidation (9 mois), traité avec greffe suivant la technique de Phemister. Le temps moyen de consolidation fut de 18,5 semaines (le critère adopté fut l'abandon du plâtre). Dix autres fractures furent traitées par réduction chirurgique et stabilisées avec des vis simples ou avec des plaques plus le compresseur de Müller. Complications: a) un cas de retard de consolidation, traité d'accord la

technique de Phemister; b) nécrose cutanée aux bords de la blessure — deux cas, un traité par contre-incisions latérales et l'autre par greffe "Cross-leg" préventivement autonome. L'œdème post traumatique et l'arthrose tibiotarsienne ont survécu avec plus grande fréquence après intense physiothérapie. La prothèse intramédullaire n'a pas encore été usée. Le temps moyen de consolidation fut de 20,1 semaines. Le renversement occupe la première place dans les causes étiologiques. Quand le cor est exubérant, formant protusion dans la face antérieure de la tibia, il est réséché, en suivant la tangente de la plus grande axe de la tibia. Pendant le retard de la consolidation, on use la technique de Phemister-Charnley fondée dans la juxtaposition de tranches de l'os épongeux dans le foyer (retiré du iliaque). Le cor fibreux n'est pas touché. Nous pouvons conclure que le traitement conservateur offre plus d'avantages et sera motif de plus grande observation en ce que nous concerne.

SUMMARY

TREATMENT OF DIAPHYSIAL FRACTURES OF THE TIBIA

Due to the many different types of leg bone fractures, we believe that the treatment should not adhere to a basically conservative criterion nor an interventionist one, but rather it should be flexible, depending principally upon the good judgment of the specialist. The conservative treatment should always occupy the first place, since it offers realistic advantages in our midst, with early mobilization of patient and bed. Surgery should be faced as an exceptional measure. The work is just the beginning of an observation of tibial fracture treatment, where the conservative method is supported. We have presented the results of 28 fractures treated during the period of 1966 through 1969, based on conservative treatment experiments proposed by Nicoll, Slatin and Rokkanen and more recently presented in the work of Sarmiento. Surgery is restricted to serious displacements, muscular interposition, exposed fractures (without osteosynthesis), triarticular fractures, chiefly those with triangular fragments, impossible bloodless fractures and delay in healing. Eighteen cases were treated with a thigh to foot plaster cast after reduction and modelling of the leg in a pending (hanging) position and the knee at 90° or by reduction on an orthopaedic table with bipolar fixation. Walking was allowed 96 hours from placing of cast. Complications: — a) a case of delay in consolidation (9 months), treated with a bone graft according to the Phemister technique. The mean time of consolidation was 18.5 weeks (the criterion adopted was abandonment of the cast). Ten other fractures were treated by surgery and stabilized with simple screws or with plates plus the Müller compressor. Complications: a) a case of delay in consolidation, treated according to the Phemister technique; b) skin necrosis at the edges of the wound — two cases, one treated by lateral counter-incisions and the other by a "Cross-leg" preventive autogenous graft. Traumatic oedema and tibiotarsal arthritis have survived with greater frequency after intense physiotherapy. The intramedullary prosthesis has not yet been used. The mean time of consolidation was 20.1 weeks. Inversion is the leading cause of etiology. When the bone is exuberant, forming a protrusion in the anterior face of the tibia, it is resected, following the tangent of the major axis of the tibia. During the delay in consolidation, the Phemister-Charnley technique is used based on the juxtaposition of cancellous bone slices in the focus (removed from the iliac bone). The fibrous callus is not touched. We can conclude that the conservative treatment offers more advantages and will be the subject of greater observation in so far as we are concerned.

plications: merely one case of delay in healing (9 months), treated with grafting according to Phemister's technique. Average healing time was 18,5 weeks (criterion adopted was discarding of cast). Ten other fractures were treated by means of surgical reduction and fixation by simple screws or with plaque plus Müller's compressor. Complications: a) one case of delay in healing, treated according to Phemister's technique; b) skin necrosis at borders of wound — 2 cases, one treated by lateral counter-incisions and the other by previous autonomic "Cross-leg" grafting. Post-traumatic edema and tibiotarsal arthrosis occurred more frequently, ceasing after intense physiotherapy. Inter-medular prosthesis has not yet been utilized. Average healing time was 20,1 weeks. Run-over accidents occupy the first place among etiological causes. When callus is exuberant, forming a protuberance in the forepart of the tibia, it is dried, touching along the edge of the largest axis of the tibia. In delayed healing, we use Phemister-Charnley's technique based upon the juxtaposition of slices of spongy bone at the focus (removed from the iliac). Fibrous callus is not touched. We have concluded that the conservative treatment offers more advantages and will be the cause of greater observation on our part.



Outro aspecto da sessão onde foram admitidos oficiais do Hospital Central do Exército, no Colégio Brasileiro de Cirurgiões e dentre eles, o seu diretor, General Galeno Penha Franco.

Temas Livres

VERBETES ELETROCARDIOGRÁFICOS

Cel. Méd. Dr. NILSON NOGUEIRA DA SILVA

1) A sobrecarga diastólica do VE, enquanto não se complica de isquemia e miocardite, faz crescer a onda R e a onda T fica positiva, alta, simétrica e acuminada nas VS, e nas periféricas que refletem potencial do VE (qR). Esse tipo de sobrecarga determina uma maior profundidade das ondas S nas VD. Quando chega a grau avançado, pode deprimir o segmento ST, deixando-o côncavo superior, nas derivações que refletem potencial do VE.

2) Causas mais comuns que levam ao crescimento ventricular esquerdo: hipertensão arterial, insuficiência aórtica reumática ou sifilítica, insuficiência coronária crônica, estenose aórtica reumática, congênita ou calcária; regurgitação mitral, persistência do canal arterial, coartação da aorta e fístula artério-venosa.

3) Em alguns casos de hipertensão arterial, cardio-angioesclerose e estenose ou insuficiência aórtica sifilíticas, a onda Q pode faltar em V5 e V6 (BIRE ou esclerose septal), e ser substituída por um espessamento situado nas primeiras porções do ramo ascendente de R nas ditas derivações.

4) A insuficiência aórtica sifilítica, apesar de acarretar sobrecarga diastólica do ponto de vista hemodinâmico, não produz ondas T altas, positivas nas VS.

5) A insuficiência coronária é um distúrbio fisiopatológico em que o débito coronário é inferior às necessidades metabólicas do miocárdio. O transtorno pode, ou não, trazer repercussões anatômicas (dano miocárdico), clínicas (sintomatologia), e eletrocardiográficas (sinais elétricos).

6) O padrão S1, S2, S3, com desvio do eixo elétrico para a esquerda e par cima a 40°, 60° e, até, a 80°, pode ser achado normal em 10 a 20% dos casos clínicos. Isto é devido a vetores basais mais desenvolvidos e aumentados, apontando para a direita e para cima. Às vezes caem as voltas de RV5 e RV6, devido à oposição dos vetores.

7) Os eletrocardiogramas em hemiplégicos crônicos podem se assemelharem aos traçados de "flutter".

8) A sobrecarga diastólica do VD produz, de imediato e freqüentemente, um BIRD, e promove aspecto polifásico nas precordiais direitas.

9) Katz chama de preponderância ventricular esquerda o aspecto Q1, Q2, Q3 (ponta para frente).

10) As ondas T negativas, acompanhadas de depressão do ST e mV5 e V6, podem ser devidas a uma sobrecarga sistólica do VE, a mudanças secundárias de repolarização por BRE ou ainda, menos facilmente, por isquemia subepicárdica e lesão subendocárdica de face lateral.

A elevação e simetria das ondas T sobre as derivações que refletem o potencial do VE, tanto podem obedecer a uma sobrecarga diastólica desse ventrículo, como a uma hiperpotassemia, a uma hiperemia por pericardite, ou, simplesmente, a um eretismo cardíaco em coração normal.

11) A onda monofásica é um gráfico monotópico dos efeitos da ativação através da membrana.

12) Há indícios de anormalidade nas derivações clássicas quando uma onda Q é de maior duração ou maior voltagem que a R dessa mesma derivação; quando QRS2 tem predomínio negativo; quando o QRS (chegando a 10 mms. ou mais) é sómente positivo ou sómente negativo em qualquer derivação "standard".

13) Há ondas T assimétricas anormais, porém não há ondas T simétricas normais. O primeiro ramo é sempre mais lento que o segundo.

14) Os entalhos, espessamentos e empastamentos do QRS são sugestivos de lesões miocárdicas difusas, se bem que possam ser encontrados em corações normais. Um empastamento inicial ou terminal que acompanhe um QRS de escassa voltagem pode ser normal. Quanto aos entalhos, o plano geral do VCG espacial é um pouco irregular, por isso o VCG frontal pode apresentar irregularidades notáveis, quando aparece de perfil.

15) A maioria dos traçados com baixa voltagem correspondem a corações clinicamente sãos, porque são freqüentes os fatores extracardíacos: enfisema pulmonar, ponta para trás, derames pericárdicos, pleurais ou ascíticos; edemas generalizados, enquanto que os fatores cardíacos: infarto, cárdo-esclerose, miocardite, e mixtos: pericardite constrictiva, insuficiência cardíaca com degeneração miocárdica, são menos freqüentes.

16) Ondas T achatadas, isocelétricas ou difásicas, que aparecem em V5 e V6, acompanhadas por um complexo qR, são sempre patológicas e fazem pensar em HVE ou insuficiência coronária crônica.

17) Na vagotonia e no eretismo cardíaco, é freqüente achar-se QRS positivo seguido de ST elevado, côncavo para cima com onda T positiva, alta e simétrica.

18) A eletrogênese dos traçados de hipertrofias tem ainda vários pontos obscuros: distinguem-se mal os efeitos das dilatações cavitárias dos de engrossamento ou hipertrofia das paredes. Confundem-se os limites entre as anomalias elétricas devidas a uma hipertrofia e as originadas por isquemia, por anoxia,

por mudança postural cardíaca, por transições de condução supraventricular ou por variação da freqüência cardíaca.

19) Na HVE, o VR apresenta QRS de predomínio negativo, tipo rS , exceto nos casos com acentuado desvio do eixo elétrico para a esquerda, nos quais pode haver QR (QR). A onda T, nesta derivação, se torna isocelétrica ou positiva.

20) TV1 e TV2 raras vezes são marcadamente negativas, simétricas e de aspecto coronário, mas, quando acontece, pensa-se em: estenose orificial da pulmonar, "cor pulmonale" agudo ou hipertensão essencial pulmonar.

21) Em 9% dos casos de BRE sem infarto, o VCG se inicia a mais de $+ 90^\circ$, dando uma pequena onda Q em DI.

22) Unidade Ashman é unidade de tempo-voltagem, obtida pelo produto da base pela altura ($0,40 \times 0,0001$) dos quadrinhos do traçado eletrocardiográfico. Esse produto é igual a: 0,000004 voltic-segundo, ou seja uma unidade Ashman.

23) A verticalização do coração não alcança produzir uma onda P negativa em D1. É preciso outra alteração. Assim, desvio do coração para a direita pode dar P1, difásica $+$. A dextrocardia com transposição das cavidades, produz P1 completamente negativa. P1 negativa faz pensar em dextrocardia ou tracca dos eletródios no braço. Uma dextrocardia com P1 positivo sugere ausência de transposição das cavidades cardíacas.

24) O espaço QT se encurta: taquicardia, simpaticotonía, ação digitálica, hipercalcemia, hiperpotassemia, alguns lesões subendocárdicas do VE;

aumenta: bradicardia, vagotonia, ação quinidínica e procainamídica, hipocalcemia, hipopotassemia, isquemia ventricular, avitaminoses B1 e B2, mixedema, cardite reumática e sobrecargas sistólicas ventriculares.

25) No enfisematoso pulmonar, com o coração descondido e dextrocardiado, e em alguns indivíduos longilíneos normais, pode achar-se rSr nas precordiais direitas normalmente.

26) Os complexos polifásicos, os complexos em M, os em rsR, rsRS, se bem que possam ser encontradas em corações clinicamente sãos, sugerem bloqueio de ramo ou crescimento ventricular direito.

27) A direção normal do AT varia entre 0° (T3, negativa; T1 maior que T2; T, isocelétrica, em VF) até $+ 70^\circ$ (T3 maior que T1; T, negativa, em aVL). Podem ainda ser normais posições como 10° (T, negativa em aVF; T2, positiva ou difásica $+$, de predomínio positivo) e $+ 83^\circ$ (T1, achatada, ou difásica $+$, de predomínio positivo).

28) Uma negatividade importante da onda P nas precordiais direitas é patológica e freqüente no "cor pulmonale" crônico: é chamado sinal de Lagendorf.

29) Nos corações muito horizontais nos a alça de T aponta para a esquerda, para trás e para cima, as duas ou três primeiras precordiais podem mostrar onda T negativa, independente da idade. Ocorre isso nos obesos, nas grávidas, com massa de musculatura flácida (tenha ou não obesidade e tipo bravilíneo). É que, em decúbito, o diafragma horizontaliza o coração.

30) Alguns casos de "cor pulmonale" crônico no velho mostram QS ou W nas precordiais direitas e a ausência do R inicial nestes casos nos quais a hipertrofia ventricular direita podia fazer esperar um aumento de R. Pode ser isto devido à descida do coração no enfisematoso pulmonar ou a uma cárdo-esclerose septal freqüente no ancião.

31) O bloqueio completo de ramo esquerdo do feixe de Hiss e os incompletos, em seus vários graus, clinicamente denotam uma insuficiência coronária crônica e mais raramente aguda.

32) Onda T francamente arredondada ou romba é anormal e sugestiva de disontia.

33) Completos QS de V1 a V3 sugerem infarto ântero-septal, cárdo-esclerose septal, BIRE, com, ou sem, "cor pulmonale" crônico.

34) QR e qR em V1 e V2 é sempre patológico: pensa-se em

35) Em indivíduos magros com simpaticotonía ou astenia BRD com dilatação auricular direita. neuro-circulatória é freqüente achar-se AQRS para a direita com AT para a esquerda (T3, negativa, T, negativa em aVF; T2, diáfásica +. Tudo desaparece com a injeção venosa de eractamina.

36) A associação de alta voltagem (QRS de mais de 2cms.) e difasismo do QRS, presentes, quando muito, em duas derivações clássicas são patognomônicas de cardiopatia congênita.

37) Há traçados típicos de cardiopatias congênitas que são oriundos de micardites.

RESUMO

Aí estão expostos vários aforismos sobre assuntos eletrocardiográficos. Alguns sujeitos ainda a controvérsias; outros já solidificados pela prática diária. O objetivo da publicação visa a dar um esboço rápido de achados eletrocardiográficos da rotina corrente com a subsequente tentativa de diagnóstico. Ainda mais, ajudar os que não têm tempo de consultar compêndios

BIBLIOGRAFIA

Eletrocardiografia Clínica. — Bernard S. Limpman e Massie. 1967.

Eletrocardiografia y Vecto-eletrocardiografia Deductivas. Soddi Pallares, Bisteni e Medrano-Tcmo I—1964.

Cabrera, E. — Les Bases életrophysiologiques de l'électrocardiographie. Ses applications cliniques. Masson et Cie. Paris. 1948.

CONCEITO DE VARICOCÉLE

Ten. Cel. Méd. Dr. GASTAO DE CARVALHO SOUZA

Que se entenderá por VARICOCÉLE?

Ambroise Paré, em 1550, definia varicocéle como um compacto conjunto de vasos inteiramente cheios com sangue melancólico.

De um dicionário de Medicina, Farmácia e Veterinária de 1884 se diz de varicocéle: vem de variz e tumor. Deveria aplicar-se a todas as dilatações varicosas; no entanto aplica-se especificamente às dilatações venosas das veias do escroto e do cordão testicular e mais especialmente a estas últimas, levando as dilatações das veias do escroto o nome de cirsócele. As varizes das veias do cordão testicular, ou varicocéle, são caracterizadas por um tumor mole, pastoso, duma consistência comparável a dum novelo de barbantes ou conjunto de vermes, de nódosidades múltiplas, elevando-se do bordo superior do testículo e estendendo-se até ao nível do críscio inferior do canal inguinal, através do qual se prolonga até as regiões lombares. Quando a doença é antiga observam-se pequenas massas irregulares e duras, produzidas pelo enovelamento das veias, nas quais a fibrina se concretou havendo falta de irrigação sanguínea. Algumas vezes o volume do tumor e o estiramento que determina causa a atrofia do testículo. O uso do suspensório desde o começo é indispensável, algumas vezes suficiente. Uma operação não é necessária senão quando o tumor é volumoso ou muito doloso, as veias podendo inflamar-se". (53)

Oscar Ivanissevich, em 1918, dizia ser um síndrome anatómico-clínico. Anatomicamente é caracterizado por varizes dentro do escroto. Clínicamente por refluxo venoso, isto é, insuficiência valvular da veia espermática.

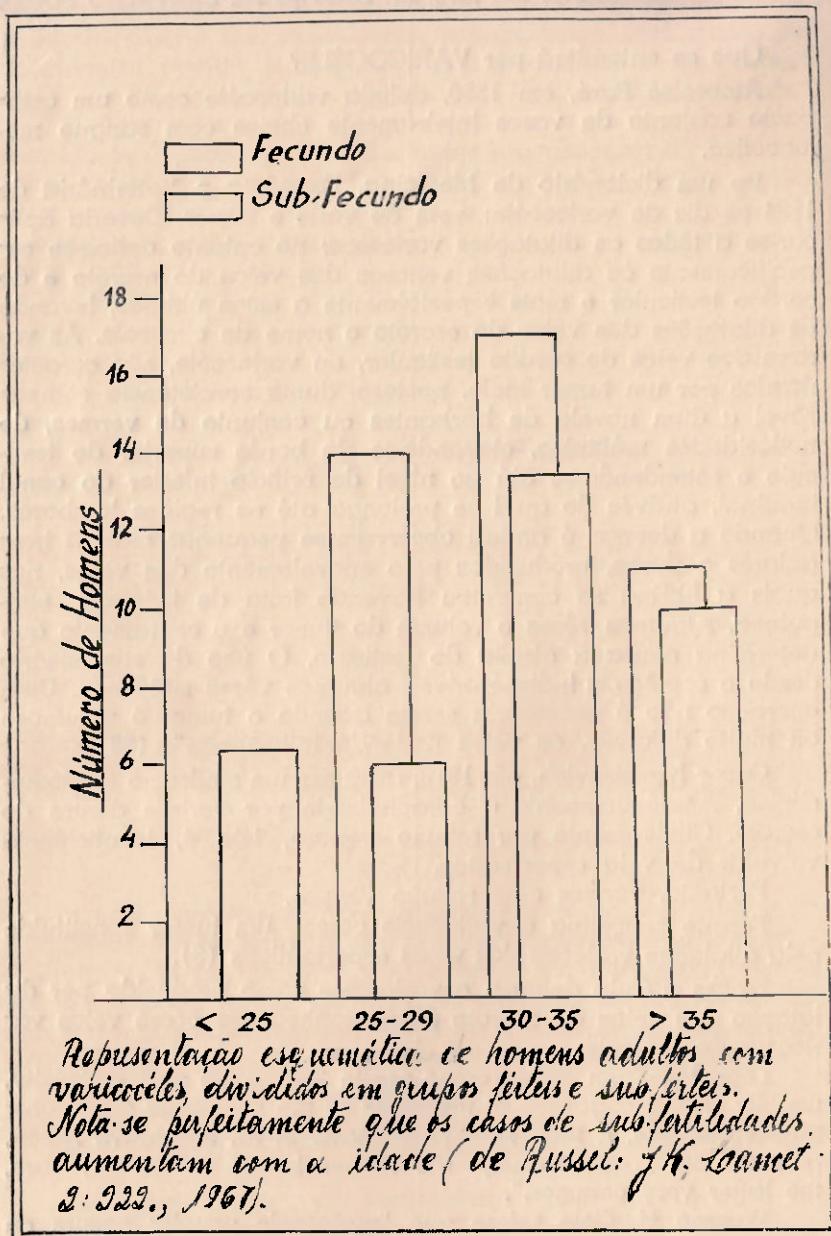
Portanto, varizes com refluxo venoso.

Forgue conceitua a varicocéle como um tumor constituído pela dilatação varicosa das veias espermáticas (3).

Flocks e Culp definem a varicocele como produzida por dilatação das veias do escroto e só se conhecer-se como veias varicosas do testículo.

Leon Hermann define como sendo "dilatation and varicosity, usually with elongation, of the veins of the spermatic cord constitue varicocele. It may be symptomatic of an obstructive lesion, or originate spontaneously, the former being excessively rare, the latter very common".

Wassen H. Cole refere que "varicocele usually occurs on the left side, by reason of that spermatic vein having a longer course to reach the renal vein. There is the other factor of



unusually thinwalled veins. The large varicocele may be removed, when is either by its weight or its mass undesirable to the patient. However, the moderate varicocele in the young usually does not require surgery".

Sendo a varicocele a dilatação das veias do cordão e do escroto, do ponto de vista anatômico, e do ponto de vista clínico caracterizado pelo refluxo, segundo Ivanissevich, é para Eurico Branco Ribeiro um tumor de consistência e volume variáveis que resulta de expansão, extensão e torsão das veias do cordão espermático e do escroto.

Já Giuseppe Gazzo define a varicocele "di vista anatopatologico che sintomatologico è caratterizzato dalle manifestazioni di un processo varicoso delle vene del plesso pampiniforme (ectasia, allungamento, tortuosità, ispessimento della pareti veneose etc) e si riscontra spesso in soggetti che presentano i segni di una constituzione vasale deficitaria, portatori di varici anche in altre regioni del corpo (arti inferiori, emorroidi ecc.) così dette dicitesi varicosa da Billroth." (30).

ETIOPATOGENIA DA VARICOCELE

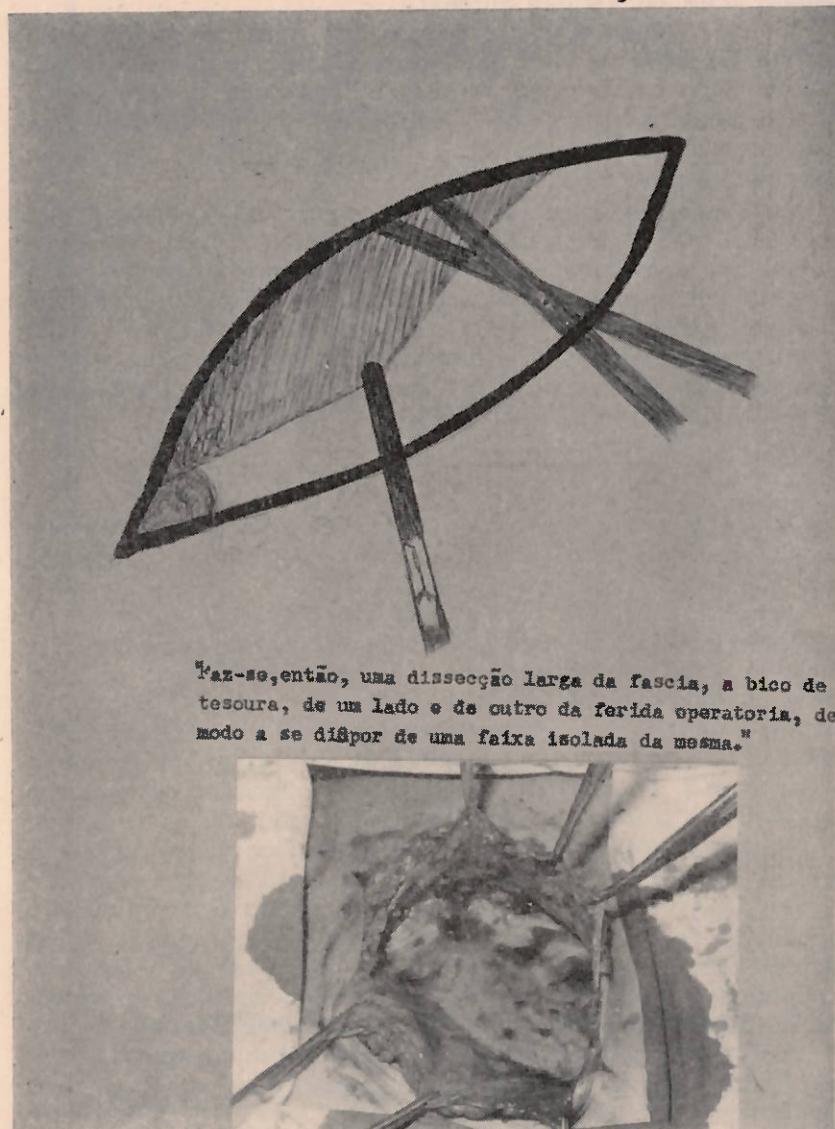
Já se tornou clássico que o aparecimento da varicocele, sempre à esquerda, é condicionado a certos fatores anatômicos que conduzem ao refluxo e à estase.

Esses fatores são para muitos estudiosos do assunto: a) excessiva extensão da veia espermática esquerda, condicionando lentidão na marcha do sangue; b) local da descarga da veia espermática na renal esquerda em ângulo reto (Morgagni e Astley Cooper); c) compressão exercida pelos segmentos intestinais cheios de fezes sobre o tronco da veia espermática interna (Callison e J. L. Petit); d) martelar das pulsações aortomesentéricas sobre o vaso espermático vencido esquerdo, entre outros.

Para Goulart, contudo a veia espermática esquerda tem a mesma localização nas raças branca e preta. A veia espermática no negro no entanto é contínente, valvulada, com um número adequado de válvulas, o que não acontece no branco, daí a insuficiência da veia e consequente aparecimento da varicocele. Já Brighton tinha expedido o conceito de inexistência de válvulas na espermática esquerda, sem contudo referir-se à sua existência na raça negra mérito que cabe a outros pesquisadores.

Ivanissevich é de parecer que a causa da varicocele é a insuficiência valvular da espermática esquerda, orgânica e funcional.

Kirschner afirma, com relação veia espermática esquerda: "... a veia espermática, de paredes delgadas e desprovida de válvulas, desemboca à esquerda diretamente na veia renal, ou seja quase em ângulo reto, enquanto a direita desemboca na cava



inferior em ângulo agudo. Daí as 4/5 partes das varicoceles se dão à esquerda". Acha também Kirshner que a influência das alterações congénitas conduz à atrofia testicular esquerda.

Willis Pope Jordan Jr, chefe do Serviço de Urologia do Hospital de Veteranos, em Lake City, e cirurgião da Escola de Medicina da Universidade da Flórida, refere que a preponderância de varicceles do lado esquerdo se tem explicado pela disposição anatômica, em ângulo reto, da desembocadura da veia espermática interna na veia renal. Esclarece contudo que a hemodinâmica deste fato não se conhece bem.

Testut-Jacob acha que essa disposição anatômica da veia espermática esquerda é uma causa predisponente real, porém a causa eficiente da varicocele, como a das demais classes de varizes, ainda está por esclarecer.

De qualquer forma, a insuficiência valvular leva à estase sanguínea, com dilatação subsequente de todas as veias intraescrotais e intrafuniculares, estendendo-se muitas vezes às veias do escrto, dando a varicocele cirsoide, também chamada de Surraco ou cirsocele.

Há uma profunda semelhança entre a incontinência da veia espermática e a da safena, pois quando se dá estase sanguínea se inicia movimentação do sangue no sentido inverso da corrente natural.

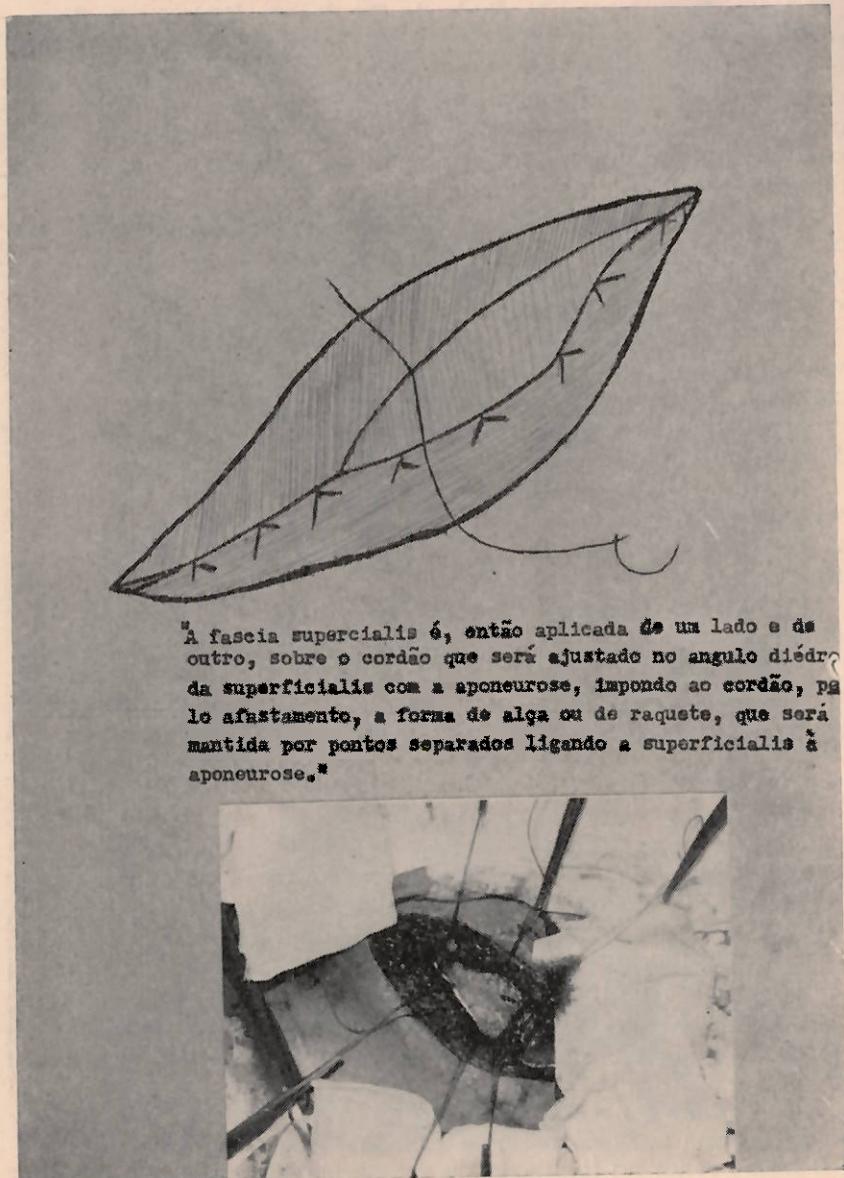
Motivo relevante para o aparecimento ou agravamento da variccele, segundo alguns autores, os excessos sexuais, os estímulos eróticos continuados e não satisfeitos, as masturbações excessivas, os exercícios violentos, a posição de pé durante muito tempo, e, nos recrutas, as solicitações violentas da vida militar (3).

Nos jovens, as solicitações eróticas, com suas implicações na área genital, poderão conduzir ao engorgitamento de vasos regionais que poderiam caracterizar de varicocele fisiológica, por quanto, bem examinada, se perceberia não existirem as características verdadeiras de varicocele. Muitos, contudo, tem sido operados sem terem verdadeira variccele, uma vez que o exame é mal conduzido.

Guyon, em 1881, chamou a atenção para o aparecimento de variccele nas pessoas de certa idade como um sinal de neoplasia renal ou tumores de vizinhança com obstrução da veia espermática, mormente à direita (3,44).

No entanto é necessário dizer que já antes J. L. Petit chama a atenção para os tumores, aumento dos gânglios linfáticos e a litíase renal na formação da varicocele (3).

Forgue acha que as varicceles exigem uma predisposição constitucional. É o que Perier chama de falta de qualidade do estofe vencoso, daí o supor-se a existência de uma condição



"A fascia superficialis é, então aplicada de um lado e de outro, sobre o cordão que será ajustado no ângulo diédrico superficialis com a aponeurose, impondo ao cordão, pelo afastamento, a forma de alça ou de raquete, que será mantida por pontos separados ligando a superficialis à aponeurose."*

aplásica congénita ou distúrbio da íntima por fibrosesclerose de-
corrente de nutrição deficitária do vaso.

E se condições anatômicas são comuns a todos, por que não aparece varicocele em todos esses casos?

A estase leva à anoxia testicular e perturbação da fertilidade como consequência, segundo nos mostra o trabalho de De Russel, no Lancet de 1967, em que se faz referência à subfertilidade como uma das indicações para a varicocelectomia (apud 28).

Wassen H. Cole diz que as razões da varicocele são o maior comprimento da veia espermática esquerda, concordando com muitos outros.

Ramon y Cajal e J. F. Tello y Muñoz justificam, como outros, a varicocele esquerda pelo deságua da espermática na renal esquerda e não na cava, como à direita.

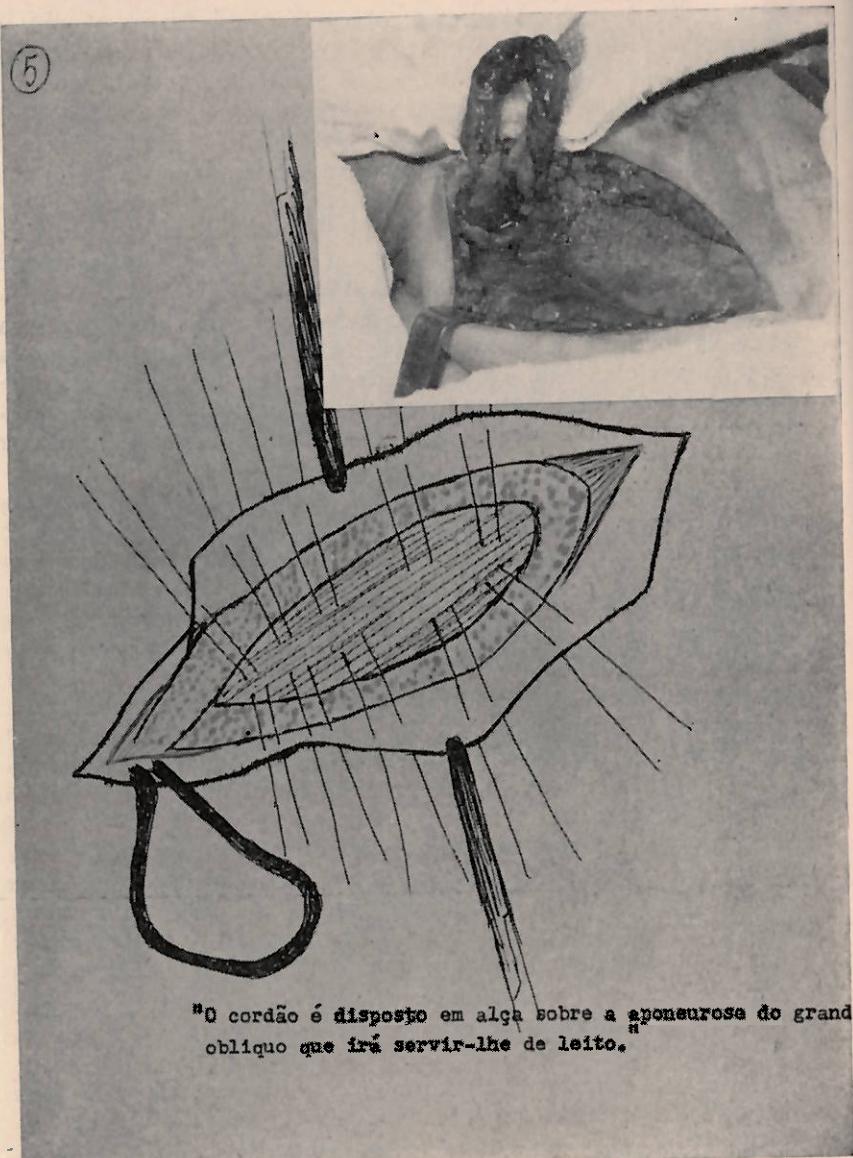
Eurico Branco Ribeiro, informando-se em estudos vasculares regionais levados a efeito por vários pesquisadores, diz que o paciente varicceloso, colocado de pé, tem sua corrente sanguínea na veia espermática invertida e a drenagem realizando-se através das veias regionais inclusive do lado oposto, formando extensa rede.

O refluxo não é permanente mas intermitente. Apresenta-se quando o doente se encontra de pé, aumenta ao esforço físico, desaparecendo na posição deitada. Crê o Dr. Eurico Branco Ribeiro que essa interrupção intermitente é efetuada acima da veia espermática, e são três os tipos de interrupções: 1) formações patológicas como tumores, aderências etc, que ocasionam as chamadas varicoceles sintomáticas; 2) compressões da renal esquerda pelo compasso mesentérico, quando existe sobretudo a visceroptose e o paciente é do tipo longilíneo. Essa compressão não é contínua contra a parede interna do abdome, na porção posterior. Tendo em vista que a veia renal esquerda deixa-se moldar facilmente por qualquer compressão, a circulação se vê comprometida no seu funcionamento contínuo através da veia citada. Traz o Dr. Eurico Branco Ribeiro em apoio do que afirma com relação aos tipos longilíneos que a angulação da artéria mesentérica sobre a aorta é menos nos mesmos, a ptose visceral mais acentuada que nos brevilíneos e, como consequência, a varicocele é mais comum nos primeiros. A compressão da veia renal pela artéria mesentérica é muito semelhante à compressão ducidental exercida pelo compasso aorto-mesentérico.

Outra compressão por estiramento é a produzida pelo ligamento de Treitz sobre os intestinos e veia renal esquerda.

Um argumento altamente convincente que corroboraria esses fatos é a inexistência de varicocele em quadrúpedes, acrescenta o Dr. Eurico Branco Ribeiro. Para justificar sua asserção apresenta o "bow Signal", isto é, tomar-se o hemiescroto entre o polegar e

(5)



"O cordão é disposto em alça sobre a epineurose do grande obliquo que irá servir-lhe de leito."

os outros dedos da mão e mandar-se o paciente inclinar-se para a frente, notando-se então a diminuição das veias varicosas, sendo portanto sinal de abertura da contensão da veia renal esquerda e o sangue passa então livremente, desaparecendo o refluxo pela espermática.

Alega ainda o autor citado que a veia renal esquerda escoar-se através de estreito corredor e se comprime entre a crista abdominal e o corpo vertebral comprometendo o fato a baixa marcha do sangue e provocando o retorno.

São essas as concepções existentes sobre a etiopatogenia das varicoceles, cada um querendo provar que o certo é o que apresenta. É um capítulo aberto às investigações e sujeito ainda a discussões.

FREQÜÊNCIA DA VARICOCELE

As maiores estatísticas são as referentes às Forças Armadas. Assim é que no Exército Americano foi constatada uma freqüência de 16,5%. 98% ocorrem à esquerda (28) e vimos as razões que são apresentadas por diversos autores quando tratamos da etiopatogenia. Quando há varicocele direita, para alguns pesquisadores, também há à esquerda. Desconfie-se sempre de uma varicocele exclusivamente direita ou de uma esquerda surgida súbitamente, indicando quase sempre a presença de um processo grave como tumor maligno renal ou retroperitoneal ou de outra natureza.

Na Inglaterra e Irlanda, durante um período de dez anos, 156.137 homens foram examinados, dos quais 3.911 estavam atingidos de varicocele, portanto 23,4%.

Giuseppe Gozzo dá 12% para os inscritos para o serviço militar, na Itália. O mesmo autor diz que, das estatísticas que computou, encontrou 85 a 90% de localização esquerda, 1,8% bilateras e somente 2 a 3% direitas.

Pedro Albuquerque diz que de outubro de 1956 a setembro de 1958 teve 22 casos de varicocele no Hospital Gambôa.

Carlos Renato Grey apresenta uma casuística do Hospital dos Comerciários de 30/10/55 a 30/6/59, no qual foram internados 1.156 pacientes na Clínica Urológica, dos quais 123 com varicocele.

Ivanissevich apresenta 120.000 internados no Instituto de Clínica Cirúrgica em Buenos Aires dos quais 0,21% tinham varicocele esquerda.

Willis Pope Jordan diz que 20 a 25% dos casos de varicocele coexistem com hérnia inguinal.

Com relação à incidência de varicocele no Hospital Central do Exército entre 6.483 operados nos PCPC e Arsenal Cirúrgico, 617 o foram por varicocele, o que nos dá 9,3% dos operados.



"Incisão classica para hernia inguinal interessando a pele e o tecido celular subcutaneo até a aponeurose."

(Desenho adaptado do trabalho do autor, bem como os que se seguem).

Com respeito à distribuição etária nós temos:

Casuística de Pedro Albuquerque: distribuiram-se os varicocelos entre 17 a 64 anos;

Casuística de Carlos Renato Grey: 1 caso abaixo de 15 anos; 63 casos entre 15 e 25 anos; 40 casos entre 20 e 35 anos e 19 casos acima de 35 anos. Note-se que a incidência maior é de 15 a 25 anos. Quanto à localização temos 122 à esquerda e uma bilateral e nenhuma à direita únicamente.

Landouzy mostra que nos 27 casos que examinou, sete estavam entre 9 e 15 anos, 17 de 15 a 25 anos e 3 de 25 a 35 anos.

Eurico Branco Ribeiro, de 272 pacientes varicelosos, entre os anos de 1936 e 1950, apareciam 5 de raça negra, 255 brancos e 12 mestiços. Com relação à idade, 8 de 10 a 15 anos, 70 de 16 a 20 anos, 66 de 21 a 25 anos, 39 de 26 a 30 anos, 28 de 31 a 35 anos, 19 de 36 a 40 anos, 13 de 41 a 45 anos, 9 de 46 a 50 anos, 10 de 51 a 55 anos, 1 de 56 a 60 anos e 1 de 61 a 65 anos.

Vemos portanto que a raça branca, concordando com o parecer dos demais pesquisadores, é a que apresenta maior número de casos. Incidência etária maior de 16 a 25 anos.

É preciso salientar que os exames são realizados por pesquisadores diferentes e certamente não empregam os mesmos meios semióticos para definirem realmente a existência de varicocele. O que é para um poderá não ser para outro, daí a disparidade de resultados.

A literatura médica cita casos de varicocele direita idiopática mas que são raras (30). Ivanissevich, de 4.470 casos refere que jamais teve um só caso à direita (24).

Das 617 varicoceles operadas no HCE (PCPC e Arsenal Cirúrgico), temos 3 bilaterais, 3 direitas e duas recidivadas.

No Hospital Central da Marinha, até cinco anos atrás, o movimento cirúrgico da Urologia era 50% constituído por varicoceles. Hoje é raridade (31).

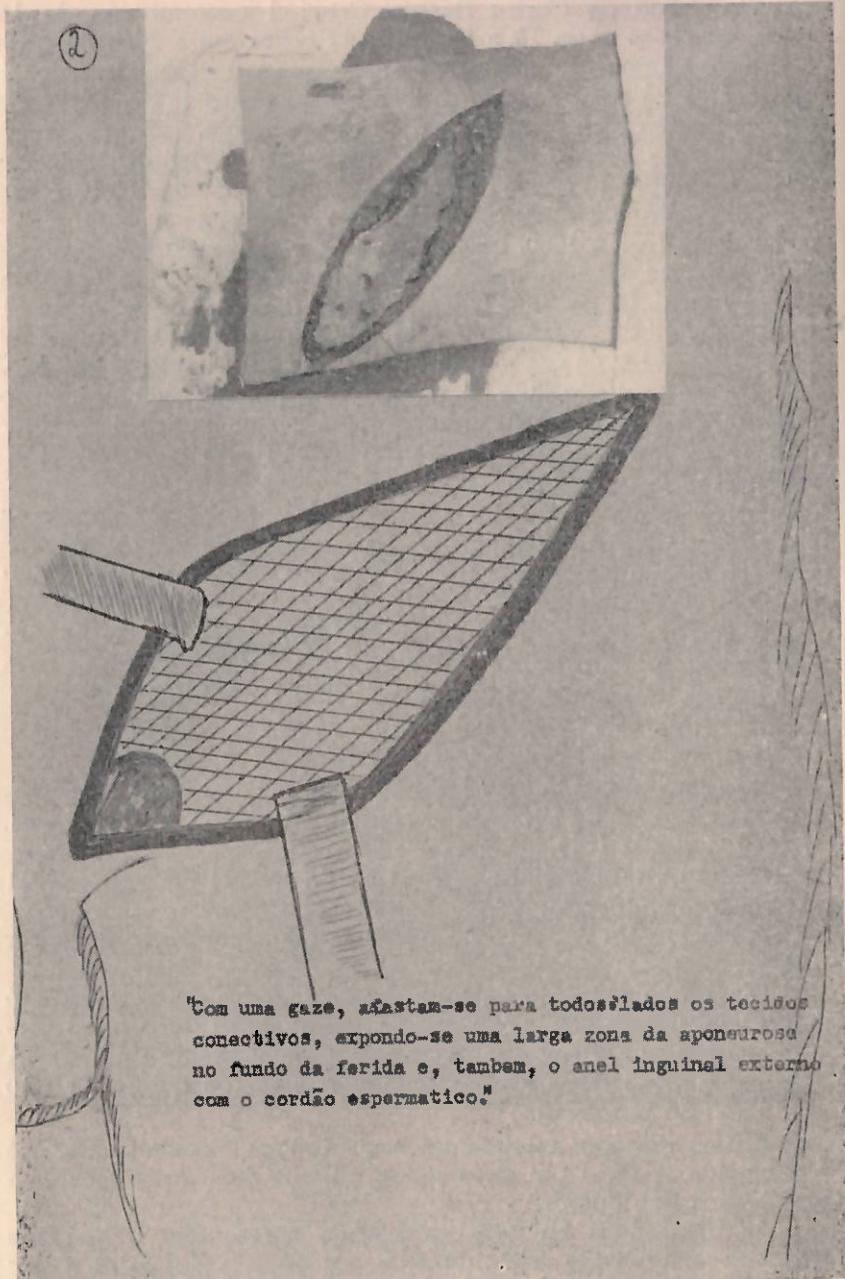
Curling, durante 10 anos, diz que de 156.371 conscritos, 3911 sofriam de varicocele: 23,4%.

Pollerano, na Argentina, encontrou uma incidência de 8 por mil.

O número absoluto de indivíduos atingidos de varicocele é impossível de ser conhecido, uma vez que esses doentes só procuram os médicos quando os sintomas estão muito intensos. A não ser através das estatísticas militares, outras quaisquer não dão idéia do problema.

É uma afecção excepcional nas crianças. Pessoalmente, até o momento tivemos um caso numa criança de 6 anos mas que resolvemos não operar.

As estatísticas militares apresentam o seguinte quadro, com relação primeiramente aos examinados para o ser-



viço militar. Em 1947, de 52.264 examinados em todo o Brasil 900 apresentavam angiopatias englobadas como hemorroidas, varicocèle e outras localizações de flebectasias.

Em 1938 foram hospitalizados nos diversos órgãos do Serviço de Saúde 253 homens portadores de varicocele, tendo sido alta como curados 243 homens.

Em 1944 baixaram às diversas organizações de saúde por varicocèle 5,75 por mil do efetivo do Exército (38,39).

Em 1945 baixaram com o mesmo diagnóstico 3,99 por mil do efetivo do Exército.

Creemos que falta uma orientação verdadeira para a definição real de varicocele, exames, firmados numa direção única, para que não sejam hospitalizados homens com pequenas ectasias que não constituem realmente varicocele que tem como característica essencial o refluxo.

ANATOMIA DA REGIÃO INTERESSADA

A região onde se realiza a intervenção de varicocele se constitui de um triângulo que tem como vértice o extremo inferior do hemiescruto esquerdo, o lado esquerdo pela prega inguinal e o interno pela linha que passa pela borda externa do grande reto do abdome, e a base por uma linha horizontal que vai da espinha do pubis ao bordo externo do grande reto.

Nessa região encontramos a pele, tecido conjuntivo subcutâneo, fascia superficial, aponeurose do grande oblíquo, orifício inguinal externo, cordão inguinal, testículo e escroto.

É de grande interesse o conhecimento da fascia superficial, que normalmente é muito resistente, servindo muito bem ao objetivo que propomos como sustentação do cordão inguinal. Possue três folhetos, o superficial ou areolar, também denominado fascia de Camper, o profundo ou lamelar, conhecido como fascia de Scarpa e o mediano que se insere exteriormente no grande oblíquo, em uma formação que muitos autores consideram um artifício na técnica de dissecção, o ligamento inguinal (52).

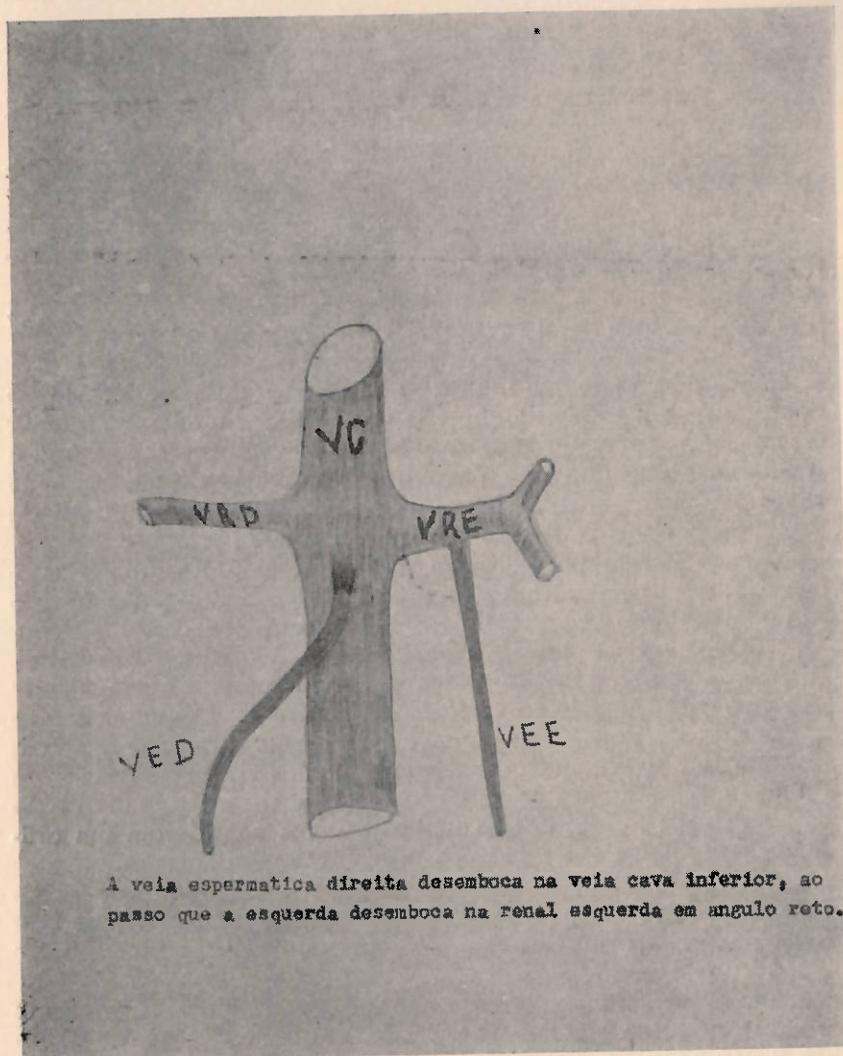
Repetimos, a fascia superficial, para a operação que achamos mais bem indicada para solução das varicoceles, precisa ser bem conhecida por quem pretenda aproveitá-la para a confecção do tunel (34).

Profundamente encontramos o grande oblíquo que irá ser interessado na intervenção, servindo de suporte aos pontos dados da fascia para ele, na confecção do túnel.

Pelo cordão passam as artérias em direção ao testículo e as veias no retorno circulatório e o espermático.

Como artérias nós encontramos:

a) Artéria espermática, ramo da aorta abdominal, entra na região inguinal, acompanha os elementos do cordão e vai ter



ao epidídimo onde se divide em artéria epidimária anterior e artéria epididimária posterior. Esta anastomosa-se com a artéria deferente de forma termino-terminal. Esta anastomose poderia para alguns explicar por que a lesão da espermática nem sempre ocasiona lesões testiculares. No cordão esta artéria se encontra em meio às veias do plexo anterior;

b) Artéria deferente, ramo da vesical inferior, acompanha o deferente em todo o seu percurso, aderindo fortemente à sua bainha. Quando chega ao epidídimo anastomosar-se termino-terminalmente com a artéria epididimária posterior, formando um arco do qual saem numerosos ramos destinados ao epidídimo e ao polo posterior do testículo;

c) Artéria funicular, ramo da epigástrica, proporciona numerosos ramos aos elementos do cordão e aos seus envoltórios, chega à cauda do epidídimo e aí se anastomosa amplamente com a espermática e a deferente.

Diz Tillaux: "... eu não creio que a seção da artéria espermática conduza, como se tem dito, à atrofia do testículo, porque as anastomoses com a funicular e a deferente devem ser suficientes e restabelecer o curso do sangue; contudo é necessário poupar-a".

Há cirurgiões que dão um valor exagerado às anastomoses em detrimento da integridade da artéria espermática.

Neuhof e Moncher são de opinião que o rompimento completo da artéria espermática não é suficiente para trazer gangrena ao testículo em virtude da circulação colateral existente.

Pope Jordan contudo assegura que acontecendo isso, 80% dos testículos demonstram atrofia macroscópica. Acrescenta que a circulação colateral talvez baste em cerca de 1/3 dos casos.

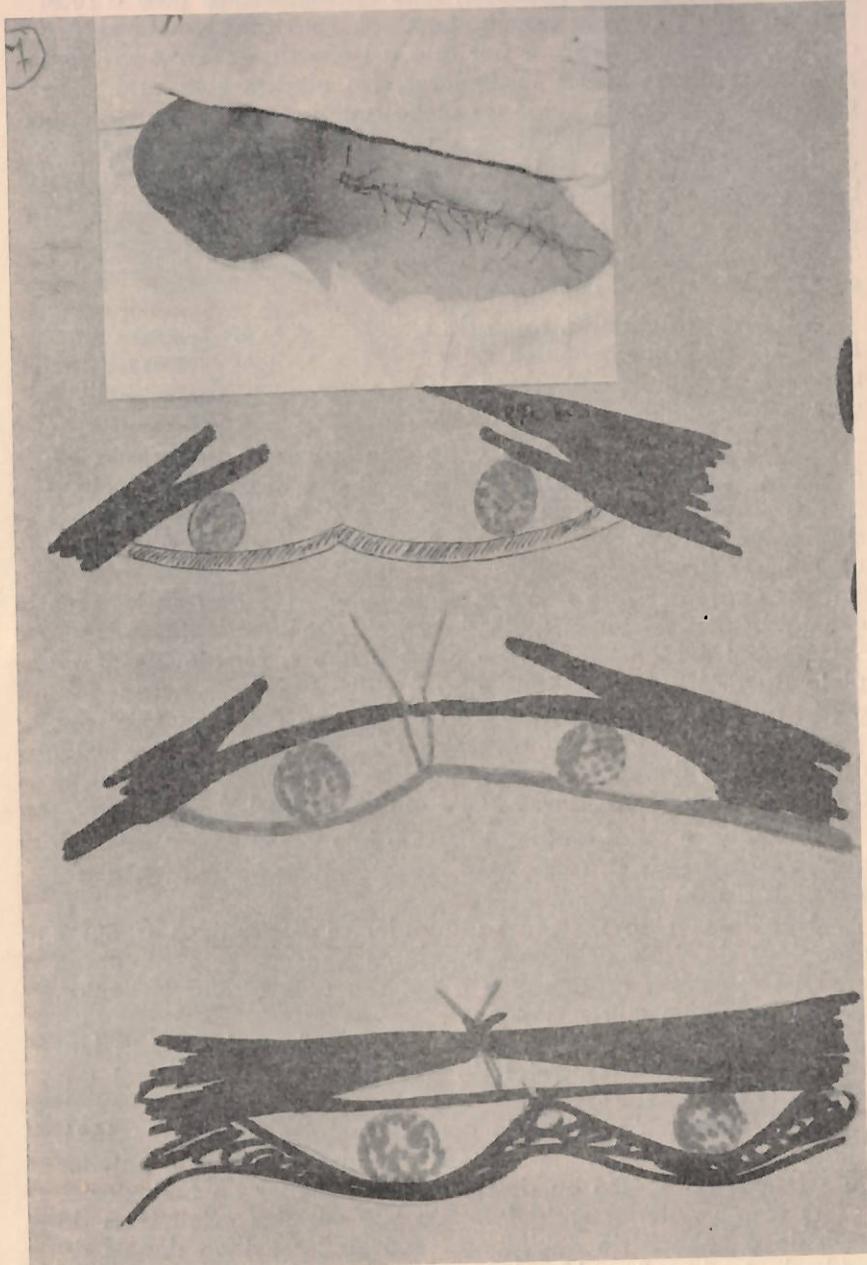
Continua o autor afirmando que o fato por si só contraindica qualquer processo cirúrgico que planeje seccionar a artéria testicular e a veia espermática.

Não tem sido poucos os que foram submetidos a curas cirúrgicas de varicocele com ligaduras venosas que atingiram também a artéria espermática e ficaram com atrofia testicular, quando não com outros danos.

O Dr. Guilherme Hautz reputava a ligadura da artéria funcionalmente mais prejudicial do que a ligadura do canal deferente (43).

Com relação às veias do cordão, Charles Perier, em 1864, estabeleceu que no cordão existem três feixes venosos, o anterior ou espermático médio ou deferencial e posterior ou funicular.

O grupo anterior seria formado por vénulas originárias do testículo e cabeça do epidídimo, reduzindo-se logo depois da saída do órgão a 8 ou 10 veias que se anastomosam entre si, formando o feixe espermático. Mais adiante o feixe novamente



aumenta em número constituindo o plexo pampiniforme, juntando-se depois em dois ou três troncos que darão nascimento à veia espermática que à esquerda se lança na veia renal e à direita na cava inferior.

O grupo médio ou deferencial, com dois ou três troncos, nasce no corpo e cauda do epidídimo, em geral lançando-se na veia vesical inferior.

O grupo posterior ou funicular com dois ou três troncos originando-se do epidídimo, reunindo-se depois si e lançando-se na espermática ou segundo outros na epigástrica inferior (1).

Essa descrição tornou-se clássica dos anatomistas como Testut, Jacob, Rouvière, Sappey etc. até que Ivanissevich surgiu esclarecendo que existem dois conjuntos de veias dentro do cordão espermático. O conjunto posterior é extrafunicular e tributário da veia epigástrica e não da espermática (24).

Goulart, no Brasil, confirma os estudos de Ivanissevich, ao mesmo tempo que dava maiores esclarecimentos sobre desigualdades entre a composição da veia espermática esquerda com relação às válvulas. Goulart acha que quase sempre a veia espermática esquerda nos brancos é avalvulada, ao passo que nos negros as válvulas são constantes (24).

Com relação à formação da varicocele, a maioria dos autores afirma que o grupo anterior é que se dilata primeiro. No entanto há alguns que acham ser a forma justamente o contrário, e entre estes está Herteloup.

Willis Pope Jordan Jr. afirma que "uma varicocele pode localizar-se em qualquer dos grupos venosos" (28). Este autor também fala do grupo venoso profundo de drenagem que é o referido acima. Para ele existe também o grupo superficial ou secundário que inclui veias como a epigástrica, a circunflexa superficial interna e as escrotais. Anastomoses existem entre o grupo profundo e o superficial.

Em torno do cordão, duas faixas musculares que se prendem inferiormente à túnica vaginal, o cremaster.

O cordão é envolvido por uma bainha fibrosa que será aberta no ato cirúrgico, conforme iremos apreciar mais adiante.

ALTERAÇÕES DECORRENTES DA VARICOCELE

1-TESTÍCULO: Diz Willis Pope Jordan que o efeito mais pronunciado da varicocele é a diminuição da fertilidade em virtude de dois fatores: 1) da mesma forma que as varizes das pernas destroem os tecidos a ponto de surgirem até úlceras, a varicocele condiciona, por mecanismo semelhante, a destruição do epitélio germinativo do testículo correspondente; 2) o aumento da temperatura do testículo em virtude do peso da varicocele e do grande volume do sangue circulante, aumento de temperatura

que chega próximo a 3º C, leva a alterações histológicas que se processam também no testículo oposto pela transmissão do aumento da temperatura ao mesmo. Essas alterações histológicas prejudicam bastante a fertilidade. Naturalmente que quando se fala em fertilidade isso é relativo, porquanto o normal de espermatozoides por milímetro cúbico encontra-se entre 40 a 160 milhões (28). Ora, a diminuição do número de espermatozoides nos indivíduos que possuem um número mais elevado não nos leva a admitir diminuição acentuada da fertilidade mas apenas menores possibilidades de fecundação, por ser número menor que o normal. Trata-se portanto de diminuição relativa da fertilidade, nunca ausência. E a só diminuição da fertilidade é para muitos autores motivo mais que suficiente para indicação da operação.

Ivanissevich acha que realmente o testículo encontra-se com uma ligeira atrofia testicular (24); as dilatações são: "

II-VEIAS: As lesões encontradas nas veias dilatadas são: "... adelgaçamento da túnica interna, hiperplasia conjuntiva da túnica média, precedida às vezes de um aumento de fibras musculares e elásticas desta capa. Este transtorno logo se transmite às pequenas veias do parênquima testicular, as quais dilatando-se empurram e comprimem a substância testicular. Desta forma os condutos seminíferos logo se alteram, daí a atrofia do órgão".

Pierre Dizac, em sua tese apresentada a rutura da varicocele é muito rara (49).

Diz Ivanissevich que raramente a varicocele produz sintomas (24). De qualquer maneira há casuísticas interessantes que passamos a relatar. Por exemplo a de Carlos Renato Grey na qual, de 12, pacientes varicoelos 65 queixavam-se de dôr, 29 de peso no testículo esquerdo, porém nenhum relatava impotência sexual. Da estatística de Pedro Albuquerque, de 22 casos, 17 diziam sentir dôr e destes um afirmava só senti-la por ocasião das cópulas. Desta série cinco accusavam impotência sexual (11).

Diz Willis Pope Jordan que 33% dos seus doentes sempre acusaram sintomas.

Dos nossos doentes o que mais prevalece é o sintoma dor, sobretudo após os exercícios militares.

Em geral, na varicocèle, o escroto esquerdo estira bastante a ponto de o testículo não mais repousar sobre o mesmo, ocasionando o esticamento do cordão e a distensão dos vasos.

Há muitos facultativos que fazem o diagnóstico de varicocele apenas pelo aumento das veias do cordão, o que não é lógico. Fazendo isso o examinador apenas compara as veias do lado esquerdo com as do lado direito. O certo seria fazer as provas

que são apresentadas neste trabalho, para então se chegar a uma conclusão.

Ivanissevich é de opinião que quando há realmente varicocele, o testículo apresenta uma discreta atrofia (24).

No momento em que se faz um exame de provável varicoceloso, é de todo interesse pesquisar a existência de hérnias inguinais concomitantes, porquanto nós sabemos não serem incomuns.

Henley e Harrison estudaram a anatomo-fisiologia das varicoceles e acharam que a dor sentida pelos doentes é decorrente do peso do testículo sobre as veias do cordão em vez de só sobre o cremaster e dartos. Normalmente o dartos suporta o peso do testículo. O músculo cremaster não suporta propriamente o peso do testículo. Ao contrair-se levanta o testículo até o orifício externo, muitas vezes, mas não o suporta por muito tempo, retornando o testículo à bolsa (28).

A estase sanguínea aumenta a temperatura das estruturas, condicionando estiramento das mesmas e dor, além de ser causa da sub-fertilidade.

A posição de pé e os exercícios aumentam a sensação de peso e dor que desaparecem pelo repouso.

A orquite, a epididimite, a hérnia condicionam dor em pélvica ou com a característica de penetrante no local.

Trombose por traumatismo ocasiona também dor forte no local.

Segond diz existirem três tipos de varicocele: a aguda, a estacionária muitos anos, que de repente se desenvolve com rapidez talvez por excessos sexuais.

No terceiro caso, a varicocele é pequena mas dolorosa. No tempo frio a bolsa escrotal retrai e não apresenta a doença, a passo que no tempo quente o escroto aumenta bastante.

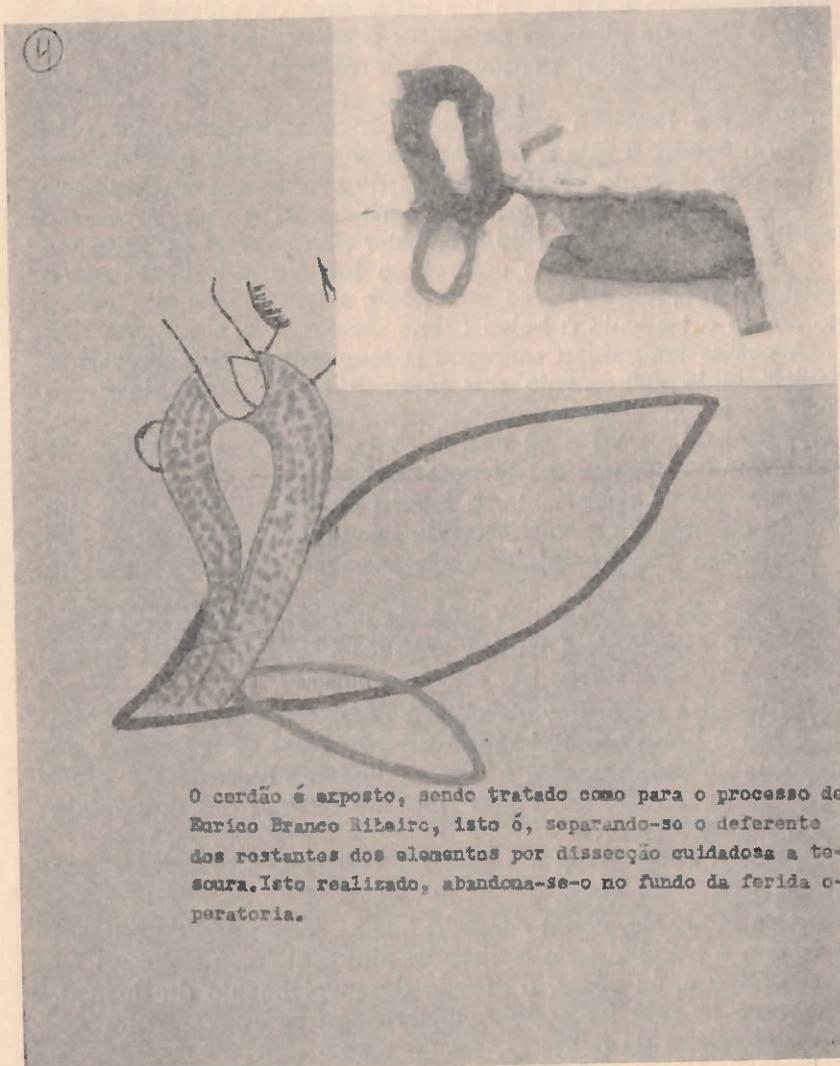
As dores ora são na região inguino-escrotal ora propagadas para a região lombar.

A nossa experiência diz que há varicoceles grandes e pequenas, dolorosas, como as há indolores.

Até o momento, nossa clientela tem-se constituído de pessoas jovem que é hospitalizado à vista da sintomatologia dolorosa ou incomodativa e, às vezes, o grande desenvolvimento da doença. Neste caso já está indicada a intervenção cirúrgica, tendo em vista a condição de militares dos pacientes.

Barwell, em cem portadores de varicocele, apresenta algumas características com as quais pode agrupá-las em cinco grupos: 1) casos com testículo de massa amolecida; 2) testículo pequeno e muito mole 3) testículo menos atrofiado mas abaixo do normal em volume e consistência; 4) testículo um pouco menor e meros firme que o outro; 5) testículo só.

(4)



O cordão é aposto, sendo tratado como para o processo de Barico Branco Ribeiro, isto é, separando-se o deferente dos restantes dos elementos por dissecação cuidadosa a tесoura. Isto realizado, abandona-se-o no fundo da ferida operatória.

Notamos, assim que Barwell fixou sua atenção no testículo e os estudos modernos lhe dão razão quando apresentam a faceta da sub-fertilidade como uma das ocorrências de varicocele, justamente aquela que, em certos casos, é a indicadora de intervenção.

Sir James Paget disse em suas "Leçons de Clinique Chirurgicale" que as crenças de impotência ou pré-impotência que se alega para a varicelle são sem fundamento. Ela dá apenas sensação de peso e dor após permanência prolongada de pé ou marcha prolongada (41). Isso em 1877.

Guyon, em 1881, chamava a atenção para os casos de varicocele que surgem inopinadamente nas pessoas já de certa idade e que são sintoma de tumoração intra-abdominal, muitas vezes maligna.

Olson e Stona dizem que o portador de varicocele nota o crescimento e peso do escroto, sinais e sintomas que desaparecem quando o paciente se deita (28).

Ivanissevich diz que o paciente acusa sensação de dor e peso quando realiza o ato sexual (24).

Pedro Albuquerque refere que a dor da varicocele é devida ao peso da estase nos vasos e não pela distensão das paredes pelo sangue estagnado (11).

Tillaux afirmou que a dor da varicocele não está em relação com o volume do tumor. Diz que há varicoceles pequenas mas dolorosas.

EXAME DO PACIENTE

1) Estudo do psiquismo: há doentes mentais que atribuem os males da área genital a uma varicocele que há muito tempo existe. Quando são portadores de impotência psíquica, pensam curá-la com uma operação para varicocele, uma vez que certa vez fui examinado e advertido na ocasião de ser portador dessa doença. Talvez lhe tivessem falado de perturbações da potência que agora, em virtude de outros fatores, apareceu e está a atribuir à varicocele.

Outros se apresentam cheios de apreensões, problemas familiares, traduzindo-se tudo em perturbações profundas do psiquismo.

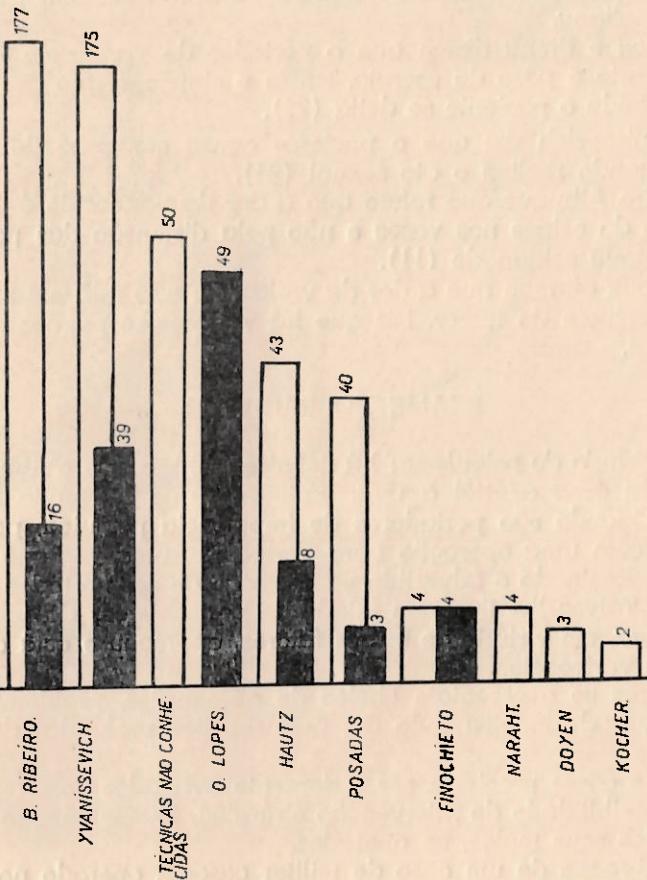
Esses casos precisam ser seriamente avaliados com referência à possibilidade de intervenção cirúrgica. Quase sempre teem agravados seus males, se operados.

Lembro-me de um caso de militar casado, operado no Hospital de Guarnição de Natal, por ilustre cirurgião da cidade, que não apresentava, aparentemente, qualquer perturbação psíquica, que, após a intervenção, como tivesse sido influenciado pelo enfermeiro de que iria ficar impotente como os demais operados,

GRÁFICO DAS TÉCNICAS.

PCPC

ARSENAL



realmente se fixou no assunto que não pôde desempenhar as funções de casado. Com dificuldade foi retirado desse estado.

2) A varicocele, segundo Ivanissevich, raramente dá sintomas. Contudo é necessário dizer que há sintomas e sinais frequentes na doença. Assim Carlos Renato Grey, de 123 varicoceles, apresenta 65 com dores no testículo, 29 com sensação de peso, além do refluxo nos 123, orquidoptose em 10 e varizes da bolsa em 2 (12).

Albuquerque, de 22 casos de sua casuística, diz que 17 tinham dor e 5 impotência (11). Portanto notamos que a dor domina a sintomatologia, apesar de Ivanissevich dizer que "ela é infreqüente como um sintoma de varicocele com refluxo" (24). Quando presente, acrescenta, indica possibilidade de tratar-se de doença cancerosa, flebite, epididimite ou vaginite.

Albuquerque tanto valoriza o sintoma dor que, no exame do paciente, o dá como de grande importância na diversificação dos tipos de varicocele idiopática ou secundária.

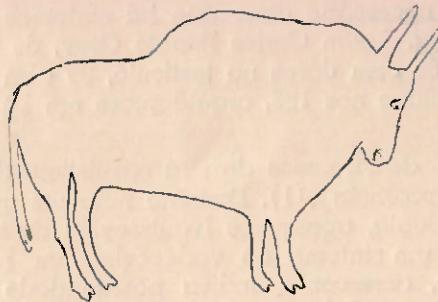
Assim Pedro Albuquerque diz que o paciente deve ser deitado e se a estase e a dor desaparecem, isso significa que o paciente é portador de varicocele com dor devida à varicocele. Se a estase desaparece e a dor continua trata-se de varicocele primária com dor não devida à varicocele. Se a estase continua e a dor desaparece, trata-se de varicocele secundária com dor devida à varicocele. Se a estase e a dor desaparecem trata-se de varicocele secundária com dor não devida à varicocele.

Portanto, como vemos, Albuquerque dá o sintoma dor como sintoma que diferencia as diversas varicoceles, sintomáticas ou essenciais. Passamos depois ao exame físico do doente.

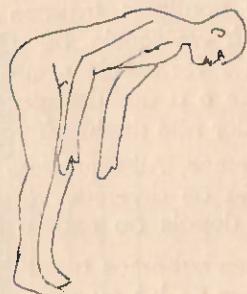
Nas varizes simples sabemos que não há refluxo da corrente sanguínea. Como saber se há ou não refluxo?

"Obriga-se o paciente a deitar-se, faz-se, por expressão digital centripeta, o esvaziamento do feixe venoso varicosado. Feito isto comprime-se com os dedos os elementos do cordão e manda-se o paciente ficar de pé. As veias continuarão murchas e vasias enquanto se conserva a compressão digital. Uma vez essa desfeita e pedindo-se ao paciente que faça um esforço notaremos o entumescimento de feixe venoso que então se dará de baixo para cima, muito embora os dedos colocados na raiz da bolsa em contacto com as veias sintam a queda do sangue de cima para baixo". (43) É para Hautz, a manobra de Kei-Curling simplesmente.

No caso de insuficiência valvular espermática, ao pôr-se o doente de pé as veias se encherão de cima para baixo, indicando a existência de varicocele idiopática, segundo a maioria dos autores consultados.



Nos quadrúpedes não existe varicocele, certamente pela inexistência de compressão da veia renal esquerda pelo compasso mesentérico.



O homem colocado nessa posição faz desaparecer a compressão da veia renal pela arteria mesenterica e, em consequência desaparecem as dilatações venosas da varicocele.



A tensão venosa desaparece quando o homem varicoceloso assume a posição vista ao alto.

Eurico Branco Ribeiro traz-nos um sinal interessante que é por ele chamado de "bow signal", sinal esse decorrente do fato de que desaparece a pressão exercida pela arteria mesentérica sobre a veia renal esquerda, desde que o paciente incline-se para a frente, condicionando maior facilidade ao correr o sangue pela renal para a cava inferior. Desaparece, por outro lado, a tensão sobre os vasos venosos do escroto e cordão, voltando como que tudo ao normal (17).

TRATAMENTO DA VARICOCELE

Inicialmente havia completo desconhecimento da etiopatogenia da varicocele. Nessa época aconselhava-se o uso de suspensório escrotal e nada mais. Pode-se chamar de a primeira fase da cura da varicocele.

Seguiu-se a ela a fase da cirurgia heróica sem bases fisiopatológicas. Ricord procedia a ligaduras subcutâneas das veias; outros aplicavam injeções esclerosantes nas veias do cordão como o percloro de ferro, o licor de Piazza. Velpéau recorreu à acupunctura. Widal socorreu-se dos fios metálicos, adiante e atrás das veias doentes e aí os enrolava. Rigaud as desnudava e fazia sua dissecação ao ar. Richet inventou um cauteiro especial para isso. Jobert (de Lambelle) fazia compressão dos vasos à parede usando aparelho especial.

Todos êsses processos não tiveram outra finalidade senão a opção ao curso do sangue nas veias ectaziadas.

Sebrevieram posteriormente as intervenções com ressecção das veias cu ressecção do escroto e ainda processos mistos.

Celso já praticava ressecções venosas no 1º Século da Era Cristã.

Apesar do progresso que se vinha fazendo na cirurgia, era muito comum durante o século XIX a cauterização com pasta de Viena ou de cloreto de zinco, da qual se dizia dar bons resultados na doença.

Vidal (de Cassis) tratava as varicoceles por enrolamento com fios de prata que iam sendo apertados diariamente. Consta que não havia acidentes graves, apesar de não ser conhecida a cirurgia asséptica.

Infeções graves apareceram quando se iniciou a cirurgia a céu aberto.

Callison, Morgagni e Petit apresentaram algumas bases fisiopatológicas do tratamento das varicoceles.

Teorias engenhosas apareceram para justificar o aparecimento das varicoceles e como curá-las. Dêstes processos de cura surgiram tão desagradáveis reações que foram abandonados. Muitas técnicas apareceram e morreram, outras ainda per-

manecem, outras vão surgindo, tudo indicando que a verdadeira cirurgia da varicocele, a ideal, ainda aguarda seu descobridor.

No Hospital Central do Exército foram operados no PCPC, de 1959 à 1966, 2.406 pacientes, dos quais 70 portadores de varicocele, dando uma porcentagem 2,9%; no Arsenal de Cirurgia, à mesma época, foram operados 4.075 pacientes com 547 operações de varicocele, apresentando porcentagem de 13,3%.

As técnicas utilizadas foram: Ivanissevich: 39 no PCPC e 175 no Arsenal; Onofre Lopes: 49 no Arsenal e 0 no PCPC; Branco Ribeiro: 16 no PCPC e 177 no Arsenal; Hautz: 8 no PCPC e 43 no Arsenal; Posadas: 3 no PCPC e 40 no Arsenal; Naraht: 4 no PCPC e 0 no Arsenal; Finochieto: 4 no PCPC e 4 no Arsenal; Doyen: 3 no Arsenal e 0 no PCPC; Kocher (duas recidivadas) no Arsenal e, por técnicas não esclarecidas 50 no Arsenal.

De um total de 6.483 operados nos dois pavilhões, 617 o foram por varicocele, o que nos dá uma porcentagem de 9,3%.

No Hospital Central da Marinha, até há cinco anos, segundo referência do Dr. Rubem Arruda, a cirurgia da varicocele atingia 50% do movimento cirúrgico na Urologia, tendo sido reduzido atualmente ao nível de raridade, segundo informações do Dr. Jayme Flôres.

Na AMSA operam-se os casos que vão entrar para a Escola Naval e sempre é usado o processo de Ivanissevich.

Marion ainda aconselhava o uso de suspensório escrotal.

Grey indica Ivanissevich quando há pequena orquidopose; Naraht, quando a orquidopose é bastante grande e, Hautz, quando há concomitância de hérnia e varicocele.

Willis Pope Jordan Jr. contraíndica qualquer processo cirúrgico que conduza à secção da artéria testicular e da veia espermática. Logo em seguida, aconselha o processo de Ivanissevich que é a ligadura da veia espermática acima do orifício inguinal interno (28).

Ainda mais, Ricardo Barnardi, realizando ileogramas provou que, após ligadura da veia espermática há uma dilatação na mesma, desde essa ligadura até sua desembocadura na renal.

Com a ligadura formam-se inúmeras veias que irão desembocar na veia ilíaca (17).

Em virtude do conhecimento que tivemos das várias complicações ocorridas com os diversos métodos, optamos pela modificação introduzida por Onofre Lopes no processo de Eurico Branco Ribeiro, e, não temos motivos para arrepender-nos. Desde 1955 que o utilizamos, iniciando o seu uso quando nos encontrávamos no Hospital de Guarnição de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, onde tivemos contato com o mesmo por intermédio de vários colegas que o utilizavam naquela guarnição, inclusive na Marinha.

Constitui-se, por tudo o acima dito, o nosso método de escolha, inclusive quando há hérnias inguinais concomitantemente, o que não é incomum.

INDICAÇÕES DA VARICOCELECTOMIA

As operações sobre a varicocele merecem uma precisa indicação. De início devem ser afastados de possível intervenção os que atribuem certos males, como impotência, à varicocele. Os neuróticos de forma alguma devem ser operados, uma vez que terão seus males agravados.

As indicações cirúrgicas recaem sobre: a) varicoceles dolorosas; b) ptose testicular por conta da afecção, expondo a glândula a traumatismos. Necessário se torna esclarecer, ou melhor lembrar, que o testículo esquerdo é normalmente mais baixo do que o direito; c) quando a varicocele impede o exercício normal de certas profissões como a militar; d) varicoceles volumosas das quais os pacientes desejam liberar-se, mesmo que assintomáticas; e) diminuição da espermatogênese às custas da estase sanguínea sobre a glândula, merecendo ser chamada a atenção para o fato de que a diminuição dos espermatozoides poderá ter outra causa.

Leriche indica a varicocelectomia em duas condições apenas, aliás muito raras, que são a ruptura traumática das veias com hematoma funicular consequente e a tromboflebite (Longuet), exigindo ambas essas condições intervenção de relativa brevidade.

Nos casos em que o paciente refere impotência sexual, diz Leriche que se deve desconfiar que a causa esteja ligada à varicocele, podendo tratar-se de psicopatia, neurastenia ou hipochondria. No caso de ser realizada a intervenção, sem uma pesquisa mais profunda e atenta, poder-se-á conduzir o doente a sérios transtornos psíquicos.

Indica também Leriche a intervenção para aqueles que, no uso de certas profissões, haja exigência de não possuírem a doença como acontece com os militares.

A dor é a maior indicação das varicocelectomias.

Jamais deve ser indicada a intervenção para as varicoceles secundárias mesmo aquelas que sejam dolorosas. Operar a causa.

Willis Pope Jordan diz textualmente: "... as varicocelectomias só tem duas indicações: dor compatível com o típico síndrome da varicocele ou diminuição grave da espermatogênese". Afasta o volume da varicocele como indicação para intervenção, conforme acontece no meio militar.

Às vezes a varicocele é pequena mas dolorosa, como vemos varicoceles grandes mas indolores.

Christimann afirma que:

"1) devem operar-se as varicoceles dolorosas; as que se acompanham de ptose marcada do testículo expondo a glândula a contusões etc; as que provoquem atrofia testicular, impotência, etc; as que sejam um impedimento para a profissão do enfermo; quando a varicocele seja causa de uma neurastenia ou hipocondria e, por último, quando haja fracassado o tratamento médico;

2) podem operar-se as varicoceles volumosas que não provoquem transtornos uma vez que o enfermo solicite extirpação;

3) todas as outras varicoceles não devem ser operadas...".

Este autor não trás à baila o fato da sub-fertilidade como condicionante da indicação cirúrgica.

Wassen H. Cole diz que no jovem a varicocele moderada não requer cirurgia": (.....) The large varicocele may be removed, when is either by its weight or its mass undesirable to the patient. However, the moderate varicocele in the young usually does not require surgery" (51).

CONTRAINDICAÇÕES DA VARICOCELECTOMIA

Contraindicam-se as operações de varicocele nas seguintes situações.

- 1) varicoceles pequenas, sem transtornos funcionais;
- 2) varizes simples do cordão sem refluxo venoso;
- 3) nos nervosos, hipocondriacos que localizam na varicocele seus males;
- 4) varicoceles sintomáticas e, no caso, queremos chamar a atenção para aquelas que surgem inopinadamente em pessoas idosas, para as quais Guyon chamava a atenção, indicativas de tumor renal ou outro local próximo;
- 5) varicoceles grandes ou pequenas sem dor não devem ser operadas. Há varicoceles enormes que não produzem dor nem conduzem à trombose, ao passo que algumas varicoceles pequenas são dolorosas e trombosam facilmente;
- 6) se não há reais vantagens, em determinados casos, para que então realizar-se a operação?
- 7) e se poderá piorar para que operar?

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS DIVERSAS TÉCNICAS USADAS NA OPERAÇÃO DE VARICOCELE.

Não vamos falar em técnicas como a de Pilon, Ricord e outras que estão em desuso. Passaremos apenas sumariamente por todas elas, fixando-nos apenas na que é motivo de nosso trabalho e para a qual chamamos a atenção por ser inócuia, mesmo que sejam operados casos em que não sejam perfeitamente caracterizados como de portadores de varicocele.

NARAHT: ligadura do plexo venoso anterior e secção, elevação e fixação do testículo ao pilar interno do orifício inguinal externo, fixação essa com o cabo distal seccionado.

ASTLEY COOPER (1893): atualmente em desuso, após ter sido muito usada. Nesta técnica poderá haver ligaduras de veias ou não. O tempo principal consiste na ressecção do escroto com ou sem clamps. Há cirurgiões que ainda a usam como complemento de outras técnicas e quando o escroto está muito distendido.

POSADAS: o tempo principal é a ressecção segmentar das veias do grupo anterior do cordão. Há cirurgiões que fazem este tempo de forma diferente, com ligaduras escalonadas, enquanto outros, como Chutro deixam as veias como se encontram. Para outros contudo o tempo principal reside no aproveitamento de um retalho da vaginal de dois ou três centímetros sendo seu extremo passado por um orifício do pilar externo o qual é fixado no próprio retalho após dar a volta.

Fecha-se o mais possível o orifício para evitar a hérnia inguinal.

DEL VALLE: o tempo principal reside na ligadura do conjunto venoso anterior a um dedo do polo superior do testículo e ligadura do sub-grupo posterior a dois dedos acima.

Passagem dos sub-grupos através de orifícios abertos na aponeurose do grande oblíquo e aí fixados pelos fios que ligaram os sub-grupos venosos. Fechamento da aponeurose de tal forma que não venha a estrangular as veias.

PARONA: semelhante ao Posadas, dêle se diferenciando porque utiliza toda a vaginal para a pexia testicular em vez de um retalho.

KOCHER: exerese parcial dos plexos venosos dilatados, processo que foi por nós utilizado duas vezes em varicoceles recidivadas (47). Flocks e Culp, segundo nos parece, ainda utilizam esse método, conforme pudemos deduzir do seu manual de CIRURGIA UROLÓGICA.

Um cirurgião americano, Dellinger Barney fez uma análise, em 1910, de 403 portadores de varicocele operados por ressecção das veias. Mais de um terço (1/3) dos operados continuavam com sua varicocele ou sintomas.

DOYEN: ligadura das veias dilatadas, deixando-se as menos alteradas para assegurar o retorno circulatório. Para elevar o testículo suturam-se entre si os cabos venosos seccionados ou os tecidos fibrosos do 1/3 inferior do cordão aos tecidos do orifício externo do canal inguinal. Ressecção complementar do escroto. Leriche seguia esta técnica, apenas em vez de fazer a ressecção do escroto, invertia a vaginal para evitar hidrocele que poderia aparecer no pos-operatório.

IVANISSEVICH: abertura do conduto e ligadura da veia espermática acima da artéria epigástrica.

HAUTZ: operação semelhante a de Ivanissevich como passaremos a ver. Isolamento do plexo e sua ligadura dentro do trajeto inguinal, após abertura do cremaster e fibrosa comum ao nível do orifício interno. Como vemos, simples modificação do processo anterior, que poderíamos chamar de Ivanissevich-Hautz ou de Ivanissevich nº 2.

Américo Pereira propõe que o isolamento dos troncos venosos seja feito sem luxação do cordão, pois, segundo afirma, com essa técnica consegue-se que se não haja qualquer reação o testículo como aumento de volume, dor etc.

A ligadura alta das veias certamente não englobam a artéria, o que é muito interessante, pois é uma profilaxia das lesões irreparáveis para os lados da vascularização do órgão, em que pesse a opinião abalizada de alguns que consideram praticamente inócuas a ligadura da artéria espermática.

EURICO BRANCO BIBEIRO: tunelização do cordão inguinal, sem o deferente, às custas da aponeurose do grande oblíquo. Aconselhada a ser seguida por Finochietto, Guzetti, Yoel, H. Bailey, Stefano Tenell (Turim), Manoliu Funica, (Rumania), Giuseppe Gozzo, Alessandro Higginson (Peru).

Jarbas Barbosa de Barros, Eduardo Cotrim, Fagarasam e outros estudam a técnica do ponto de vista orgânico e funcional no estabelecimento da tunelização.

ONOFRE LOPES: modificação da técnica acima, aproveitando-se a fascia superficial para tunelização do cordão em vez da aponeurose do grande oblíquo.

Vamos descrevê-la pormenoradamente uma vez que a estamos aplicando nos nossos doentes, no Hospital Central do Exército.

"Incisão comum, clássica, para hérnia inguinal interessando a pele, o tecido celular sub-cutâneo até a aponeurose (fig 1).

Com uma gase, afastam-se para todos os lados os tecidos conectivos, expondo-se uma larga zona de aponeurose no fundo da ferida e, também, o anel inguinal externo com o cordão espermático (fig 2).

Faz-se então, uma dissecção larga da fascia, a bico de tongsoura, de um lado e de outro da ferida operatória, de modo a se dispor de uma faixa isolada da mesma (fig 3).

O cordão é, então, tratado como já foi indicado na técnica de Eurico Branco Ribeiro, dissecando-se o deferente para ser abandonado no fundo da ferida (fig 4).

Dispõe-se o cordão em alça sobre a aponeurose que serve de leito (fig 5). A fascia superficial é, então, aplicada, de um lado e de outro, sobre o cordão que será ajustado no ângulo

diedro da superficialis com a aponeurose, impondo ao cordão, pelo afastamento, a forma de alça ou de raquete que será mantida por pontos separados ligando a superficialis à aponeurose (fig 6).

É formado, então, o túnel que terá a aponeurose como leito e a superficialis formando o resto da parede (fig 7).

Deste modo, o túnel se fará facilmente, contando-se com a larga faixa da superficialis para medida justa e também inviável do túnel em relação ao cordão, exonerado de qualquer probabilidade de constrição imediata ou tardia. Segue-se o fechamento, tendo-se o cuidado de se aproximarem, com pontos separados, os dos retalhos da fascia (fig. 8). (34)".

RESULTADOS DA CIRURGIA DA VARICOCELE

I — Resultados satisfatórios quando houve boa indicação e boa escolha do processo cirúrgico.

II — Atrofia do órgão testicular após a operação.

III — Continuação dos sintomas da afecção.

IV — Recidiva da varicocele.

V — Aparecimento de outros sintomas.

Os resultados bons indicam a perícia do cirurgião unida a uma boa indicação da cirurgia, e os demais se condicionam à qualidade do operador ou escolha da técnica não concorde com o tipo de varicocele.

Dollinger Barney, em 1910, analisou 403 casos de operados de varicocele por ressecção venosa, encontrando o seguinte: 36% continuavam a sofrer os mesmos sintomas; os que anteriormente apresentavam distúrbios sexuais como impotência e coito doloroso continuavam na mesma forma (50). Achava o pesquisador que os resultados não eram tão brilhantes uma vez que os doentes não tinham sido examinados com realismo e minúcia. Carlos Renato Grey, em artigo publicado na Revista Brasileira de Cirurgia, de agosto de 1961, sobre varicocele, diz que os resultados obtidos foram os seguintes:

1a. série: 20 casos operados

Ivanissevich 9

Narath 1

Hautz 3

Recidivas: 3 Processo: Ivanissevich.

2a. série: 123 casos sendo 121 operados e 2 n/operados:

Ivanissevich 111

Narath 10

Recidivas: 0.

Pedro Albuquerque operou no Hospital da Gamboa 13 doentes, sendo que seis pelo processo de Ivanissevich e sete pelo

Branco Ribeiro. Diz que os resultados pela técnica de Ivanissevich não foram satisfatórios ao passo que pela técnica de Branco Ribeiro foram brilhantes.

O dr. Miguel de Siervi, fazendo investigações no Hospital Central da Marinha, nas veias retiradas cuidadosamente das varicocectomias pelas ressecções venosas, encontrou que a veia espermática mostrava a artéria junto, mesmo que a intervenção tivesse sido realizada com cuidadosa dissecção. Dos casos operados no PCPC e Arsenal do Hospital Central do Exército tivemos duas recidivas apenas, não sabendo qual a técnica adotada. Não podemos afirmar não terem havido maior número de recidivas, porquanto não chegaram ao conhecimento do hospital outros casos. Além do mais os perados deixam em pouco tempo o Exército.

Diz Ricardo Finochietto que em 50 anos de atividade cirúrgica ensaiou todos os métodos idealizados para varicocele. Depois de ter apreciado atrofia testicular e debilidade de parede imputáveis aos diversos métodos, proibiu que no seu serviço operassem por processos que tenham de procurar a artéria espermática ou ligar em massa ou em grupos as veias funiculares isoladas ou abrir o conduto inguinal. Eliminou também os métodos anodinos de suspensão escrotal, vaginal, cremasterina ou outros processos. Indica o método de Branco Ribeiro, por não ser perigoso, o qual é um pouco modificado por Yoel.

O método que utilizamos é também uma modificação de Branco Ribeiro, e portanto poderia receber o mesmo beneplácito.

Leon Hermann diz que "(...) so that operation is not always anatomically sucessfull".

Na série de 303 operados por Douglas (não se sabendo o processo) 76 foram examinados posteriormente, apresentando o seguinte resultado:

- 37 com hidrocele
- 4 com atrofia de testículo
- 2 com recorrência da varicocele.

Corner e Nitch mostraram 23% de hidrocele nos postopeitórios (50).

Campbell encontrou 9,3% de hidrocele nos seus doentes (50). Irazú encontrou apenas 6%.

Em virtude disso muitos cirurgiões aconselharam a ser feita a inversão da vaginal como complemento de qualquer cirurgia para varicocele.

Falando-se da atrofia do testículo nota-se que é comum, sobretudo quando a cirurgia não é das melhores e sem os cuidados necessários.

Durante a 1a. Guerra Mundial, Bayley observou muitos casos. Corner e Nitch avaliam a atrofia em 21% dos casos, enquanto Campbell 7% e Barney 4% (50).

Outros que procuraram a cirurgia para varicocele afim de livrarse de sua impotência ou coito doloroso, continuaram com os mesmos sintomas. Cesar Iparraguirre tem uma frase bem interessante relacionada com estes últimos doentes": (...) tem a varicocele no cérebro mas não no cordão". Para que não pudessem surgir consequências desastrosas decorrentes da intervenção com ligadura de vasos, opinamos operar os varicocelos pelo método de Eurico Branco Ribeiro modificado por Onofre Lopes, com o qual temos obtido bons resultados.

Com relação aos neuropatas que tem sua varicocele no cérebro, não os operamos, muito ao contrário os encaminhamos aos serviços de psiquiatria.

CONCLUSÕES

Aceitamos e julgamos melhor a técnica que apresentamos pelos motivos que seguem:

- 1) não conduz à ligadura de vasos;
- 2) não compromete a vascularização do testículo;
- 3) não estrangula o cordão;
- 4) técnica simples, apesar de mais demorada que as demais;
- 5) poder ser realizada mesmo que haja outras condições morbidas associadas;
- 6) poder ser realizada com facilidade tanto em brevilíneos como em longilíneos;
- 7) resultados satisfatórios até o momento.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Précis de Pathologie Chirurgicale-tomo III — Bégonin, Bourgeois, Duval, Lécène, Lenormant, Proust, Tixier.
- 2) Manuel de Technique Chirurgicale des Opérations Courantes — G. Marion.
- 3) Précis de Pathologie Externe — E. Forgue — 7a. edição.
- 4) Resultados de las operaciones de Ivanissevich en la cura de la varicocele primaria — Amesti, fy Wanstein, A. — Rev. de Cirugia de Bs Ae.
- 5) Estudo circulatório em vivo da circulação, na varicocele por meio de líquido de contraste — Cotrim, Eduardo e Barbosa de Barros Jarbas — Rev. Paulista de Medicina. — XXIX — Dezembro de 1941.
- 6) Grey, C. R. — Estado atual do tratamento da varicocele — Brasil Médico nº 27 e 28 — julho de 1952.

- 7) Ivanissevich, O. Y. Gregorini — Operacion para curar em varicocele — La Semana Medica — 16/5/18.
- 8) Ivanissevich, O — Las espermaticas de la izquierda — Estudios em 40 dissecções e veinte operaciones por hernia y varicocele — Boletim de la Sociedade de Medicina de Buenos Ayres — Lecion de 28-11-1923.
- 9) Ondena, Isidro y Castillo — Venas espermaticas. Su estudio radiológico — Semana Médica — Buenos Ayres — XIV — 6-1-1938.
- 10) Poirier P. Charpy A. — Traité d'Anatomie Humaine — Tome V — Masson Editeurs 1925.
- 11) Conduta no tratamento da varicocele — Dr Pedro Albuquerque — Rev Bras Cir — Agosto de 1962.
- 12) Conduta em face da varicocele — Carlos Renato Grey — Agosto 1961 — Rev Bras Cir.
- 13) Curso de Anatomia e Fisiologia Patológicas — Pellerano — El Ateneu — 2a. Ed.
- 14) Técnica Quirúrgica — Christmann, Ottolenghi, Raffo, Grolmann — 4a. Edição — 1940.
- 15) Theodoro Duvivier Goulart — (tese) — Contribuição ao estudo da varicocele — Tipografia Yankee — Rio de Janeiro — 1930.
- 16) Eurico Branco Ribeiro — Tratamento da varicocele — Rev Bras Med Xv — 1958.
- 17) Eurico Branco Ribeiro — Present conception of varicocele and its treatment — The Journal International College of Surgeons — fevereiro 1956.
- 18) Radiographic Studies in varicocele — U.S. Armed Forces, in urological Survey 6: 129 (april) 1956.
- 19) Tratado de Diagnóstico Cirúrgico — Duplay, Rochard, Demoulin, Stern.
- 20) Los signos físicos em Clínica Quirúrgica — Hamilton Bailey — 2a. edição.
- 21) Manuel de Technique Chirurgicale — G. Marion — 5a. ed. 2º tomo.
- 22) Leçons de Clinique Chirurgicale — Asselin e Houzeau — 1895.
- 23) Varicocele e fertilidade (Scott) — Progressos da Medicina — Vol XI — 1962.
- 24) — Left varicocele due to Reflux: experience with 4470 cases in forty two years — O. Ivanissevich — M.D. — Buenos Aires — Arg — The Journal of the International College of Surgeons — December 1960.
- 25) Traité de Thérapeutique Chirurgicale et de Technique opératoire — E. Doyen — 5º volume — pg. 39.

- 26) Curso de Operações Cirúrgicas — Schmieden Fischer — Ed da Livraria Globo.
- 27) Thérapeutique Chirurgicale — Lécène et Lériche — III vol — 1926.
- 28) Hidroceles e Varicoceles — Dr Willis Pope Jordan, Jr — Clínicas Quirúrgicas de Norte América-Dezembro de 1965.
- 29) Como explicar a baixa incidência de varicocele na Raça Preta — Estudo Experimental — Rev Bras Cir 4: 531, 1935.
- 30) La tunnellizzazione aponevrótica nel trattamento chirúrgico del varicocele — Dr. Giuseppe Gozzo — Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia — n° 4 — abril 1954.
- 31) Varicocele — Dr Ruben de Andrade Arruda — Boletim Informativo da Ac Brasileira de Medicina Militar — 1966 — n° 5.
- 32) Publicações Médicas — Anno XXX — n° 203 — 1958 — Tratamento cirúrgico das varicoceles — Eurico Branco Ribeiro.
- 33) Year Book of Urology (de Chicago) — 1956/1957.
- 34) Cura Cirúrgica da Varicocele (modificação do processo Eurico Branco Ribeiro) — Natal — Dezembro — 1954 — Tipografia Galhardo — Dr Onofre Lopes.
- 35) Tratamento Cirúrgico da Varicocele — Publicações Médicas — 196 — 89 — 1956 — Antônio Delmanto.
- 36) Hamilton Bailey (Londres) — A short practice of surgery-lla edição — Goulart, TD.
- 37) Varicocele — Técnica Cirúrgica — Hosé Yoel — Repertório Quirúrgico — R. Finocchietto.
- 38) Revista de Medicina Militar — Janeiro/Março de 1941 — Cap Médico Dr Gilberto David.
- 39) Revista de Medicina Militar — Sinopse Estatística do Exército Brasileiro correspondendo ao ano de 1944 — 3a. Secção do D.S.E.
- 40) The Practicer of Urology — Leon Hermann — B. S. — M.D.
- 41) Leçons de Clinique Chirurgicale — Sir James Paget (ed. francesa) — Librairie Germer Bailliére et Cie — 1877.
- 42) Chirurgie Journalière des Hopitaux de Paris — Gilette — 1878.
- 43) Annaes do Hospital Central do Exército: 20/6/37 — n° 2 — Nova Técnica para o tratamento cirúrgico da varicocele — Dr Guilherme Hautz.
- 44) Manuel de Pathologie Interne — G. Dieulafoy — 6a Edition — 3º tomo — 1911.
- 45) Guyon — Maladies des voies urinaires — 1881 — pg 317.
- 46) Manual de Anatomia Patológica y Nociones de Bacteriología Patológica — S. Ramon Cajal e J. F. tello y Munoz, 1942.

- 47) Errores y peligros en las operaciones quirúrgicas — Labor S.A. 1930.
- 48) Annales de Médecine et Chirurgie Infantiles — Tome V — 1901.
- 49) Journal de Medicine et de Chirurgie — Tome 66 — 1905.
- 50) Seqüelas do tratamento operatório da varicocele — Dr. Eurico Branco Ribeiro — Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia.
- 51) Operative technic in specialty surgery — Wassen H. Cole, M.D., FACS, vol 2º.
- 52) Simpósio sobre o tratamento das hérnias abdominais — Coordenador: Prof Eurico da Silva Bastos — Autóres: Fábio Schmidt Goffi e Jorge Salles Guimarães — Revista Paulista de Medicina — Maio de 1962.
- 53) E. Littré — Dictionnaire de Médecine, de Chirurgie, de Pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent — 15a edição — 1884 — Paris — Librairie — J. B. Baillière et Fils.
- 54) Arnold Kappert — Atlas de Angiologia — Toray — 1963.
- 55) El tratamiento del variccele por la operacion de Ivanishevich — Prof José Arce — "El Dia Médico" — nº 31 — 31/5/65.



* O acadêmico José Juvenil Teles profere sua exposição sobre Cirurgia Plástica no IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar, vendo-se, ainda, o Dr. Bergson do H.C.E. e o Dr. Mendonça, do HCM.

TUMOR DE KRUKENBERG — CONSIDERAÇÕES EM TÓRNO DE UM CASO

Ten. Cel. Dr. GASTÃO DE CARVALHO SOUZA

O ovário é sede frequente de tumores que, segundo José Botella Llusiá, chega a um término médio de 3% das mulheres que procuram as clínicas ginecológicas. Segundo o mesmo autor o câncer do ovário não chega a ser 20% do total das neoplasias do órgão considerado.

Com relação à idade são mais comuns os tumores na quarta década da vida, isto é, entre os trinta e quarenta anos e, segundo estatística do Hospital Newark City, de 1956 a 1966 a incidência maior de câncer do ovário ficou entre as idades de 21 a 30 anos, quando, na mesma época, a incidência maior de câncer do colo uterino se deu entre os 51 e 60 anos, como podemos ver no quadro focalizado. (ANEXO).

Enquanto isso, o câncer de mama tem uma incidência maior entre 40 e 49 anos, na época da pré-menopausa.

Todos os tipos de tumores ovarianos são mais comuns em casadas do que em solteiras (12). Diz Llusiá que os tumores ovarianos de toda classe são em número duplicado nas casadas.

Em 1964, contudo, pela primeira vez se constatou que na cidade de Nova York morreram mais mulheres com câncer do ovário do que com câncer do colo uterino (1).

Já Te Linde, em sua Ginecologia Operatória, chamava a atenção para os tumores ovarianos, dizendo ser uma indicação para laparotomia, quer deem ou não sintomas justificando a sua atitude pelo fato de que a incidência de malignidade nas neoplasias ovarianas gira em torno de 15% (15).

Os tumores ovarianos, se não são malignos realmente, são potencialmente. Já por diversas vezes chegaram ao nosso serviço serhoras, cujos ovários repentinamente entraram a crescer, obrigando-nos a laparotomizá-las, concluindo-se pela malignidade em sua grande parte. E quando apanhamos casos dessa natureza em geral a sobrevida é pequena. Isso acontece, como bem o diziam Myroslaw, Schueler e Randall, em artigo publicado nas Clínicas Obstétricas e Ginecológicas da América do Norte, número de setembro de 1967, porque a doença é descoberta tarde, quando já há disseminação.

Para que fosse tornada mais precoce a descoberta do câncer ovariano e em fase talvez em que houvesse maior sobrevida, haveria necessidade, sobretudo para os tumores malignos primitivos do ovário, os exames ginecológicos, além dos realizados nas mamas e genitalia externa e colo uterino, estendendo-se deste à endocervixe e ao endométrio, a pesquisa de células

cancerosas no fundo do saco de Douglas poderia ser obtida por punção fácil a qualquer ginecologista ou mesmo médico clínico que quizesse nisto colaborar.

Assim, da chamada integração clínica, da qual Baiocchi é um dos seus apóstolos com os exames diversos tão bem explanados sempre pelo seu autor, partiu-se-ia, como complementação obrigatória, para pesquisa das células na cavidade abdominal através como disse, da punção de Douglas.

Dessa forma, muitos cânceres primários ovarianos seriam surpreendidos quando as possibilidades de sobrevida também seriam maiores.

Contudo, para realização desse exame mister se faz também a presença atuante e firme de um bom citologista.

Para os tumores de Krukenberg contudo a situação se afigura de forma diferente dado que se trata de tumores metastáticos do ovário, bilaterais e quase sempre caracterizados histologicamente por serem carcinomas. Portanto caiu aquelle velho conceito de Krukenberg que supunha primitiva a tumoração ovariana com o nome fibrosarcoma do ovário de células mucosas.

Descoberta a tumoração desse tipo, a sobrevida é pequena.

UM POUCO DE HISTÓRIA E ESTATÍSTICA

Marchand, antes de Krukenberg, havia dado notícias sobre tumores malignos ovarianos que o último, em 1896, descreveu com o nome de fibro sarcoma do ovário de células mucosas, bilateral quase sempre, supondo-os primitivos do órgão.

Enriquecendo-se paulatinamente a literatura, o conceito primitivo de Krukenberg foi totalmente modificado.

Já em 1901, Krauss dava sua opinião julgando-os metastáticos.

Em 1902, Schlagenhauf, publicando setenta e nove casos, admitia serem metastáticas as tumorações com sua origem no tubo digestivo.

Em 1911, Metzger realizou um estudo muito bem feito desses tumores.

Em 1955, Riddle publicava relato de 222 pacientes com câncer ovariano por metástases digestivas. Desses neoplasias primárias digestivas apenas 25% tinham sido descobertos no pré-operatório. (2).

Os carcinomas mamários podem dar metástases ovarianas. Kasilag e Rutledge (1957), citados por Meigs e Somers, esclareceram que em 91 casos de ooforectomias praticadas em virtude de câncer mamário, 23 casos apresentaram metástases ovarianas. (5).

A estatística de Turksoy, citada por Robert Crichow e Alan Rubin, apresenta 30% de metástases ovarianas microscópicas, geralmente descobertas quando os órgãos são retirados com fins profiláticos da disseminação. Segundo os mesmos autores, nas necropsias procedidas por câncer da mama, descobriu-se ataque ao ovário na freqüência de menos de 10%.

Novak afirma que se tem descrito muito poucos casos de tumores de Krukenberg primitivos dos ovários.

Frankl e Ahumada acharam que o tumor de Krukenberg deveria ser seguido de nome que indicasse a sua origem como *gastrogeno* e *enterogeno*, caso a mesma fosse no estômago ou intestino.

Crichilow e Alan Rubin acham que os tumores secundários que originam crescimento ovariano palpável costumam ter sua origem gastrointestinal, momente estômago, colo e reto. Diz textualmente que menos freqüentemente sua origem é a glândula mamária e mais raros ainda pâncreas, vesícula biliar e intestinos.

Meigs e Sturgis tiveram em sua série de tumores ovarianos e metastáticos, dos quais cinco tumores de Krukenberg com células características, mucino secretoras. Segundo os diversos pesquisadores, tem sua origem 70% no estômago. (5).

O caso que apresentamos tem sua lesão primária no estômago.

DEFINIÇÃO

Que vem a ser, portanto tumor de Krukenberg?

Para Roxo Nobre e Junqueira são "tumores metastáticos do ovário, bilaterais e caracterizados histologicamente por serem carcinomas mucinosecretores e em um estroma fibroso evidente (3).

Para Robert Crichilow e Alan Rubin são tumores metastáticos de câncer gastrointestinal que mostram o aspecto microscópico característico de células em anel de sinete. (2).

Para Antônio Luisi, o tumor de Krukenberg caracteriza-se morfológicamente pela proliferação das células do estroma ovariano e presença de células mucino secretoras de variada origem.

Tumores de Krukenberg primitivo do ovário são muito poucos, segundo Woordniff e Novak. (5). Curtis também acha ser quase sempre um tumor secundário. (11).

Para Botella Llusiá "só a demonstração de um câncer digestivo faz com que este tumor se possa classificar como epitelial, já que como dissemos, seu aspecto histológico é do tipo conjuntivo (12).

"Microscópicamente há um dado característico, e é o de apresentar entre as formações celulares fusiformes, parecidas com um sarcoma, umas células com os núcleos dispostos em anel de sinete, pelo que tem sido chamado pelos alemães de Siegel-Brügelzellen (células em anel de sinete)".

Estas células caracterizam o tumor de Krukenberg e permitem fazer seu diagnóstico (12).

Diz Telinde que "histológicamente, este tipo parece estar mais intimamente relacionado com o sarcoma do que com o carcinoma, o tumor primitivo confirma-lhe a natureza carcinomatosa (15).

PATOGENIA:

Numerosas tem sido as investigações procurando relacionar o câncer primitivo com as tumorações secundárias ovarianas. Autôres há que creem serem devidos a embolias linfáticas retrógradas que encontram nos ovários terreno ótimo para ser desenvolvido (Frank); excepcionalmente por implantação de células neoplásicas transportadas por via intraperitoneal (Ribbert). Outros crêm na via sanguínea. Continuidade pelas proximidades do útero e trompa. Antônio Luisi, em trabalho apresentado sobre carcinomas secundários do ovário, no IX Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, diz que as vias estabelecidas para o envolvimento ovariano foram a linfática, a hematogênica e a implantação superficial, sendo a primeira considerada de maior importância. Diz ainda que "em 21 casos acentuado embolismo linfático foi observado e em 18 casos nódulos e grau variável de infiltração do ovário também estavam presentes; 3 outros casos foram considerados de grande interesse, devido ao exclusivo envolvimento de vasos linfáticos, sem outras alterações; a implantação superficial foi verificada em 4 casos. Na maioria dos casos, contudo, tornou-se praticamente impossível responsabilizar, com exclusividade, determinada via de comprometimento (4)"

Para os tumores de Krukenberg a origem é gastrointestinal por um dos mecanismos acima referidos, havendo uma característica das células serem mucinóides, o núcleo excêntrico, em purrado como que para a periferia, semelhando um anel de sinete.

A característica dessas células, denotando sua origem intestinal, conduz o cirurgião à procura da tumoração primitiva, em geral gástrica, como o caso que vamos apresentar.

A ascite é freqüente, contudo não se constitui em característica específica dessa tumoração.

MATERIAL

Constitue-se de um caso de tumor de Krukenberg por nós

observado no Serviço de Cirurgia do Hospital Central do Exército, mais particularmente no Pavilhão de Cirurgia Humberto de Melo.

Identidade — E.J.A.C.

Idade — 40 anos

Estado civil — casada

Hospitalização — 8/10/68

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL — O motivo de sua hospitalização é de que há mais ou menos 8 anos vem sofrendo do estômago, sofrimento que ultimamente aumentou, com dôres constantes nesse órgão exacerbando-se quando o mesmo se encontra vazio.

Alega sofrer de hemorragias que parecem estar ligadas a um fibroma uterino, que tem aumentado de volume ultimamente, tendo aparecido em junho deste ano. Refere uma rutura perineal do 2º grau.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS — Pais já falecidos.

ANTECEDENTES PESSOAIS — Em 1955 teve um problema pulmonar confirmado pelo Raio X e Bacilosscopia do escarro, tendo ficado curada com o tratamento. em seis filhos vivos com saúde. Três abôrtos, sendo um provocado e dois expontâneos.

EXAME GERAL — Tipo longilíneo, anemiada, em precário estado de nutrição. É um tipo instável do ponto de vista psíquico.

APARELHO DIGESTIVO — Referência a má digestão, vômitos sentindo-se ultimamente melhor sem se alimentar apesar da exacerbada dor gástrica.

Do exame percebe-se uma pequena tumoração no epigástrico. Derrame ascítico pequeno.

APARELHO RESPIRATÓRIO — Sem alterações confirmadas por RCPP em 10/10/68.

APARELHO CIRCULATÓRIO — P.A. 110 x 70, bulhas normais.

APARELHO LOCOMOTOR — Marcha Normal.

EXAME GINECOLÓGICO — Normal distribuição de pêlos, vulva entredobida, rutura perineal do 2º grau.

Ao espéculo colo normal, aparentemente.

Ao toque combinado percebem-se duas tumorações presas ao útero e com elas fazendo corpo.

Solicitados vários exames que passaremos a transcorrer:

Sangria — 1 minuto

Coagulação — 3 min 120 segundos

Protombina — 90%

Hematócrito — 36%
 Hemacias — 4.270.000
 Hemoglobina — 9,85%
 VGM — 82 micra
 HGM — 21yy CHGM — 32%
 Leucócitos — 7.800
 Eosinófilos — 19%
 Mielócitos — 0%
 Bastões — 1%
 Lintócitos — 18%
 Segmentados — 56%
 Monócitos — 6%

Foi-nos apresentado o resultado de uma biópsia de endometrio realizada em 20/9/68. "O exame histopatológico revela glândulas cervicais com metaplasia escamosa e grande quantidade de muco. Não se evidenciam glândulas cervicais com metaplasia escamosa e grande quantidade de muco. Não se evidenciam glândulas endometriais".

DR ALOÍSIO SA FORTES
 Maj Médico Patologista

"Estômago hiperperistáltico apresentando ondas altas com "Estômago hiperperistáltico apresentando ondas altas com líquido de estase no seu interior e diminuição do calibre do antró.

Bulbo duodenal normal.

Piloro alongado.

aconselhamos o controle radiológico após trinta dias.

DR BURLAMARQUI
 Maj Médico

Radiografia dos pulmões (101068): Normais

DR BURLAMARQUI
 Maj Médico

O líquido ascítico retirado por punção foi enviado para pesquisa de células malignas, deu o seguinte resultado:

Leucócitos

Hemáticas

Linfócitos

Histiócitos

Negativo para células malignas.

Classe I
 DR ALOÍSIO SA FORTES
 Maj Médico Patologista

Eletroforese das proteínas do sangue:

Albumina	—	37	—	2,37%
Alfa 1	—	06	—	0,38%
Alfa 2	—	18	—	1,15%
Bet.	—	17	—	1,09%
Gama	—	—	—	1,41%

A paciente após preparo com transfusão de sangue foi laparotomizada, por nós sendo realizada gastrectomia sub-total com gastroenteroanastomose e ooforectomia total e bilateral.

A cavidade encontrava-se com abundante líquido ascítico, clamps de prata "foram colocados limitando o campo para possível irradiação.

As peças foram remetidas ao anátoro-patologista que concluiu pelo carcinoma do estômago e tumores secundários de Krukenberg nos ovários, segundo o laudo mais adiante.

A paciente teve alta à 26/12/68.

Já em 24/01/69 dava nova entrada ao Hospital e como apresentasse sinais radiológicos de obstrução parcial da bôca anastomótica foi laparotomizada e feita gastrojejunostomia.

Toda cavidade se encontra invadida pelo tumor. A operação se deu em 6/2/69.

A paciente veio a falecer no dia 15/2/69.

Exame Anatómopatológico

"ESTÔMAGO: PAS — Neoplasia — maligna indiferenciada, e constituída por ductos glandulares mal formados.

Diagnóstico: adeno carcinoma indiferenciado. Outro fragmento examinado do estômago pela Hematoxilina — Eosina.

"Fundo de úlcera, tecido necrótico constituído por processo inflamatório inespecífico".

Outra Lâmina:

"Mucosa Duodenal com glândula de Brunner e pequenos grupamentos de células malignas PAS".

Outra Lâmina:

OVÁRIO: "Desaparecimento das estruturas normais do ovário. Numerosos ductos de glândulas de forma e calibre variáveis

situados em estroma frouxo. O conteúdo dos ductos é PAS positivo, estando caracterizado mucopolissacarídio secretado pelas glândulas.

Adenocarcinoma metastático — Colocação PAS.

Outra Lâmina:

"Parte sarcomatosa da metástase ovariana, constituída por células fusiformes, pleomórfas com núcleos hiperchromáticos — PAS.

Outra Lâmina:

PAS positivo. Colocação de fundo pelo Light-Green.

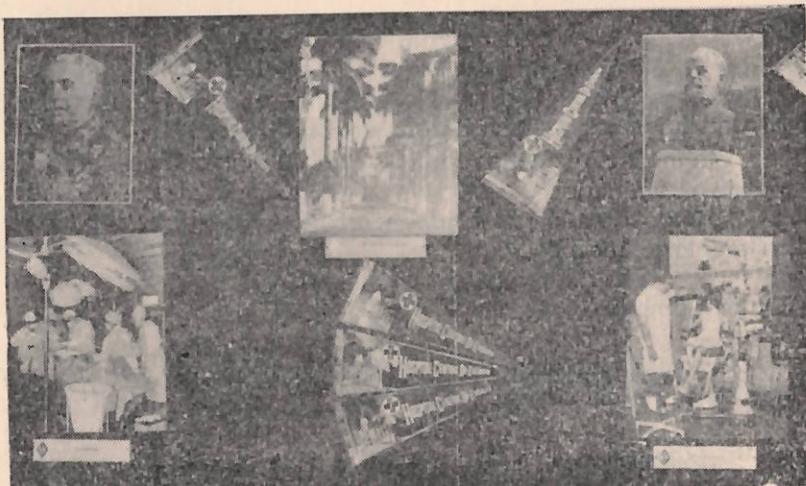
Outra Lâmina:

Metástase carcinomatosa e estroma sarcomatoso. Colocação PAS.

Outra Lâmina:

"Metástase ovariana com grande aumento. PAS.

DR ALOÍSIO SÁ FORTES
Patologista — I.B.E. — Cap. Médico.



Um dos stands do Hospital Central do Exército na Exposição do IV Congresso Brasileiro de Med. Militar, em S. Paulo, em 69 organizado pelo Gen. Dr. Galeno Penha Franco.

I. TROMBOSES VENOSAS DE ESFORÇO

Análise de 6 casos

ANTÔNIO J. MONTEIRO DA SILVA

MARCIO LEAL DE MEIRELLES

Os AA. apresentam seis casos de tromboses venosas por esforço, tratados nos dois últimos anos, tecendo comentários sobre o aparecimento, quadro clínico, tratamento e resultados.

Todos os casos foram confirmados pelo estudo flebográfico, ainda na fase aguda, e outros foram acompanhados em sua evolução à distância, pelo mesmo método semiótico.

Dos seis casos, cinco são de trombose venosa axilar por esforço (Síndrome de S. Paget) e um de trombose venosa ilíaco-femoral.

Concluem, ser o tratamento em todos estes casos, de âmbito clínico, pois, com esta terapêutica os resultados foram tão satisfatórios que dispensam a cirurgia.

II. TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS ARTÉRIO-VENOSAS TRAUMÁTICAS

ANTÔNIO J. MONTEIRO DA SILVA

O autor apresenta as condutas cirúrgicas no tratamento de fistulas artério-venosas traumáticas, adotadas no Serviço de Doenças Vasculares do Hospital Central do Exército no Rio de Janeiro.

Salienta que, a grande incidência destas afecções é motivada pelo fato de que os acidentes vasculares traumáticos ocorrem no interior do país onde não existe o devido e competente tratamento cirúrgico dos traumatismos vasculares, e por isso mesmo, encaminhados ao H.C.E. no Rio de Janeiro, para o respectivo tratamento, que na maioria das vezes, já é o da complicação dos traumatismos vasculares que é Fístula Artério-Venosa.

Os casos são apresentados com variada documentação diagnóstica e elucidativa.

III. TRAUMATISMO DA ARTÉRIA POPLÍTEA. CONSIDERAÇÕES SÔBRE UM CASO COM EXCELENTE RESULTADO

ANTÔNIO J. MONTEIRO DA SILVA

MARCIO LEAL DE MEIRELLES

Os AA. relatam um caso de esmagamento de membro inferior no óco poplíteo com lesão arterial e venosa. Tecem considerações

sobre a conduta cirúrgica e os resultados obtidos com a interposição de enxerto venoso na continuidade arterial. Apresentam farta documentação fotográfica das várias fases da evolução até a cura final, aproveitando para comentar os casos já descritos na literatura.

IV. FALSOS ANEURISMAS APÓS TRAUMATISMOS ARTERIAIS CONSIDERAÇÕES SÓBRE PREVENÇÃO E CONDUTA CIRÚRGICA

ANTONIO J. MONTEIRO DA SILVA
MARCIO LEAL DE MEIRELLES

Os AA. apresentam alguns casos de falsos aneurismas provenientes de lesões arteriais não convenientemente diagnosticadas ou tratadas. Descrevem o quadro clínico e exames complementares de diagnóstico assim como a conduta cirúrgica adotada, justificando a necessidade de prevenção de tais complicações dos traumatismos vasculares através a cuidadosa orientação nas lesões que cruzam trajeto vascular.

A casuística é do Serviço de Doenças Vasculares do Hospital Central do Exército no Rio de Janeiro.

V. TRAUMATISMOS VASCULARES NA PRÁTICA CIVIL

ANTONIO J. MONTEIRO DA SILVA
ALDIO LEITTE
EIMAR ARAUJO
J. C. CORTES
MALDONAT SANTOS

MARCIO LEAL DE MEIRELLES
RODOLFO PÉRISSE & HAROLDO A. RODRIGUES

Os AA. apresentam um estudo estatístico do número de lesões vasculares traumáticas tratadas, analisando os diferentes tipos de lesões, as lesões associadas, as causas etiológicas, a freqüência de localização das lesões e a conduta utilizada no tratamento e os resultados obtidos pela equipe do Serviço de Cirurgia Cárdo-Vascular do Hospital Estadual Souza Aguiar do Rio de Janeiro GB.

VI. OCLUSÕES ARTERIAIS AGUDAS. USO DO CATETER DE FOGARTY

ANTONIO J. MONTEIRO DA SILVA
MARCIO LEAL DE MEIRELLES

Os AA. analisam os resultados obtidos no tratamento das oclusões arteriais embólicas com o uso do cateter de Fogarty.

Tecem comentários sobre as técnicas anteriormente usadas e as atuais, exaltando os progressos obtidos nos resultados tanto do ponto de vista vascular quanto gerais, após o uso do citado cateter.



O Dr. Bergson Maciel Monteiro do Hospital Central do Exército, onde é Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica apresenta seu trabalho no Seminário sobre Cirurgia Plástica, vendo-se em comentário os Prof. Ivo Pitangui e o Cap. Mar e Guerra
Dr. Djalma Lemos Mendonça.



O Gen. Dr. Galeno da Penha Franco, Diretor do Hospital Central do Exército, faz no Colégio Brasileiro de Cirurgiões exposição sobre o nosocômio militar.



Profere o Cel. Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho sua conferência sobre assunto de psiquiatria de cujo serviço é Chefe no HCE.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS SÍNDROMES SIMULADAS

Ten. Cel. Dr. CESAR POGGI DE FIGUEIREDO FILHO

O diagnóstico das síndromes simuladas ou dissimuladas tornar-se-á mais fácil, se levarmos em consideração que todas apresentam características comuns.

Podemos agrupar essas características comuns em dez itens: 1º — existência de motivo utilitário; 2º — exagero dos sintomas simulados; 3º — perfeição da sintomatologia variando em função da inteligência e cultura do simulador; 4º — presença de sintomas contraditórios; 5º — simulação e enfermidades de comprovação difícil ou queixa de males subjetivos; 6º — mímica e pantomímica características; 7º — aparecimento gradativo dos sintomas após o acidente responsabilizado; 8º — inacessibilidade dos sintomas a qualquer terapêutica; 9º — aumento da gravidade do acidente com o correr do tempo; 10º — simulação de doenças mais em voga no ambiente e época em que o simulador vive.

O motivo utilitário de uma simulação ou dissimulação é o objetivo que o fraudador almeja, como prêmio da farsa que representa.

Sendo o "motivo utilitário" a mola impulsional da simulação, a finalidade do exame a que se submete o paciente, já os dá uma idéia bastante aproximada e antecipada do tipo de fraudadores com que iremos lidar. Os exames médicos de caráter compulsório e em cuja aprovação o indivíduo só encontrará sacrifícios e deveres, fornecem a grande massa dos simuladores. Ex: inspeções de saúde para o serviço militar.

Os exames médicos de caráter voluntário e de cuja aprovação o indivíduo auferirá vantagens, são aqueles em que encontramos o maior número de dissimuladores de doenças. Ex. exames médicos para seguro de vida.

Conclusão: existe sempre um motivo utilitário para a simulação e uma anamnese cuidadosa acabará por descobri-lo.

O exagero da sintomatologia é outra característica dos simuladores. Eles têm a consciência de que, para alcançar o motivo utilitário da sua fraude, os seus males devem atingir um determinado limiar, abaixo do qual as coisas não lhes correrão favoravelmente. Na ânsia de não ficar aquém dessa linha divisória, eles ultrapassam-na de muito, despertando as suspeitas do perito arguto. Compreende-se, desde já, que os sintomas ganham em exagero, em grotesco, em caricatura, na razão inversa da inteligência do simulador.

Os sintomas não se reunem numa moléstia, com a regularidade dos quadros brancos e negros de tabuleiro de xadrez. Os polimorfismos e as atipias sintomáticas são a regra, só aparecendo, de longe em longe, os quadros completos e esquemáticos idealisticamente didáticos dos tratados de patologia. Pois bem! Os simuladores naquilo que se chama a "impaciência de simular", com prévio conhecimento do que vão representar, através de uma leitura premeditada, podem apresentar uma sintomatologia completa em seus detalhes, numa perfeição que choca o nosso senso clínico.

O sintoma contraditório, freqüente nos simuladores, é aquél que mostra um caráter paradoxal, contrariando as previsões anatomo-fisiopatológicas. O suposto portador de amnésia, cuja memória é mais periclitante para os fatos remotos e mais conservada para os recentes, tem um sintoma contraditório de amnésia.

Os simuladores sempre apresentam doenças de comprovação difícil e se queixam de males subjetivos. Não se conhecem casos de simuladores que aleguem a perda de uma perna ou um braço: a comprovação da fraude seria demasiado fácil.

O contato diário com o sofrimento alheio nos confere a capacidade de, como por um sexto sentido, fazer o diagnóstico diferencial entre o verdadeiro enfermo e o fraudador que simula ou dissimula. É sabido que enfermeiros com longa prática, pela simples inspeção, logo a entrada do observado, são capazes de fazer o diagnóstico exato, inclusive o de simulação e dissimulação.

Esse sexto sentido, esse "quid" inexplicável, que nos põe em guarda contra o falso doente, é ditado pelo conhecimento, adquirido em experiências anteriores, da atitude psíquica do enfermo e do simulador.

Por atitude psíquica entendemos a exteriorização do estado cônico ou seja, do processo psicológico em evolução, num determinado momento, no indivíduo examinado.

A atitude psíquica pode ser observada através da mímica e da pantomímica. Por mímica entendem-se os movimentos da musculatura do rosto, tendo por finalidade a exteriorização do processo psicológico em evolução, no indivíduo, no momento da observação. Por pantomímica entende-se os movimentos musculares da cabeça, do Tronco e dos membros, expressando a evolução de um processo psicológico, no indivíduo, no momento da observação.

No diagnóstico da fraude a mímica oferece uma importância muito maior que a pantomímica. No simulador devemos procurar a mímica correspondente à atitude psíquica de desconfiança, atenção, consciência de culpabilidade e hesitação.

Quando um acidente de serviço é a base de partida da simulação, é muito sugestivo o aparecimento gradual da sintomatologia. No simulador, imediatamente após ao acidente, as emoções produzidas pelo mesmo, o traumatismo psíquico, impedem a elaboração do plano fraudulento e sómente com o decorrer do tempo, refletindo sobre as vantagens que pode auferir, é que o simulador inicia a representação da sua farsa. Aqui, porém, não se tratando de um plano longamente amadurecido, mas, muito ao contrário, improvisado para aproveitar a chance oferecida pelo acidente, os detalhes do mesmo, os sintomas queixados, aparecem e são enriquecidos gradativamente, a proporção que o simulador os vai concebendo. Com o correr do tempo novos detalhes são acrescentados, notando-se que o plano vai sendo burilado, até apresentar a sua forma definitiva. No indivíduo sincero a sintomatologia surge logo após ao acidente.

Nos casos de simulação as terapêuticas mais enérgicas resultam inoperantes. O simulador para conseguir os seus objetivos é obrigado a negar qualquer melhora. É muito característica a resposta: "estou sempre no mesmo".

O aumenio da gravidade do acidente com o correr do tempo é outra característica das síndromes simuladas. Nos momentos que se seguem ao acidente, o mesmo é apresentado na justa medida da sua gravidade, uma vez que o plano fraudulento ainda não está concebido. No exato instante em que resolve iniciar a fraude, teme o embusteiro que as proporções reais do acidente não sejam suficientes para justificar as suas pretensões e, por esse motivo, carrega nas cores, aumentando a dramaticidade do mesmo.

Finalmente, o aproveitamento das doenças mais em voga no ambiente ou época em que o simulador vive, é a última das características que apresentaremos. Os simuladores procuram cercar-se do maior número de circunstâncias capazes de dar autenticidade à sua farsa. É lógico que a escolha da sintomatologia a ser simulada, será feita entre as que, em função de fatores circunstanciais geográficos ou temporários, constituam-se de aparecimento verossímil e mesmo provável. Nas épocas da epidemia, quando a moléstia em foco é viável de simulação, entre os numerosos casos reais devemos contar com a possibilidade de sintomatologias simuladas.

A guarnição de Fernando Noronha, durante o último conflito mundial, entre a qual grassou o "beri-beri", forneceu inúmeros casos de simulação de marcha polineurítica, dormências, anestesias e etc. Muito comum é a simulação de escorbuto entre os presidiários de Nova Caledônia.

RESUMO

O A. estuda as características gerais presentes em todas as síndromes simuladas, passando em revista os seguintes fatores: motivo utilitário para o embuste, exagero da sintomatologia, sintomas contraditórios, queixa de sintomas subjetivos ou comprovação difícil, mímica e pantomímica típicas, aparecimento gradativo da sintomatologia, fracasso da terapêutica, gravidade crescente com o tempo e escolha de doenças em voga no momento.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Os simuladores de doença sob o ponto de vista médico militar (Revista de Medicina Militar, nº 1 de 1943).... N.º Teixeira
- 2) Síndrome de carência em Fernando Noronha (Revista de Medicina Militar,....., nº 1 de 1944). B. Gonçalves
- 3) Tratado de Medicina legal..... Souza Lima.
- 4) Propedéutica Psiquiátrica..... Vallejo Nagera
- 5) Compêndio de Psiquiatria..... A. Garcia.
- 6) Problemas de Técnica Policial Judiciária..... E. Altino.



O Presidente do Colégio Brasileiro de Cirurgiões faz entrega ao Gen. Dr. Galeno da Penha Franco, Diretor do Hospital Central do Exército, do diploma de membro associado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE AS SÍNDROMES DEPRESSIVAS E SUAS CONGÊNERES SIMULADAS

Ten. Cel. Méd. Dr. CESAR POGGI DE FIGUEIREDO FILHO

Nem todas as síndromes mentais prestam-se para a simulação. Assim sendo, comprehende-se que algumas delas reunam as preferências dos mistificadores, pela maior facilidade de serem simuladas.

Por ordem de freqüência, os seguintes quadros mentais devem ser citados: 1 — mania; 2 — melancolia simples ou com estupor; 3 — síndromes delirantes de grandeza e perseguição; 4 — os estados de intoxicação, principalmente a embriaguez alcoólica; 5 — a epilepsia; 6 — as amnésias.

Ingenieros dá a seguinte incidência percentual de simulação: Idéias delirantes e paranóicas.. 27%; síndromes maníacas.. 25%; síndromes depressivas.... 17%; estados confusionais ou confusão-demenciais.... 17%; episódios psicopáticos.... 13%.

Como se vê, a simulação das síndromes depressivas ocupa o segundo lugar, por ordem de freqüência, na preferência dos simuladores, justificando suficientemente que façamos o seu estudo.

O diagnóstico de simulação de síndrome depressiva só pode ser feito, após a exclusão de todas as outras hipóteses diagnósticas, uma vez que a depressão pode apresentar-se como um período da psicose maníaco — depressiva ou integrando o quadro clínico de outras doenças.

Cabe, em primeiro lugar, afastar a possibilidade diagnóstica de melancolia climatérica, o que se faz pela coincidência da depressão com numerosos outros fenômenos da "idade crítica" e pela inexistência de antecedentes de outros episódios maníacos ou depressivos. Além do mais, a dosagem a gonadotropina-base do diagnóstico biológico do climatério — apresenta, pela elevação do seu teor, um índice para julgar-se instalado o climatério.

As depressões que ocorrem na embriaguez alcoólica, podem ser excluídas pelo hábito etílico, pela marcha vacilante, pelos comemorativos de libações alcoólicas, pelo desaparecimento rápido e, sobretudo, pela dosagem da alcoolemia. Podem existir maiores dificuldades não servindo a alcoolemia como ponto de referência, naqueles casos em que pequenas doses de bebidas espirituosas levam o indivíduo a uma forma melancólica de embriaguez patológica, denominada "morositas ebriosa".

Existe, também, uma depressão neurastênica que deve ser afastada: ela se caracteriza, principalmente, pela inexistência de

inibição mental, bem como pela ausência de antecedentes maníaco-depressivos e de uma herança específica. Bumke diz que o deprimido neurastênico é mais irascível e tenaz na exposição dos seus males e, quando irritado, não apresenta o aspecto maníaco, como sucede com os portadores de psicose maníaco-depressiva. É, também, mais perseverante em suas idéias fixas e fobias, mais egoista e psicoterapicamente abordável. Ao contrário dos psicóticos maníaco-depressivos, os neurastênicos são geralmente leptossomáticos astênicos.

A paralisia geral progressiva, embora mais raramente, pode apresentar no seu início um aspecto melancólico, sendo difícil individualizá-la pelo simples exame psíquico. Todavia, os dados humorais e neurológicos esclarecem o diagnóstico.

As perturbações mentais que se apresentam na pelagra, podem adquirir um feitio depressivo: mas há concomitância, com as perturbações mentais, de diarréia e dermatite.

Vejamos, agora, as principais diferenças entre as depressões verdadeiras e as suas homônimas simuladas.

Chama logo a atenção, o fato de nas depressões simuladas os fenômenos pseudo-mórbidos coincidirem na sua eclosão com o aparecimento de um "motivo utilitário" para a simulação. Além do mais faltam no simulador aquelas inconstâncias do pulso, ora lento, ora acelerado, que verificamos no verdadeiro deprimido, em função do fluxo de sua emotividade.

No simulador de depressão, a depressão arterial pode ter um comportamento normal, ao contrário do que sucede no verdadeiro deprimido, em que, geralmente, ela se eleva por espasmo vascular periférico, como de resto sucede em todas as vivências ansíscas.

Nos doentes hospitalizados, a observação do sono pelo enfermeiro da noite é de suma importância: a insônia do deprimido verdadeiro é rebelde, só conseguindo o paciente adormecer pela manhã e apresentando um sono agitado, farto de pesadelos e sonhos terroristas; o simulador dorme normal e tranqüilamente.

No que diz respeito aos dados hematológicos, verifica-se, no deprimido verdadeiro, uma eritropenia e hemoglobinemia, com cimento do teor de pigmentos biliares; nos simuladores isso não sucede.

A mímica é outro dado da maior importância. A "visagem melancólica" é inimitável, traduzindo dor profunda, com uma face alongada pelo emagrecimento rápido, sulcos naso-labiais acentuados, olhar apagado, fronte pregueada, falta de secreção sebácea, cabelos secos, aspecto de exaustão e envelhecimento; a pantomímica revela movimentos lentos e hesitantes, atitude de

abandono, de passividade mal resignada, a cabeça pendendo sobre o peito, denotando sofrimento.

O apetite dos periciados deve ser observado cuidadosamente. Nos deprimidos verdadeiros o apetite desaparece na proporção direta da gravidade do acometimento. Nos casos graves o doente não toca, praticamente, nos alimentos, havendo mesmo a necessidade, muitas vezes, de alimentá-lo por sonda. Nos simuladores de síndromes depressivas, mergulhados no maior abatimento, os indivíduos continuam se alimentando normalmente, o que se constitui num fato altamente suspeito.

No que diz respeito à biotipologia, os fatos são os seguintes: o deprimido de psicose maníaco-depressiva é geralmente um pícnico, dificilmente um leptossomático, mas raramente um atlético e excepcionalmente um displástico, conforme os estudos de Kretschmer e Anke. Isso pode não suceder nas depressões simuladas.

Finalmente, é válido empregar a prova terapêutica da convulsoterapia, embora a sintomatologia depressiva não responda tão prontamente quanto a maníaca. Mas os deprimidos, geralmente, melhoram com a convulsoterapia. Os simuladores de depressão, à simples ameaça do eletrochoque melhoram, ou fazem durante a execução do tratamento.

RESUMO

O A. tece considerações iniciais sobre a incidência de simulação de doença mental. Estuda todas as doenças em que a depressão integra o quadro clínico, examinando progressivamente: a depressão climatérica, a neurastenia, a forma depressiva da paralisia geral progressiva e a pelagra. Passa em revista os pontos mais aptos para a diferenciação diagnóstica entre a depressão vera e a sua simulação.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Compêndio de Psiquiatria A. Garcia
- 2 — Própedéutica Psiquiátrica Vallejo Nagera
- 3 — Simuladores, histéricos e patomimicos nas inspeções de saúde Poggy
- 4 — Tratado de Psiquiatria Ey, Bernard e Brisset.



Parte da assistência sempre constante aos trabalhos científicos do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar.



No Seminário de Angiologia, do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar, onde são vistos, o Prof. Mario Degni, coordenador, os Profs. Drs. Rui Barbosa, Kompriz Cordeiro, Emil Barian, Eymar Delly de Araujo, Ludovico Mounghioli, Marcio Costa e Silva, Osvaldo Ciburzo, Rubens Carlos Mayall, Walter Louvardi e Antonio Monteiro, todos participantes dos assuntos ventilados com elevado senso crítico e alto sentido científico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE AS SÍNDROMES MANÍACAS E SUAS CONGÊNERES SIMULADAS

Ten. Cel. Méd. Dr. CESAR POGGI DE FIGUEIREDO FILHO

As doenças mentais não se prestam muito para as manobras simulatórias. Todavia, quando tal sucede, a mania é o quadro mental que reúne as preferências dos simuladores. Segundo Ingenieros as manias constituem 25% das simulações de doença mental.

O diagnóstico diferencial entre a mania verdadeira e a sua congênere simulada deve ser feito atendendo a dois pontos: 1º — estabelecendo as diferenças básicas entre os quadros verdadeiros e os simulados; 2º — procedendo à exclusão de todos os quadros patológicos capazes de apresentar uma sintomatologia tipicamente maníaca.

Veremos, em primeiro lugar, que o verdadeiro maníaco, apesar da frenética atividade desenvolvida, não acusa qualquer fadiga, enquanto o simulador cansa-se, produzindo excitações que se repetem após intervalos de normalidade. O verdadeiro maníaco, na sua excitação assume posturas arriscadas, enquanto o simulador jamais se arrisca.

O maníaco real, via de regra, conserva a sua memória e encontra-se orientado, mas o simulador, procurando dar maior realce à sua farsa, comete erros de memória e mostra-se desorientado.

As alucinações são raras na mania verdadeira e aparecem com freqüência na simulada e revelam-se, às vezes, espontaneamente, o que é muito característico, pois o verdadeiro doente mental, muito raramente apresenta as suas alucinações sem ser interrogado.

O aspecto geral do maníaco verdadeiro é ótimo, apresentando a pele rosada, os olhos brilhantes, a marcha firme e rápida e etc., enquanto no fraudador isso nem sempre sucede.

O metabolismo basal encontra-se elevado na mania verdadeira e, geralmente, isso não sucede com os simuladores.

O apetite do periciado é outro ponto que deve ser observado, porque quase sempre é voraz na mania verdadeira, podendo não ser nos casos de simulação, pois não há preocupação com esse detalhe. O mesmo deve ser dito em relação ao repouso noturno: o maníaco verdadeiro quase não necessita dele, levantando-se freqüentemente durante a noite, enquanto o simulador dorme bem.

Etiotipologicamente, segundo os estudos de Kretschmer e Anke, o maníaco é quase sempre um pícnico, dificilmente um

leitosomático, mais raramente ainda um atlético e só excepcionalmente um displástico.

A mímica do maníaco verdadeiro é absolutamente característica e inesquecível sendo impossível de ser imitada pelo simulador.

Nas manias verdadeiras, com muita freqüência, o interrogatório vai assinalar episódios anteriores de mania ou melancolia, o que não sucede com os simuladores.

Vistos êsses principais itens do diagnóstico diferencial entre as manias verdadeiras e suas homônimas simuladas, estudemos os quadros clínicos em que a mania pode integrar a sintomatologia ou oferecer confusões diagnósticas, a fim de afastá-los antes de concluir-se por uma simulação.

O primeiro quadro que pode oferecer confusões diagnósticas com a mania verdadeira, é o da embriaguez alcoólica. Nos casos comuns, a confusão é facilmente desfeita, levando-se em consideração o hábito etílico, a marcha vacilante, o desaparecimento rápido e etc. Existem comemorativos de libações alcoólicas e a dosagem da alcoolemia é decisiva. As causas podem complicar-se um pouco, naqueles casos de embriaguez alcoólica conhecidos como "ferocitas ebrios", em que com pequena dose de uma bebida espirituosa e, portanto com alcoolemia baixa, o indivíduo apresenta-se extremamente agressivo e com um quadro pseudo-maníaco.

As psicoses infecciosas, às vezes, iniciam-se por uma leve excitação que simula a hipomania. Mas o ulterior aparecimento de obnubilação, estado confusional e sensação de fadiga e febre, como a eclosão da sintomatologia típica da doença, esclarecem tudo.

Tanto a doença de Pick como os tumores cerebrais, a uma observação pouco atenta, podem dar a impressão da existência de uma hiperfaria hipomaníaca. Na realidade trata-se de mária e não de hiperfaria, pois a alegria exibida é nescia e sem conteúdo afetivo, existindo, ainda, estado confusional, fatigabilidade e outros sintomas orgânicos.

A paralisia geral progressiva, na sua fase inicial, apresenta-se com uma roupagem maníaca, sendo impossível individualizá-la no simples exame do psiquismo. Todavia, se atentarmos para os aspectos neurológicos e humorais — que sempre estão presentes — o diagnóstico diferencial será rapidamente firmado.

Tudo o que foi dito a respeito da paralisia geral progressiva, deve ser repetido, "mutatis mutandis," sobre a pseudo paralisia geral diabética. Aqui, as dosagens da glicose no sangue e na urina e o exame do liquor revelando uma pleocitose média, hiperalbuminose e hiperglicorraqia, resolvem o caso.

A fúria epiléptica também, num exame superficial, pode trazer confusões com a verdadeira mania. Mas os dados eletroencefalográficos, associados aos antecedentes comiciais, são suficientes para estabelecer o diagnóstico certo.

Finalmente, devemos ter em mente as esquizofrenias nas suas formas clínicas hebefrénica e catatônica.

A hebefrénia pode iniciar-se por excitação, loquacidade e etc., mas a introversão anterior do paciente, a superficialidade do humor e o tipo de associação de idéias, são características de esquizofrenia.

A agitação catatônica, ao contrário do que sucede na mania, é endógena e subjetiva, não provindo de estímulos ambientais. As nossas sugestões não fazem eco nos catatônicos, enquanto os maníacos respondem-nas de forma adequada e proporcional, irritada ou brejeiramente. O riso catatônico é artifício e toda a mímica do doente carece da espontaneidade maníaca. O tipo de associações de idéias, a presença de idéias delirantes, o biótipo e as perturbações sensoriais, esclarecem o diagnóstico.

Finalmente, se, apesar de tudo persistirem as dúvidas diagnósticas entre a mania e a sua homônima simulada, podemos recorrer à prova terapêutica da convulsoterapia.

Segundo H. Claude, a convulsoterapia fornece os seguintes resultados: cura total.... 40%; cura parcial.... 20%; melhora.... 40%; sem resultado.... 0%.

Ao simulador não interessa representar uma melhora; ou desiste ou persiste na farsa, dando-nos um elemento de grande valor para o diagnóstico de simulação. Poder-se-á alegar que, no caso de cura total, permanecerá a dúvida se havia ou não simulação. Essa dúvida não apresentará, porém, importância prática, pois de uma forma ou de outra o caso estará resolvido.

RESUMO

O A. passa em revista as características básicas das síndromes maníacas verdadeiras, estabelecendo o estudo comparativo com as simulações maníacas. Estuda, ainda, todos os quadros mentais passíveis de confusão diagnóstica com a mania e, portanto, com a sua simulação. Vêm, sucessivamente: embriaguez alcoólica, tumores cerebrais, doença de Pick, paralisia geral progressiva, pseudo paralisia geral diabética, fúria epiléptica e agitações psicomotoras esquizofrénicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Compêndio de Psiquiatria A. Garcia
- 2 — Propedéutica Psiquiátrica Vallejo Nagera
- 3 — Simuladores, histéricos e patomimás nas inspeções de saúde Poggi
- 4 — Tratado de Psiquiatria Ey, Bernard e Brisset.



No Seminário de Cirurgia Plástica do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar, em São Paulo, em 1969 vendo-se o Maj. Brig. Dr. Geraldo Cesario Alvim, Presidente da Mesa, Vice-Almte. Dr. Geraldo Barroso, Vice-Presidente do Congresso, Prof. Ivo Pitanguy coordenador do Seminário, Ten. Cel. Dr. Bergson Maciel Pinheiro, Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do HCE, Cap. Frag. Dr. Djalma Lemos Mendonça, Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica da AMSA, ouvindo o Prof. José Juvenil Teles, que como elas participaram dos debates de alto nível.



O Gn. Dr. Stoessel Guimarães coordena os trabalhos do Seminário sobre Medicina Veterinária do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar.

CONSIDERAÇÕES TERAPEUTICAS DO ALCOOLISMO CRÔNICO NO ÂMBITO DO PNP DO H.C.E.

Maj. Méd. Dr. ENIO FABIANO

Pretende o nosso trabalho dar uma noção sucinta das medidas terapêuticas de rotina nos internados na Clínica Psiquiátrica no Hospital Central do Exército no período de 1967 e 1968. A nossa experiência vem mostrar que o alcoolismo ainda constitui um problema de difícil solução, tendo em vista os numerosos fatores que vão interferir na nossa conduta. Assim exposto, temos que levar em consideração alguns aspectos deste mal social que vem desafiando os tempos. Começaremos pela definição de alcoolismo segundo o Sub-Comitê Nacional de Alcoolismo: "Alcoolistas são bebedores excessivos cuja dependência ao álcool chega ao ponto deles apresentarem perturbação mental evidente, manifestações afetando sua saúde física e psíquica, suas relações individuais, seu comportamento social e econômico ou pródomos de perturbações deste gênero e que por isto necessitam de tratamento". Para a OMS o alcoolismo seria tóxico-dependência ao álcool, devido ao seu uso constante, provocando prejuízo da sociedade e do indivíduo e a dependência seria psicológica e não física. KRAEPELIN definiu como alcoolista crônico aquêle que ingere nova dose de bebida, sem ter eliminado a dose anterior. Outro aspecto a ser tomado em consideração para fins terapêuticos seria o estudo de personalidade do alcoolista. A rigor não existe uma personalidade, pré-alcoólica ou alcoólica. Qualquer um pode beber, sem que venha se tornar um alcoolista, salvo se tiver por detrás um outro problema. O álcool seria o fósforo para o incêndio. Por esta razão o alcoolismo incide na maioria dos neuróticos, parte dos oligofrênicos e epilepticos e em menor escala nos esquizofrênicos. A maioria dos bebedores teria inibição social ou homossexualismo incipiente. O álcool daria coragem para adquirir segurança, que não têm constitucionalmente. O oligofrênico beberia para enfrentar a vida, pois o álcool daria vivacidade maior. Há grande ligação entre alcoolistas e epilepsia (dipsomania). O esquizofrênico beberia para se libertar do autismo. Para BUMKE o álcool não é a causa da doença mental e sim exteriorização do que existe anteriormente, isto é não passaria de um epifenômeno. Na realidade, há um sentimento de frustração oral, que promove atitudes neuróticas do alcoólico e muitos dos distúrbios mentais alcoólicos dependem de uma verdadeira neurose, "a neurose alcoólica". Além disso, aí fora as razões de beber outros fatores cooperam para manutenção do alcoolismo. Assim, a tradição de beber, dada pelo

valor hedônico e prestígio do álcool fizeram com que fosse a bebida de escolha dos brindes, coquetéis, festas, cultos religiosos e cerimônias familiares e públicas, não havendo praticamente festividades que se cumpre sem beber, nem povo sem a bebida tradicional. Também são apontadas virtude do álcool como alimento e na estimulação do apetite. E para completar, as medidas de interesse econômico, vem dificultando seu combate pela produção exacerbada, a propaganda desenfreada. O número maior de estabelecimentos para o seu comércio, a exiguidade do seu preço e os problemas de ordem social como a miséria, o analfabetismo e a depravação social.

Diante disso, os pacientes quando são levados aos hospitais para tratamento, o fazem numa fase tardia em que o embrutecimento alcoólico e os episódios psicóticos agudos exigem o seu afastamento da sociedade, tendo em vista não só a personalidade profundamente alterada, como também ser apontado como agente de criminalidade, responsável por acidentes de trânsito e de trabalho, preenchendo um exército de inativos da Previdência Social. Nas Forças Armadas não muito raro se faz sentir a sua presença. São militares e funcionários civis que criam problemas nas suas organizações, muitas vezes considerados como transgressores dos regulamentos militares e enquadrados no Código Penal Militar. Por outro lado lotam as enfermarias, baixando várias vezes para tratamento, a ponto de ser adotado um critério para efeito de serem considerados incapazes para o serviço ativo, e muitas vezes reformados. No PNP quando baixam, por mais de três vezes a curto prazo por alcoolismo não especificado, ou melhor habitual, diante das alterações psíquicas e de conduta que apresentem, após submetidos a uma junta médica e falhos todos os meios de sua recuperação são afastados da atividade militar, e conforme a sua capacidade de adaptação ao meio civil, serão considerados podendo ou não podendo os meios de subsistência, fato que vêm criando problemas para as juntas militares de saúde. A rotina de tratamento do PNP-HCE começa com o isolamento em regime de internação em que se coloca o paciente longe do alcance do tóxico e privado deste. Avaliado o seu estado físico e mental, após risco terapêutico e observação psiquiátrica, que ditará nossa conduta no que tange a desintoxicação, tratamento do estado confusional, correção dos distúrbios hepáticos, do estado carential e da desidratação. Por fim, sanados esses desequilíbrios passamos à fase de desabituação e psicoterapia de apoio. Até há pouco tempo não havia para o alcoolismo crônico um tratamento que pudesse ser considerado eficaz. Os recursos que existiam eram além dos apontados, o uso de substâncias que nem sempre eram desprovidas de efeitos tóxicos de resulta-

dos efêmeros. Após o aparecimento do DISULFIRAM (Antabuse) as perspectivas foram mais animadoras. Após abstinência no período de desintoxicação de cerca de 3 a 4 semanas, o paciente é submetido à sensibilização pelo Disulfiram cerca de um ano, após uma série de provas e dose de manutenção diária. Visa criar reflexos condicionados com repugnância ao álcool, observando-se no paciente ao ingerir a bebida, náuseas, vômitos e sensações desagradáveis com aumento do volume do resto e pescoço e cansaço progressivo que o leva ao leito. A reação é mais espetacular que grave, fazendo com que o paciente perdesse o entusiasmo pela bebida. A administração da droga isolada é praticamente destituída de efeitos tóxicos. Complementando a terapêutica anti-alcoólica, tendo em vista ser o paciente praticamente um doente da vontade, impõe-se a psicoterapia de apoio realizada pelo médico, isoladamente ou em grupo por um prazo não inferior a 3 meses. É de extraordinário valer no meio civil a atuação dos A.A.

Como medidas profiláticas de interesse social são fundamentais as campanhas educativas e a criação de ambulatórios de Higiene Mental, a limitação e controle das bebidas e propaganda, bem como o combate aos males sociais que concorrem para a sua manutenção.

Concluindo, foram tratados no PNP 283 pacientes, obtendo alta melhorado 261 e sendo considerados incapazes para o serviço 22 pacientes.

RESUMO

Os autores apresentam uma casuística de alcoolistas tratados no PNP no período de 1967-68. Procuram estabelecer as causas e os conceitos modernos desse mal social e que por certo tem sua aplicação para o tratamento anti-alcoólico. Mostram critérios e normas estabelecidos no PNP-HCE para efeito de conduta terapêutica e procuram apresentar sugestões de medidas profiláticas no sentido de diminuir a incidência do alcoolismo no nosso meio.

Bibliografia:

- Manual de psiquiatria de H. Ey
- Tratado de psiquiatria. H. Delgado
- Tratado de psiquiatria H. Roxo



No Curso de Higiene e Medicina Preventiva sob a direção do Gen. Dr. Alvaro Menezes Paes, o Dr. Gastão de Carvalho Souza recebe seu diploma.



Aspecto de uma exposição de tema livre no IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar

ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL PSIQUATRICO NO PNP DO HCE

Maj. Méd. Dr. ENIO FABIANO
Dr. DANILLO J. BIZZOTTO (1)
ANA MARIA KILIKIAN
VERA MARIA GALVÃO SALINAS

No constante processo de desenvolvimento das atividades humanas, está sempre presente o objetivo único, comum a todas elas — o Homem.

Visando, cada vez mais, a melhoria de condições para o seu bem-estar, o Homem vem procurando criar novos meios que lhe permitam atingir tal fim.

Assim, no campo da saúde, vamos encontrar na Medicina Moderna, não mais o médico isoladamente, porém uma equipe interdisciplinar que a seu lado coopera para um melhor aproveitamento, pelo paciente, da terapêutica indicada.

E o Serviço Social, em razão de seus princípios e finalidades visarem fundamentalmente o bem-estar bio-psico-social do indivíduo, constitui, no campo médico, um dos elementos integrantes dessa equipe.

Notadamente no campo psiquiátrico, o Serviço Social já tem comprovada a validade de sua atuação no trabalho de equipe empregando seus métodos específicos — Serviço Social de Casos, Serviço Social de Grupo e Desenvolvimento de Comunidade — com significativos resultados.

Atualmente, na grande maioria dos Centros Psiquiátricos da Guanabara, o Serviço Social Psiquiátrico atua juntamente com a Enfermagem Psiquiátrica e a Psicologia Clínica, como técnica auxiliar do médico, inclusive nas mais modernas experiências de Comunidade Terapêutica.

No Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército, o Serviço Social Psiquiátrico teve suas atividades iniciadas em junho de 1968, contando atualmente com três Assistentes Sociais formados, sob a chefia de um Major Médico, também diplomado em Serviço Social.

Em seu funcionamento é adotado o Serviço Social de Casos, utilizando-se as técnicas de entrevista com pacientes, seus familiares, e também com terceiros significativos ao caso.

O atendimento é feito por encaminhamento da equipe ou pela própria iniciativa do paciente.

Chefe do Serviço Social Psiquiátrico do Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército. Assistentes Sociais estagiárias do Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército.

Paralelamente ao tratamento médico, o Serviço Social desenvolve o estudo, o diagnóstico e o tratamento social do caso, empregando seus princípios e técnicas próprias.

Através do levantamento sócio-econômico-familiar do paciente, suas alterações de vida militar, sua situação na Unidade de origem, o Serviço Social dispõe de informações que, transmitidas ao médico, trazem um maior conhecimento do paciente dentro da realidade vivencial do mesmo.

Analizando estes dados, o Serviço Social pode formular a impressão diagnóstica social, procurando determinar os fatores sócio-ambientais que estejam agravando o estado psíquico do paciente, ou tenham surgido em decorrência da própria psicopatologia.

Da experiência obtida nesse período de funcionamento do Serviço Social Psiquiátrico do PNP, pudemos observar que se destacam com maior incidência:

— A rejeição da família ao paciente, a falta de compreensão à doença, a não colaboração com o tratamento médico, dificultando as dispensas periódicas e a alta;

— A resistência do paciente em aceitar o afastamento da vida militar após um julgamento de incapacidade, assim como também as reivindicações de melhoria de reforma, visando geralmente fins econômicos;

— Os entraves que se apresentam à reintegração do paciente às atividades militares após a alta, devido não só às faltas disciplinares originadas de sua própria problemática psíquica, como também ao ambiente desfavorável criado pelo errôneo descrédito de alguns companheiros e superiores de Unidade ao egresso de um hospital psiquiátrico.

Para a resolução desses problemas o Serviço Social procura através de entrevistas, visitas domiciliares e contatos com as Unidades, apoiar, esclarecer, interpretar e modificar conceitos, a fim de proporcionar condições ambientais favoráveis à melhoria emocional do paciente.

Dos duzentos e sessenta e quatro casos atendidos pelo Serviço Social Psiquiátrico do Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército, somente dezenove ainda se encontram em tratamento social.

Gostaríamos de lhes referir a dois casos, que nos parecem válidos como exemplificação prática da dinâmica do tratamento social.

CASO I — Ten. Cel. Ref., de 47 anos de idade, natural da Guanabara, casado. Situação econômica estável. Nível de instrução e cultura superiores. Caso encaminhado pelo médico assistente através de solicitação na papeleta do paciente. Psiquiátricamente seu diagnóstico era de reação esquizo-paranóide.

Quando do atendimento pelo Serviço Social Psiquiátrico baixava pela terceira vez ao Pavilhão de Neuro-Psiquiatria.

Na primeira entrevista com o Assistente Social o paciente mostrava-se agitado, tenso, fumando ininterruptamente. Tinha um fáceis deprimido. Relatava o amor que sentia por sua mulher e que estando há três meses internado não tivera dispensa. Sua mulher apenas comparecia às visitas, não demonstrando interesse na melhora do paciente.

Através contato com o médico, ficou deliberada uma visita domiciliar, pelo Serviço Social. Esta teve efeito, mas não se obteve êxito devido à presença no local da sogra do paciente. Foi marcado o comparecimento de sua esposa no Pavilhão para entrevista.

Numa inesperada visita da esposa do paciente ao médico responsável pelo caso ficou constatado que providenciava os serviços de um advogado visando a interdição do paciente. E para tanto viera cientificar o médico o andamento jurídico do processo. A esposa do paciente recusou-se a um diálogo mais detalhado com o Serviço Social naquela data, alegando "estar muito nervosa". Decidiu então o médico, dada a presença da esposa do paciente, dispensá-lo em licença. Houve grande resistência por parte da esposa, que amedrontada não queria levá-lo, contudo, o médico manteve sua decisão.

De regresso ao Pavilhão o paciente parecia mais tranquilo e animado. Relatou que à princípio sua esposa mostrara-se arredia e desconfiada, mas posteriormente o relacionamento tornara-se positivo.

Como combinado, a esposa do paciente compareceu ao Serviço Social na data marcada. À entrevista visou o levantamento de dados necessários ao caso e o encratamento Assistente Social-cliente. O Assistente Social observou haver por parte da esposa do paciente rejeição à ele, e consequentemente resistência ante a possibilidade da alta definitiva. O Assistente Social procurou esclarecer-lhe acerca de sua colaboração na orientação médica, com o objetivo de proporcionar a paciente condições emocionais favoráveis à sua pronta recuperação.

O desenvolvimento do caso teve andamento positivo após a entrevista com a esposa do paciente, embora havendo ainda certa resistência e receios. Concomitante à orientação pelo Serviço Social, o médico tornou as dispensas periódicas.

Viu-se, então, o paciente freqüentar com assiduidade o Serviço Social, demonstrando melhor estado de ânimo.

A preparação de sua interdição foi revogada.

No fim de quarenta dias de acompanhamento do caso, pelo Serviço Social, o paciente obteve alta definitiva.

No presente caso o Assistente Social procurou despertar na esposa do paciente a realidade do problema interligando a

orientação médica, além de fornecer dados que muito auxiliaram na solução do caso.

CASO II — Terceiro Sgt da Ativa, com treze anos de serviço militar, natural de Minas Gerais, 34 anos de idade, viúvo. Nível sócio-econômico-cultural médio.

Pela primeira vez baixava ao PNP, apresentando reação depressiva neurótica + alcoolismo habitual, tendo sido encaminhado pelo médico ao Serviço Social para estudo sócio-econômico e familiar.

Nos primeiros contatos com o Serviço Social, o paciente apresentava-se com o aspecto cuidado, mas ansioso e deprimido. Expressava-se com facilidade, e apesar de demonstrar no início certa resistência, foi se tornando aos poucos menos tenso, finalizando por abordar seus problemas.

Há quatro anos cometera um crime de morte em defesa da honra da esposa que havia sido difamada. Respondendo a julgamento, fôr absorvido em virtude das circunstâncias em que ocorreu o delito.

Traumatizada pela situação, a esposa havia tentado o suicídio antes do término do processo, vindo a falecer oito meses após, em consequência do ato.

O paciente, que até então havia tido uma vida familiar harmoniosa e organizada, passou a beber, acarretando prejuízos à sua vida militar. Após freqüentes faltas e punições foi transferido do Quartel, em que servia há dez anos, a bem da disciplina.

Veio servir na Guanabara, passando a residir na nova Unidade.

Gracias a um Comandante enérgico mas compreensivo, havia tido uma recepção cordial dos companheiros, porém sua depressão o fazia sentir-se um elemento visado, devido as desfavoráveis informações que o haviam precedido. Voltou a beber, reincidindo nas faltas, estando na iminência de responder a Conselho de Disciplina ao baixar para tratamento.

O diagnóstico social do caso foi: desajuste familiar e profissional, formulando-se um plano de tratamento direto de apoio e clarificação ao paciente.

Foram realizadas entrevistas periódicas nas quais o Assistente Social procurou motivá-lo a reencontrar seu interesse vital.

Completando o tratamento social direto, o Assistente Social manteve contato com a Unidade, interpretando a condutopatia do paciente, havendo uma satisfatória receptividade do Comandante.

Com o decorrer do tratamento social, o paciente foi apresentando acentuadas melhorias, inclusive quanto ao relacionamento com os outros pacientes, de quem se afastara anteriormente. Começou, também, a demonstrar interesse em trabalhos de caligrafia e a participar de atividades recreativas.

rariamente para o Serviço do Exército, recebendo uma licença de 180 dias para tratamento de saúde.

Ao receber alta hospitalar, após 44 dias de internação, o paciente já se apresentava mais seguro, devido à revalorização de sua auto-estima e consequente capacitação à auto-determinação.

CONCLUSÃO — A descrição do desenrolar desses dois casos demonstra, de modo prático e objetivo, da importância do Serviço Social como integrante ativo da equipe psiquiátrica.

Não mais se entende, pela moderna dinâmica frenocomial, a ausência do Assistente Social que, hoje, já se apresenta como participante inalienável de uma real "Unidade Terapêutica".

RESUMO

Os AA descrevem a atuação do Serviço Social no Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército.

Desenvolvem os aspectos práticos e objetivos das conclusões chegadas após quase dois anos de profícua atividade, no atendimento de duzentos e sessenta e quatro casos, dos quais duzentos e quarenta e cinco foram plenamente desenvolvidos e concluídos.

Destacam ainda os AA dois casos que, pela solução favorável de suas problemáticas, bem dizem da importância do Serviço Social na moderna dinâmica psiquiátrica.

Finalmente concluem os AA pela necessidade da existência do Serviço Social em funcionamento em todo frenocômio como parte integrante e inalienável da equipe psiquiátrica.



O Dr. Antonio Monteiro do Hospital Central do Exército profere a exposição de um dos seus temas de cirurgia apresentado ao IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar, em 1969, em São Paulo.



Na presidência da sessão de temas livres do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar, o Cel. Dr. Antonio Bertino Filho, do Hospital da Aeronáutica do Galeão, ouve a exposição da assistente social do Hospital Central do Exército. Faz parte da mesa, como secretário, o Cel. Dr. Lima Noce, da Aeronáutica.



Aspecto parcial de uma sessão científica do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar.

O SERVIÇO SOCIAL INTEGRANDO A EQUIPE PSIQUIÁTRICA

Maj. Méd. Dr. ENIO FABIANO (1)
As. ANA MARIA F. DE SOUZA (2)
As. ANA MARIA KILIKIAN
As. VERA MARIA G. SALINAS

O Serviço Social é constituído pelo conjunto de conhecimentos teóricos e de aptidões práticas relativos a estudo, diagnóstico e tratamento social de indivíduos, grupos e comunidades.

O Serviço Social se ocupa dos problemas ou distorções, originados da interrelação dos indivíduos e grupos com o seu meio físico, humano e social. Deste modo, os processos de terapêutica social são desdobrados em:

- terapêutica social com indivíduos (Serviço Social de Caso).
- terapêutica social com grupos (Serviço Social de Grupo).
- terapêutica social com comunidades (Desenvolvimento de Comunidade).

Embora sendo uma profissão relativamente nova, o Serviço Social possui um corpo identificável e transmissível de teoria e prática, estando seus processos já sistematizados, o que permite a sua aplicação em diferentes setores e em diversos contextos econômicos e sociais.

Os objetivos dos processos (Serviço Social de Caso, Serviço Social de Grupo e Desenvolvimento de Comunidade) são similares: remoção de bloqueio, liberação de potencialidades, pleno uso dos recursos, capacitação para auto-orientação no plano individual, do grupo e da comunidade.

Como princípios básicos de Serviço Social podemos citar:

- o tratamento social é feito em base cooperativa, isto é, o cliente participa ativamente do processo terapêutico;
- é através do uso deliberado do relacionamento estabelecido pelo Assistente Social com o indivíduo, grupo ou comunidade, que o Serviço Social se desenvolve;
- este relacionamento é norteado por alguns princípios tais como: individualização, aceitação, auto-determinação, atitude de não envolvimento emocional.

O Serviço Social, em qualquer dos seus processos, age sobre o meio procurando modificar certas condições, introduzindo novos elementos ou removendo outros, criando recursos, em benefício do indivíduo, grupo e comunidade.

(1) Chefe do Serviço Social Psiquiátrico do Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército.

(2) Assistentes Sociais Estagiárias do Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército.

Dentre os primeiros campos nos quais o Serviço Social começou a ser aplicado, podemos citar o hospital e o ambulatório.

Já em 1895, Sir Lock, pela primeira vez, via a necessidade de haver, além do enfermeiro, uma pessoa capacitada a dar ao doente apoio moral, a fim de facilitar seu retorno à família e à Sociedade.

Em 1918, Adolf Meyer estabelece o aprendizado para o Assistente Social Psiquiátrico: após a obtenção de diploma em Ciências Sociais, o candidato teria por dois anos instrução psiquiátrica.

Hoje, as Faculdades de Serviço Social formam Assistentes Sociais aptos para atuarem no campo psiquiátrico. Temos, assim, o Serviço Social junto à Psicologia Clínica e à Enfermagem Psiquiátrica, participando ativamente de uma moderna equipe especializada.

A aplicação do Serviço Social no campo da Psiquiatria surgiu quando os especialistas sentiram a necessidade do auxílio do Serviço Social para um maior conhecimento do homem através de sua integração no meio e as consequentes reações que tal integração poderia trazer.

Aplicando suas técnicas e métodos próprios, o Serviço Social estaria capacitado a fornecer ao Psiquiatra uma visão do Homem e de seu meio social, conhecimento este necessário a um combate mais eficaz às doenças que atacavam seus pacientes.

Inicialmente surgiu certa confusão ante a dificuldade de estabelecer o tipo de ajuda que seria dada pelo Assistente Social Psiquiátrico e pelo Psiquiatra.

Poder-se-ia dizer que, embora havendo uma identidade de objetivos, é quanto à técnica empregada que reside essa distinção.

Ruth Smalley diz o seguinte:

"O Psiquiatra trata a doença do cliente, ao passo que o Assistente Social Psiquiátrico ajuda a usar sua pessoa, como se apresenta em dado momento, da maneira mais eficiente possível nas diversas situações que tem de enfrentar".

Já Margaret Ashdown e S. Clement Brown estabelecem, entre outras distinções, a seguinte:

"O cliente atendido pelo Psiquiatra é sempre o que procurou ajuda psiquiátrica — uma pessoa doente — enquanto que geralmente o Assistente Social Psiquiátrico trabalha com alguém do ambiente do cliente".

As funções do Serviço Social Psiquiátrico variam de acordo com o tipo de serviço a ser prestado e com o tipo de instituição na qual funciona.

Conforme nossa experiência no PAVILHÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA do HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, estabelece-

mos como funções do Serviço Social, participando da equipe psiquiátrica, as seguintes: 1 — colaborar com o corpo clínico:

— analisando o meio familiar, econômico e social dos pacientes com o objetivo de contribuir para melhor orientação do diagnóstico e do tratamento médico psiquiátrico;

— orientando as famílias dos pacientes na solução dos problemas familiares e sociais decorrentes da doença ou que interferiram com a sua estada no hospital;

— sugerindo o paciente a aceitar certos aspectos da doença ou do tratamento médico;

— interpretando aos familiares ou responsáveis pelos pacientes os objetivos e regulamentos do hospital;

— realizando visitas de seguimento de casos no domicílio dos pacientes de modo a avaliar condições sociais favoráveis à continuidade do tratamento;

— auxiliando o paciente em alta em sua readaptação social;

2 — colaborar com a equipe médica para a maior dinâmica de leitos, inclusive preparando alta dos pacientes com problemas atinentes;

3 — realizar estudos da especialidade para complementação da pesquisa médico-social;

4 — participar do desenvolvimento da programação de ensino que vise o constante aperfeiçoamento da equipe;

5 — elaborar estatística social baseada no meio familiar econômico e social dos pacientes, no que tange, principalmente, à prevenção dos males sociais ocasionados pela doença, a fim de que o hospital melhor atinja a suas finalidades;

6 — articular junto à Enfermagem para troca de informações que sejam necessárias à melhor compreensão do doente e ao tratamento a ser realizado por ambos os profissionais;

7 — manter estreitos contatos com os serviços análogos de outras instituições, para fins de aperfeiçoamento ou aprimoramento das técnicas empregadas no tratamento social dos casos e rotina de trabalho.

No desenvolvimento dessas atividades, observa-se:

— execução das técnicas específicas de Serviço Social de Caso: estudo, diagnóstico e tratamento social;

— participação na visita médica objetivando o entrosamento com a equipe para conhecer os aspectos médicos da doença e o plano de tratamento, bem com fornecer dados sociais referentes aos casos em estudo e tratamento;

— proceder à triagem dos casos para seguimento médico social, de acordo com o critério estabelecido pela equipe médica;

— participação na preparação de alta dos pacientes que apresentem problemas sociais;

- promoção de reuniões de serviço; e
- elaboração e execução de pesquisas sociais.

Assim atuando, o Serviço Social Psiquiátrico como parte integrante da equipe especializada, poderá concorrer para que o objetivo do tratamento seja alcançado: a reintegração bio-psico-social do indivíduo psíquicamente enfermo.

RESUMO

No presente trabalho, os AA procuram estabelecer as funções e a atuação que o Serviço Social deva desempenhar numa equipe especializada.

Para tanto, referem-se, inicialmente, à evolução histórica do Serviço Social, seus princípios e processos.

De acordo com a experiência dos AA no Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército, concluem com as atribuições que o Serviço Social Psiquiátrico deva ter como parte de uma moderna equipe especializada.



O Gen. Dr. Galeno da Penha Franco, o Cel. Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho e outros, assistindo sessão científica do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar.

O SERVIÇO DE TERAPÉUTICA OCUPACIONAL E REABILITAÇÃO NO PNP DO H.C.E.

Maj. Méd. Dr. TONG RAMOS VIANNA

Cap. Méd. Dr. ANTÔNIO FERREIRA DUARTE FILHO

2.º Ten. Méd. Dr. LUIZ LERNER

Dr. DIRCEU GALVÃO DE FRANÇA

INALDA DUARTE DO NASCIMENTO

INTRODUÇÃO

No ano 172 A.C. a ocupação já era citada como o melhor remédio da natureza, por Galeno. A concepção do trabalho é anterior à era cristã. Na história da Medicina mental, no período primitivo, na parte que se refere à Bíblia, encontramos o efeito terapêutico da música já naquele tempo, simbolizado na harpa de David.

Falando em ocupação temos que citar Herman Simon, que desde 1905 a praticava em Gutersloh, e que em 1923 introduziu a "Terapêutica Ocupacional" nos manicômios. Terapêutica Ocupacional são todos os tratamentos que utilizam de preferência métodos fundados nas atividades somáticas e psíquicas. Atualmente denominamos "Praxiterapia", atividade, terapêutica ocupacional.

Praxiterapia é atividade, terapêutica ocupacional é a ação, a aplicação desta atividade que foi avaliada, analizada, indicada para um determinado caso, pois o valor desta atividade está no estudo técnico de sua indicação, de sua prescrição.

Vida é atividade, princípio que rege tanto a vida corporal como a mental. A máquina humana funciona melhor quando está em atividade. Se as atividades mental e física contribuem para manutenção do bem estar, são elas ainda mais necessárias quando existe desvio do normal.

Este princípio foi claramente estabelecido por Raycroft que escreveu: A característica essencial da vida é a atividade, transformação, movimento e realização de acordo com o meio.

A missão terapêutica da atividade consiste em copor-se ao desenvolvimento do patológico, numa tentativa de reter, valendo-se dos recursos técnicos de que dispõem, e procurando incentivar e orientar todas as reações e manifestações vitais sãs.

O Título S.T.O.R., Serviço de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação, significa que a ocupação é um dos Setores do Departamento de Medicina Física e Reabilitação. Reabilitação é a que abrange a Neurologia e a Psiquiatria.

S.T.O.R. Reabilitação é a reunião dos setores que constituem a sua equipe, de modo geral, temos a Fisioterapia, Tera-

pêutica Ocupacional, Terapia da Palavra, Eletroterapia, Orientação vocacional, Treinamento de Prótese, alguns setores mais destacados no dos campos internacional a lhe consagrada. Tudo enfim de recursos que passa tratar, orientar, ocupar, treinar, conduzir e encaminhar o paciente no caminho da sua reabilitação.

O Serviço de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação é peça antiga, porém sempre atualizada na estrutura do Pavilhão de Neuro Psiquiatria. Sua importância reside em que todos os demais serviços do Pavilhão dele se utilizam, encarando as suas atividades como meio e fim em terapêutica; assim o é em Psiquiatria e Neurologia. Possui instalações próprias, estando no momento recebendo novas áreas para sua expansão, já que o movimento diário de seus assistidos vem num crescendo assustador. Tem aproximadamente a seu dispor entre área coberta e livre mais de 1.500m².

Esta disponibilidade de área é vista pelas autoridades superiores da administração do PNP como ponto fundamental para o funcionamento do STOR nos moldes dos mais modernos hospitais psiquiátricos.

Pessoal. Os elementos em atividade no STOR-PNP e todos ele acha-se preparado para executar serviços e funções no âmbito da praxiterapia e reabilitação de Psiquiatria e Neurologia no mais elevado nível. Para tanto todos os funcionários fizeram cursos na especialidade.

Dispõe como pessoal em efetivo serviço do seguinte quadro funcional com suas respectivas atribuições: Chefe do Serviço — Oficial Médico, que como encargo principal tem a direção técnica e científica do setor. Assim como realiza a supervisão e a coordenação entre o STOR e as demais chefias do Pavilhão. Coordenador do STOR — Está a cargo do Sgt. Enfermeiro especialista. Tem como responsabilidade, encargo de dirigir pessoalmente a realização das programações. É o responsável pelo setor estatístico, da análise da produtividade, da elaboração da estimativa mensal de custos, de solicitação de novos bens patrimoniais e da supervisão das atividades dos pacientes em nível de orientação geral.

É também o coordenador do STOR peça fundamental da Associação Senepista que representa a organização pelo qual os pacientes se reunem, a fim de receberem responsabilidades com o fim de retornarem o mais cedo possível à vida extra-hospitalar. A Associação possui regulamento e normas de serviço assim como local adequado ao seu funcionamento, sendo responsável pelas atividades recreativas, ajuda social.

Técnica em Praxiterapia — Contamos no momento com uma técnica em praxiterapia com longa experiência em hospitais Eu-

ropeus e Americanos. É de sua responsabilidade e recepção do paciente encaminhado à praxiterapia e o seu estudo minucioso. Após esta avaliação é indicado o tipo de atividade. É também de sua competência fazer a avaliação em seu dinamismo emocional.

Monitores de Praxiterapia — No momento exercem tais atividades 2 funcionários. Cabe a eles a inspeção direta e sempre presente de todas as atividades de pacientes.

Médico Psiquiatra — Exerce atividades de observação e orientação do paciente no que se refere à observação psiquiátrica. Trabalha em contato com a técnica de praxiterapia sendo muito comum que deste diálogo sejam relacionados programas individuais de reabilitação principalmente na área de pacientes com grandes dificuldades de atuar diante da realidade.

Colaboradores — São elementos chamados em certas circunstâncias a participar das atividades, sem que haja vínculo funcional obrigatório com o STOR. São eles: 1) o presidente da Associação Senepista; 2) assistentes sociais — todo o setor de serviço social eventualmente participa em programas individuais de reabilitação de pacientes crônicos, alienados, como incentivadores de novos processos de internação em pacientes autistas; 3) psicólogos são chamados nos casos em que o paciente necessita de apoio face à psicogênese da estrutura mórbida e suas repercussões no prognóstico.

Os próprios pacientes — O STOR tem como finalidade maior levar ao paciente confiança em si mesmo. Assim tem sido nossa filosofia, induzir o paciente a aproveitar ao máximo de seus dotes de liderança e conhecimento em proveito da comunidade terapêutica e consequentemente para si mesmo. Muitos pacientes chegam periódicamente, sob supervisão, a transmitir o que aprenderam no STOR a novos pacientes. Este trabalho é o que mais alegria nos tem proporcionado.

Reabilitados, reabilitando — Sua fé e o seu entusiasmo contagioso nos enchem de orgulho. Muitos setores do STOR conseguem manter alto índice de produtividade graças a colaboração deste quadro funcional assistemático.

Horário de funcionamento — Funciona o STOR em dois turnos de modo a atingir o que em futuro está planejado para o PNP — atingir um status de comunidade terapêutica.

O paciente — O chefe da enfermaria "G", que acumula estas funções com a da Chefia do STOR, tem como rotina a vinculação obrigatória do paciente interno ao STOR. As demais enfermarias e seus respectivos chefes colocam o encaminhamento do paciente, como fato eventual.

O encaminhamento do paciente — Toda papeleta de paciente baixado contém uma folha de encaminhamento ao STOR.

A observação é preenchida pelo médico da enfermaria assim como o diagnóstico provável ou definitivo — Redige também as finalidades que deseja ver realizada para o paciente. Estipula o tempo provável da internação, a fim de que o STOR faça a programação do paciente dentro do período estimado de forma a não ser interrompido de forma abrupta e inoportuna ao tratamento.

A recepção no STOR — O paciente é levado ao STOR pelo setor de enfermagem e recebida no gabinete da técnica em praxiterapia onde é entrevistado. Em alguns casos o paciente também é entrevistado pelo médico adido ao setor e pela psicóloga, se assim achar conveniente a direção técnica.

A atividade e a sua freqüência — O setor de enfermagem é notificado do horário do paciente no STOR, possuindo cada sala de enfermagem um quadro especial para fácil conhecimento dos horários da freqüência por parte da enfermagem.

As atividades — O STOR é dotado amplas oficinas e farto equipamento para realizações das mais variadas atividades no campo das artes e da pequena indústria manufatureira. Podemos oferecer aos nossos pacientes os seguintes tipos de atividades: encadernação, cestaria, modelagem, trabalhos em madeira, sapataria, trabalhos em ouro, tecelagem em fibra de visal ou em corda, trabalhos em cartolina, dobradeiras, corte e colagem (tipo pastas ou cadernos). Cobertura em relevo em papel tipo pasta boliviana. Pinturas em vidros pinturas a óleo. Pintura a quadros. Desenho espontâneo. Desenho artístico, cópias, ampliações. Fugas Point. Pintura em peças de gesso, trabalhos em cera. Incrustações em pedras.

O controle das atividades — Para que esta extensa atividade possa ser aplicada em nossos pacientes a contento, o STOR aperfeiçou uma série de atividades de controle. Tais atividades de controle são exercidas pela equipe do STOR, estando baseadas no princípio da delegação de poderes.

O trabalho em equipe — Para atingir suas metas a chefia do STOR reúne freqüentemente os elementos, pois é notável o número de novos fatos que precisam ser discutidos devido ao dinamismo do serviço. Tais reuniões são baseadas na maior cordialidade, porém sem jamais fugir à franquesa. Constituem tais diálogos uma base fundamental da uniformização dos pontos de vista de modo a não apresentar disritmia à equipe em sua atuação. Mercê de tais reuniões, que se fazem também com a presença vez por outra dos chefes de outros setores. Temos podido suprimir dificuldades até então consideradas insuperáveis. Assim jamais as atividades junto ao STOR, prejudicam as entrevistas psiquiátricas, realização de exames de laboratório, assim como o STOR é sempre avisado antecipadamente da alta

do paciente, cabendo-lhe argumentar em contrário, caso o observado em suas atividades comprovem ser a dita alta prematura.

O ambiente de trabalho no STOR — A grande maioria dos pacientes exerce atividades dirigidas, mesmo assim e cuidadosamente observado o preceito de que não são vigiados e sem cuidados. A freqüência é obrigatória, sendo rigorosa a fiscalização neste sentido, pois o retorno à vida extra-hospitalar exige a aceitação da realidade e esta, um conjunto de obrigações nos quais o horário e a pontualidade são exigências básicas.

O STOR e a Associação Senepista — A Associação Senepista do PNP é um órgão do STOR como disse linhas acima. É a Associação que congrega pacientes e ex-pacientes. Possui um estatuto próprio no qual é descrita uma diretoria, suas funções, forma de elegê-la e o controle fiscal de seu movimento financeiro. O presidente desta associação é comumente um baixado cujo estudo mental necessita de atividades de ordem comunitária a fim de melhor ajudar-se em sua adaptação ao ambiente, pois são personalidades dotadas de grande capacidade intelectual pcrém com distúrbios emocionais que dificultam o seu relacionamento. Através desta providência é feita de forma disfarçada uma verdadeira psicoterapia armada, sendo notáveis os seus resultados. Todos os demais elementos desta diretoria são escolhidos baseados no consenso de que assumindo responsabilidades terão oportunidades maiores de reeducar-se emocionalmente. Cabe ao STOR após algum tempo de praxiterapia, conhecer os pacientes que tenham entusiasmo e vocação comunitária e indicá-los para o quadro de colaboradores do STOR assim como seus vários departamentos. É uma terapêutica maravilhosa esta a de imprimir aos pacientes a responsabilidade pelas seguintes atividades vinculadas à associação senepista: manter em funcionamento a biblioteca, ampliá-la, organizar a seção de empréstimos. Incentivar a prática de jogos assim como promover a audiência de programas de cinema e teatro. Programar jogos de salões e torneiros. Incentivar a prática da educação física. Dar uma efetiva colaboração junto a horta, jardim e pátios de modo a mantê-los limpos. Dar assistência aos pacientes aguardando reforma, quanto a papel de cartas, envelopes, creme dental, sabonete, cigarros, etc. Manter efetiva ligação com os curadores destes pacientes. Manter uma revista mensal com inteira liberdade de expressão. Pois bem esta super organização é toda ela baseada na utilização de pacientes em sua tendência a uma que é o amor ao próximo — É o STOR tem tido sucesso em administrá-la.

Experiência do STOR na Enfermaria "G" do PNP — a Enfermaria "G" do PNP, os principais elementos da diretoria da Associação Senepista participou da psicoterapia de grupo de molde

a proporcionar-lhe uma ampla experiência emocional que lhes permitisse um manejo eficiente da Associação Senepista. No momento o grupo já está praticando uma nova série de atividades extraídas de sugestões de seus próprios integrantes. São elas: 1 — Recepção do paciente. 2 — O diálogo com a família. Na primeira atividade 2 pacientes da enfermaria "G" e dois da enfermaria "E", após receberem ordem do médico da enfermaria, entram em contato com o recém-chegado e segundo normas elaboradas pela presidência da associação Senepista o colocam conhecedor de todas as situações de modo a facilitar no tempo e no espaço a adaptação do paciente. Na segunda atividade os pacientes cooperam com o serviço social, visitando nos seus dias de dispensa, as famílias que por suas atividades negativas, não prejudicar ao tratamento. Sempre com a ausência do próprio baixado, do serviço social e do médico, após longa discussão do caso, na psicoterapia de grupo. Estamos usando esta técnica com alcoólatras e já temos a satisfação de ver recuperados mais de 50% do grupo, até o momento: Nossa experiência médica, nos tem levado lentamente a pensar na praxiterapia nos casos difíceis. E temos tido a oportunidade de verificar que a praxiterapia é uma forma maravilhosa de mostrar dificuldades emocionais, face a isto é ela uma das atividades auxiliadoras em Perícias Médicas.

A importância da T. O. para o paciente epiléptico:

Um dos exemplos particularmente marcantes da importância do STOR no PNP foi observada em paciente da enfermaria "B", onde temos em média quinze (15) doentes epilépticos baixados mensalmente.

De um modo geral a grande maioria de soldados epilépticos que se incorpora ao Exército vai apresentar a primeira crise justamente no meio militar, o que induz o paciente a julgar que a sua doença é um mal adquirido no quartel. Como se isso não bastasse os familiares e companheiros reforçam aquela idéia inicial preparando destarte o paciente para uma atitude francamente reivindicatória no sentido da obtenção de reforma por invalidez.

Passa assim a uma atitude hostil em relação ao tratamento e ao médico, caindo numa verdadeira "Neurose de Renda" mal bastante conhecido nos meios da medicina pericial.

A fácil irritabilidade dos epilépticos associada a ansiedade reivindicatória verificada se traduz muitas vezes por distúrbios do comportamento em grupo, gerando problemas disciplinares na enfermaria.

Iniciamos, em 1968, uma nova era para o tratamento destes pacientes, combatendo a hostilidade dos mesmos, neutralizando a sua ansiedade reivindicatória e a consequente Neurose de

Renda, bem como fazendo a profilaxia dos distúrbios do comportamento e suas consequências.

O grande remédio foi o encaminhamento sistemático destes pacientes ao STOR, freqüentemente os reivindicadores e os que apresentam graves distúrbios distímicos intercríticos. A distribuição dos mesmos nas mais diferentes tarefas, onde entram não como espectadores mas como elementos ativos, faz retornar a calma aos mesmos, servindo também para demonstrar o quanto podem ser úteis apesar da doença. E apesar de incapacitado definitivamente para o serviço do Exército o paciente retorna à vida civil, agora sabendo-se doente e conhecendo as limitações que a mesma doença dispõe, mas que não o tornam inválido.

O STOR em Perícias Médicas — É grande o número de perícias que se realizam no PNP do HCE que é sem dúvida nenhuma o órgão que elabora o maior número de perícias psiquiátricas do Brasil com alto índice de qualidade. Pois bem cíndia que raras, por vezes apenas a observação psiquiátrica é insuficiente para ajuizar sobre a capacidade laborativa. A praxiterapia como disse linhas acima é de uma fidedignidade maravilhosa quanto a verificação da capacidade laborativa. Na praxiterapia a simulação e a dissimulação são facilmente descobertas. Nos pacientes que para lá são encaminhados para fins de observação pericial usamos a mesma técnica, porém o coordenador do STOR junto ao médico relator, programa alguns testes no qual o paciente é exposto a situações que permitam um adequado juizo da realidade.

O Cronograma de nossas próximas realizações — O STOR como parte da implantação da comunidade terapêutica — A moderna filosofia psiquiátrica visa a modificar a estrutura paranoíde de nossos nosocomios psiquiátricos, por uma estrutura na qual o ambiente é propício para um reencontro do paciente com seus valores individuais e com uma melhor aceitação dos valores sociais, o que lhes permitirá um melhor ajustamento nos dois planos, o intelectual e o social. A substituição lenta de valores antigos baseados na acomodação, na fuga e responsabilidades, por haver valores como o assim responsabilidades, a aceitação da realidade com novos pontos de vista não podem de modo algum ser obtidos pela psicofarmacologia. É preciso que o hospital psiquiátrico atue na personalidade do paciente. Pois está aí a grande origem dos distúrbios psíquicos. Tal atuação é a grande meta da praxiterapia. Neste sentido concentrarmos que o trabalho em si mesmo em praxiterapia psiquiatra é apenas um nível de atividade, porém não a ideal. O nível ideal é aquela atividade que permita em seus diferentes aspectos de interná-la um desenvolvimento emocional de fato. Pois bem esta é a nossa grande meta. Acreditamos que estamos alcançando-a pouco a

pouco, merce da introdução de adequados trabalhos na qual a rentalidade comunitária do assumir responsabilidades, traz tôda um gama de novos valôres espirituais a um homem doente mental, no qual sempre êstes valôres se acham alquebrados e desvirtuados. Para conseguirmos êstes objetivos, nunca é demais lembrar o apôio recebido da direção do PNP e do Exmo. Sr. Diretor do Hospital Central do Exército, Gen. de Brigada Dr. Galeno da Penha Franco, que nos tem incentivado de mil e uma maneiras.



Numerosa delegação de acadêmicos entre êles, os Drs. Eduardo Valente Simões, Roberto Pasqualin, Edmundo Vasconcelos, Neves Manta, Gens. Galeno, Penha Franco e Menezes Paes, Maj. Brig. Alvim, Almt. Café, e Ger-son Coutinho, e Comte. Dr. Eymar Delly, introduzem no recinto do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar o seu Presidente Marechal Marcio de Souza e Mello

ESTUDOS SÔBRE UM VASO-DILATADOR SIMPATICOLÍTICO NOS DISTÚRBIOS CIRCULATÓRIOS CEREBRAIS

* Dr. PAULO RICARDO CANTALICE LIPKE

INTRODUÇÃO

Embora velha como a própria humanidade a arteriosclerose não encontrou até hoje soluções mitigadoras favoráveis. Paradoxalmente o progresso tecnológico em todos os campos da ciência fez elevar os coeficientes de vitalidade, mas no mesmo paralelismo aumentou os índices dos portadores de doenças degenerativas, como a arteriosclerose. A senescênciia, processo de acometimento para tôda a economia, ainda esbarra no empirismo terapêutico. As medidas eugênicas propugnadas no terreno geoeconômico-cultural pelos gerontologistas, apenas protelam o processo, sorrateiro e insidioso, naqueles organismos roubados à morte precoce. No avanço da Psicofarmacologia talvez se deva depositar soluções mais acalentadoras para aquêles que esperam o Tanatos na ante-sala da arteriosclerose, deixando o tempo patéticamente passar com seus horários de túneis.

Assim podemos constatar a partir dos 50 anos, que evidentes transtornos circulatórios cerebrais, coincidentes com modificações metabólicas na célula cerebral, levam a uma progressão patológica que conduz ao chamado síndrome de esclerose cerebral.

De todos conhecidos é então o quadro clínico dêsses pacientes no que concerne à sintomatologia subjetiva (cefaléia, vertigens, zumbidos), ao estado somático do paciente que reduz suas atividades cotidianas e os transtornos do sono. Há alteração evidente tanto da atividade intelectual, que sofre redução marcante havendo diminuição da lucidez e memória, como de outros departamentos da esfera psíquica igualmente envoltos no processo levando à perda de interesse pelas coisas, dificuldade em manter o contacto com as pessoas, ansiedade, labilidade afetiva, depressão e irritabilidade.

A patogênese de todo o processo pode ser interpretada à luz dos seguintes fatos: diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, coincidente com um aumento da resistência vascular com consequente menor consumo de oxigênio e alterações metabólicas ao nível cerebral.

Revisando a bibliografia recente dos estudos sôbre a arteriosclerose analisamos o trabalho farmacológico de Emmeneger

* Membro da Associação Psiquiátrica do Rio de Janeiro (n.º 287)
Psiquiatra do Hospital Central do Exército do Rio de Janeiro.

e Meier-Ruge (1968) e observamos os resultados da aplicação de Hydergine. O produto, de longa data conhecido, atua ao nível do neurônio, normalizando o metabolismo da célula ganglionar corrigindo as alterações fisiopatológicas do metabolismo da astrogliia.

Trabalhos clínicos posteriores (Zacco — 1965, Orth — 1965, Michaelis — 1966, Heinhold — 1967, Hoffmeister — 1967, Schnell e Oswald — 1967) e trabalhos mais recentes (em fase de publicação) de Heiss e Col. e os de Gerin, confirmam, em pacientes, a realidade da eficácia do tratamento com o produto no tratamento da esclerose cerebral.

Finalmente já referimos anteriormente os novos conceitos verificados por Emmeneger e Meier-Ruge da ação da HYDERGINE na correção das alterações patológicas metabólicas das células ganglionares e da astrogliia, ratificando as concepções de Aymon e Ingmar elaboradas no "Simpósio Internacional sobre afluxo sanguíneo Cerebral em Bonn" — 8/9 Abril 1968.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudamos dois grupos de pacientes:

1. Portadores de Arteriosclerose cerebral, sem episódios de "incidente vascular-cerebral" — 18 casos.

2. Portadores de insultos apopléticos de natureza trombótica — 11 casos.

GRUPO I:

A fase etária oscilou de 66 a 89 anos com a média de 73 anos, distribuídos em 5 mulheres e 13 homens. Do total, 14 apresentavam hipertensão típica, sendo destes, portadores de cardiopatia compensada (6), descompensada (2), diabético (1), nefrosclerose (4), obesidade (1). Todos, inclusive os 4 casos sem hipertensão, apresentavam cortejo sintomatológico de natureza psíquica. Desta havia predomínio por ordem decrescente de importância: cansaço físico e mental fácil, dificuldades de memória (principalmente de fixação), da atenção, concentração, instabilidade emocional, vertigens, cefalalgia, disgragia angiosclerotica intermitente, insônia, onirismo noturno, tremores, sonolência, hiperexcitabilidade, enurese, perturbações cenestésicas.

Dos 18 casos estudados, um caso de 85 anos, com processo demencial, em que os resultados foram totalmente nulos, apresentava graves perturbações do juízo crítico e ético.

O tempo médio de uso foi de 9 semanas, não havendo casos de suspensão da droga por efeitos colaterais indesejáveis.

A dose inicial de HYDERGINE foi de 30 gótas, três vezes ao dia, até a 3.^a semana, e, a partir de então, 20 gótas, três vezes ao dia.

Isto foi possível, porque dos 18 casos, 15 foram acompanhados em regime ambulatorial, sendo que o início das melhorias se fez somente entre 16^o e 20^o dia.

Não fizemos uso de medicação ansiolítica, neurotrófica, apenas mantivemos as prescrições dos mencionados pacientes acima, com problemas outros de natureza clínica.

Este aspecto do mecanismo de ação, singular, até hoje inédito entre os medicamentos diversos, nos levou a experimentar o produto em pacientes idosos portadores de Arteriosclerose cerebral manifesta.

BASES FARMACOLÓGICAS CLÁSSICAS DO PRODUTO

A HYDERGINE é uma combinação em partes iguais dos alcalóides dihidrogenados do grupo da ergotoxina; a diidro-ergocornina, diidro-ergocristina e diidro-ergocriptina, apresentando reduzida toxicidade e marcante atividade simpático-adrenolítica.

As ações farmacológicas centrais da HYDERGINE podem ser observadas abaixo:

AÇÕES CENTRAIS DA HYDERGINE	
LOCAL DE AÇÃO	EFEITO
— Centro vasomotor	Diminuição do tono vascular
— Reflexos proprioceptivos ou pressoreceptivos	Inibição: Evita o aparecimento da taquicardia de contra-regulação.
— Frequência cardíaca	Ação bradicardizante: melhora a diástole e poupa o rendimento cardíaco.
— Efeitos psico-motores	Sedação: Reforça os efeitos dos barbitúricos. Potencializa os analgésicos.

As ações periféricas da HYDERGINE podem ser assim esquematizadas:

AÇÕES PERIFÉRICAS	
LOCAL DE AÇÃO	EFEITO
— Vasoconstricção provocada pela adrenalina ou excitação do simpático.	Fortemente adrenolítico
— Isquemia renal adrenalínica por excitação do plexo esplânchnico.	Evita ou suprime
— Ação metabólica de adrenalina (aumento do metabolismo basal, hiperplasmia)	Inibição evidente
— Ação inótropa positiva da adrenalina sobre o coração.	Não afeta

Quanto às aplicações dos derivados dihidrogenados do espirão do centeio em distúrbios circulatórios cerebrais, Heyck em 1961 já havia publicado trabalhos evidenciando aumento da irrigação cerebral; outros autores em anos anteriores (Orma — 1965, Popkin — 1956, Haus e Lose — 1961, Bayer e Wolter — 1962) realizaram trabalhos puramente clínicos referindo aumento do fluxo sanguíneo cerebral, melhor utilização do oxigênio pelo cérebro e diminuição da resistência cérebro-vascular.

QUADRO I

EVOLUÇÃO DOS SINTOMAS DURANTE O TRATAMENTO COM HYDERGINE

	Melhoras	Inalterados	Agravamen.	Total
Astenia Física e Mental	10	7	1	18
Dificuldade de Memória	8	8	2	18
Dificuldades de Atenção e Concentração	9	7	2	18
Labilidade Afetiva	11	6	1	18
Vertigens	13	4	1	18
Cefalalgias	12	4	2	18
Dispragia Angiosclerótica Intermitente	10	6	2	18
Insônia	9	7	2	18
Onirismo Noturno	11	6	1	18
Tremores	9	7	2	18
Sonolência Diurna	13	4	1	18
Irritabilidade	9	7	2	18
Escotomas Cintilantes	13	4	1	18
Desorientação Crono-espacial	10	5	3	18
Zumbidos dos Ouvidos	12	4	2	18

GRUPO II:

Foram estudados 11 casos de insultos apopléticos, ocasionados por trombose cerebral. Dêstes, 2 vieram a falecer por complicações renais e respiratórias; 3 tiveram alta do hospital com franca recuperação das sequelas, 4 internados com melhorias e dois inalterados. Os resultados se evidenciam abaixo:

QUADRO II

EVOLUÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE INSULTOS APOPLÉTICOS COM TROMBOSE CEREBRAL

Falecimento	2
Alta hospitalar	3
Melhora	4
Inalterado	2
TOTAL	11

Dos 11 casos estudados, 5 correspondiam a trombose do território da artéria cerebral posterior, com predomínio dos seguintes sintomas: hemianopsia, aiasia sensacial (agnosia verbal, auditiva), anôsmia, alexia acalculia e apraxia ideacional; nestes casos observamos após a instituição do Hydergine 30% de remissão, 49% melhorias, 13% sem alteração e 8% agravados.

Sob o ponto de vista semiológico houve melhorias da apraxia-motora, da flacidez muscular dos músculos paralisados, da hiper-reflexia (na evolução de quadro de espasticidade) melhorias regulares da afasia e clônus.

Fato a salientar que após a 6.^a semana (30 gôtas, três vezes por dia), é interessante associar o ácido-gama-amino-butírico (uma ampola diária por via intramuscular). Não foram observados achados na liquoradiagnose de significação após a instituição do medicamento, o mesmo ocorrendo com as correlações eletro-clínicas.

CONCLUSÕES

Hydergine melhora a capacidade intelectual dos pacientes crônicoscleróticos, em particular dos seguintes sintomas: vertigem, cefalalgia, fenômenos disprágicos intermitentes, onirismo, sonolência, escotomas, zumbidos, astenia.

Assim tudo parece indicar que o medicamento aumenta o fluxo sanguíneo cerebral, possibilitando melhor utilização do oxigênio, ratificando as experiências de Hoffmeister 1967 e Gerin.

A ação corretora das perturbações metabólicas, visualizadas por Emmeneger e Meier-Ruge, indica que o produto ativa o metabolismo reduzido das células ganglionares, inibindo a formação de edemas no tecido glial, aumentando a concentração da

monoaminoxidase (MAO) na substância branca do cérebro e da desidrogenase na oxidação final das células ganglionares. Diminui, segundo Meier-Ruge, a fosfatase alcalina e as taxas de galactosemia (Symon e Ingvar D.H.).

RESUMO

O autor estuda dois grupos de pacientes: um constituído por 18 pacientes portadores de arteriosclerose cerebral e outro constituído por 11 pacientes portadores de insultos apopléticos ocasionados por trombose cerebral.

O produto Hydergine foi administrado a todos os pacientes e o autor verifica melhora da capacidade intelectual dos pacientes arterioscleróticos e em particular dos seguintes sintomas: vertigens, cefalalgie, fenômenos disprágicos intermitentes, onirismo, sonolência, escotomas, zumbido e astenia.

O autor realiza extensa revisão bibliográfica dos mais recentes trabalhos envolvendo o metabolismo cerebral em especial de Emmeneger e Meier-Ruge reiterando as hipóteses de que o medicamento aumenta o fluxo sanguíneo cerebral, possibilita melhor utilização de oxigênio, corrige as perturbações metabólicas, inibe a formação de edemas no tecido glial, etc.

RÉSUMÉ

L'auteur étudie deux groupes de malades, l'un avec 18 malades porteurs d'artériosclérose cérébrale, l'autre avec 11 malades souffrant d'insultes apoplétiques provoqués par une thrombose cérébrale.

Le produit Hydergine a été administré à tous les malades et l'auteur a observé une amélioration de la capacité intellectuelle chez les malades atteints d'artériosclérose et, en particulier, des symptômes suivants: vertige, phénomènes dispragiques intermittents, onirisme, somnolence, scotomes, bourdonnement et asthénie.

L'auteur réalise une ample révision bibliographique des plus récentes études ayant trait au métabolisme cérébral, spécialement celle Emmeneger et Meier-Ruge, en réitérant les hypothèses que le médicament augmente la circulation cérébrale, (le débit sanguin cérébral), rend possible un meilleur emploi de l'oxygène, corrige les troubles métaboliques, inhibe la formation d'œdèmes dans le tissu glial, etc.

SUMMARY

The author studies two groups of patients: one constituted by 18 patients with cerebral arteriosclerosis and the other one being composed by 11 patients with apoplectic insults of cerebral thrombosis origin.

The drug Hydergine was administered to all patients and the author observes the amelioration of the intellectual capacity of the arteriosclerotic patients and in particular on the following symptoms: vertigo, headache, intermittent phenomena of circulatory deficiency, somnolence, scotoma, humming, asthenia.

The author makes an extensive bibliographic revision of the recent papers concerning brain metabolism, especially that from Emmeneger and Meier-Ruge reiterating the hypothesis that the drug improves the cerebral blood flow making possible a better cerebral-oxygen utilisation, correcting the metabolic alterations and inhibiting the edema development on the glial tissue.

BIBLIOGRAFIA

1. HOSSMANN, K.A.; SCHROEDER, M.; WECHSLER, W.: Verb. Dtsch. Ges. Path. 49, 350 (1965).
2. HUBER, P.: Schweiz. Med. Wschr. 97, 954 (1967).
3. KETY, S.S.; SCHMIDT, C.F.: J. Clin. Invest. 27, 484 (1948).
4. MEIER-RUGE, W.: "The functional significance of Muller cells in the retina": In. Biochemistry of the Eye. U. Dardenne. Editor Karger Basel — New York (1968).
5. OKSCHIE, A.: Zellforsch. 54, 307 (1961).
6. SYMON, L.: "Simposio Internacional sobre el riego sanguíneo cerebral, Bonn del 8 al 9 de abril de 1968": Méd. Klin. (suppl.), en imprenta (1968).
7. WOLFF, J.: Z. Zellforsch. 63, 593 (1964).
8. MEIER-RUGE, W.: Verb. Dtsch. Ges. Path. (en imprenta).
9. KLATZO, J.; SEITELBERGER, F.: Brain Edema. Proc. of the Symposium Sept. 11-13 1965, Vienna. Springer, Wien 1967.
10. INGVAR, D.H.: "Simposio Internacional sobre el riego sanguíneo cerebral, Bonn, del 8 al 9 de abril de 1968": Méd. Klin. (suppl.), en imprenta (1968).

11. SAMORAJSKI, T.; MCLOUD, J.: Lab. Invest. 10, 492 (1961).
12. MEIER-RUGE, W.; EMMENEGGER, H.: Méd. Klin. (en imprenta).
13. LASSEN, N.A.: Psysiol. Rev. 39, 183 (1959).
14. MEIER-RUGE, W.: Z. Krebstorsch. 68, 276 (1966).
15. HEYCK, H.: Aerztl. Forsch. 15, 243 (1961).
16. EMMENEGGER, H.; TAESCHLER, M.; CERLETTI, A.: Helv. Physiol. Acta 21, 239 (1963).
17. EMMENEGGER, H.; MEIER-RUGE, W.: Pharmacology, S. Farger (Basei), 1, 65 (1968).
18. GERAUD, J.; BES, A.; RASCOL, A.; DELPLA, M.; MARC-VERGNES, J.P.: Rev. Neurcl. 108 542 (1963).
19. FAZEKAS e col.: Amer. J. Méd. Cci. 223, 245 (1952).
20. HEYCK, H. Arztl. Forsch 15, 243 (1961).
21. KETY, S.S.; SHMIDT, C.F.: J. Clin. Invest. 27 476 (1948).



No Seminário sobre Epilepsia nas Forças Armadas, sobre a Presidência do acadêmico Gen. Dr. Alvaro Menezes Paes, os relatores Cap. de Mar e Guerra Dr. Murilo Côrtes Drummond, da Marinha o Major Méd. Dr. Samuel Menezes Faro, da Aeronáutica, o Ten. Cel. Dr. Campinho Pereira, do Hospital Central do Exército.



Aspecto parcial da assistência dos atos de recepção e conferências do pessoal do Hospital Central do Exército no Colégio Brasileiro de Cirurgiões.



No Colégio Brasileiro de Cirurgiões o seu membro Ten. Cel. Dr. Gastão de Carvalho Souza profere a leitura de seu trabalho científico.



Assistente social do H.C.E. profere a exposição de trabalho científico no IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar.



No Colégio Brasileiro de Cirurgiões um oficial do Hospital Central do Exército ao expor seu trabalho quando ingressava como associado da Entidade.

RESULTADOS PRELIMINARES OBTIDOS DURANTE QUATRO MESES DE PESQUISA COM UM AGENTE UNIMOLECULAR — DOXEPINA *

Dr. PAULO RICARDO CANTALICE LIPKE **

I — INTRODUÇÃO

O nosso estudo foi realizado no Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Exército (PNP), a partir o mês de julho de 1969, em pacientes internados, e, controlados também, em regime ambulatorial; a partir do mês de junho de 1969, em nossa Clínica particular.

Os doentes acima mencionados, foram assim distribuídos, com as seguintes casuísticas nosológicas:

	Depressões	Psiconeuróticas	Involutivas
	Endógenas		
Internados	5 casos	9 casos	4 casos
Regime Ambulatorial ...	3 casos	4 casos	3 casos
Consultório Particular ..	4 casos	8 casos	4 casos
Total	12 casos	21 casos	11 casos

Portanto, ensaiamos o produto em 44 pacientes, sendo 18 internados, 10 em regime ambulatorial no H.C.E. (PNP), e 16 em nossa clínica particular. Deste total, 17 (dezessete) apresentavam problemas de natureza psicosomática; cinco apresentavam outras entidades (alcoolismo, esquizofrenia, arteriosclerose, e.c) com o colorido depressivo-ansioso.

A idade dos nossos 44 pacientes ficou assim distribuída: entre 15-20 anos — cinco; entre 20-30 anos — onze; entre 30-40 — nove; entre 40 e 50 anos — doze; entre 50-60 — cinco; de 60 em diante dois casos.

II — MÉTODOS DE ESTUDO

Em nosso estudo, selecionamos os pacientes portadores sempre do binômio ansiedade-depressão, com predomínio e preeminência no cortejo sintomatológico, da depressão (75%) sobre a ansiedade, em termos quantitativos. Os pacientes foram selecio-

* Sinequan — PFIZER.

** 2.º Tenente-Médico R-2 — Chefe da enfermaria "F" e do Departamento de Pesquisas do Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército.

nados, e, enquadrados, sobre o ponto de vista temporal do processo mórbido, em três (3) categorias, a saber:

- a) Pacientes "virgens" de terapêutica (1º surto) — 21 casos
- b) Pacientes até 6 meses de doença c/ou sem terapêutica já iniciada 9 casos
- c) Pacientes com mais de um ano de doença 14 casos

TOTAL

44 casos:

Em todos os casos, não foi utilizado qualquer suporte medicamentoso, apenas psicoterapia de apoio e explicativa, no início, em particular para os pacientes com acentuadas manifestações laterais (geralmente durante os primeiros 15 dias). Os pacientes, que vinham ingerindo outras drogas (hipnóticos, neurolepticos, ansiolíticos, psicocanalépticos), suspendemos todas, 21 dias antes de iniciar a terapêutica pela Doxepina.

O prazo mínimo para os testes foi de 6 (seis) semanas, sendo observado uma média de 8/9 semanas. Dos 44, um tratamento foi suspenso por abandono (doente não voltou às consultas por motivos outros); um caso de retenção urinária e nenhum casal. Dos 18 pacientes internados, 5 já tiveram alta, continuando o tratamento em excelentes condições em nosso ambulatório. Acrescente-se, que estes doentes acompanhados em ambulatório eram observados duas vezes por semana; enquanto os do consultório particular uma vez por semana.

Para a avaliação dos resultados, nos valemos da Escala de Computação de Hamilton (antes, durante e post-tratamento), elaborados semanalmente.

Dos pacientes estudados, com distúrbios psicossomáticos destacamos as seguintes entidades: úlcera duodenal (6 casos), colon irritável (4 casos), síndrome, síndrome de "dumping" (2 casos), colite ulcerativa (1 caso), dermatoses (2), gastrite (2).

Apenas nos pacientes internados foram realizados exames laboratoriais (hemograma completo, dosagem de uréia, glicose, creatinina).

Foram estudados 4 casos de tentativas de auto-extermínio em depressão reativa, e três em quadros endógenos; não houve necessidade da cerlettoterapia, apenas aumentamos a dose (75 mg/diários), com remissão da idéia de suicídio.

Entre as psiconeuroses, no climax da síndrome depressiva, acompanhamos 3 casos de frigidez sexual (dois com excelentes resultados), 2 de impotência psíquica (com desaparecimento após a remissão da síndrome depressiva) e um caso de amenorréa com remissão com 100mg. diários.

Houve durante as pesquisas, recidivas de 3 casos de Psicose endógena, com remissão após se elevar novamente a dose (100 - 125 mg diários).

III — POSOLOGIA

A dose inicial oscilou entre 25/75 mg. diários nos três primeiros dias; de 75-100mg do 4º dia ao 7º; 100mg-125mg. diários do 8º ao 13º dia. Daí, aumentávamos conforme as necessidades (9 casos), atingindo-se a uma dose máxima de 250 mg. diários (pacientes internados). Geralmente após o 16º dia atingíamos a uma dose ideal, que diminuímos para uma dose de manutenção variável para cada caso, conforme os dados fornecidos pela Escala de Hamilton. Observamos, que as Depressões psiconeuróticas reagem mal, inclusive com abundância de efeitos colaterais nas doses iniciais acima de 50mg. diários, na primeira semana; reagem bem e em ordem decrescente as Depressões Involutivas, e as Depressões Psicóticas. Foram observados bons resultados nas depressões Involutivas e endógenas, com dose de manutenção de 100mg diários geralmente entre a 3.ª e 4.ª semana. Com referência, ainda às doses observamos melhorias acentuadas dos efeitos colaterais, e da eupnquia, quando as doses maiores (50-75mg) eram dadas à noite para o grupo das Depressões Involutivas e Endógenas. O mesmo ocorreu com certo grupo de pacientes, portadores de distúrbios psicossomáticos, que apresentavam diminuição acentuada dos efeitos colaterais, quando a medicação era maiormente ministrada, à noite. Para os pacientes de consultório particular, observou-se o seguinte fato interessante: 20/30mg diários promoviam primeiro a remissão da ansiedade, facilitando o "rapport" psicoterápico; ao contrário, nos quadros endógenos e involutivos desaparecia primeiro a depressão, com o aumento das doses, e posteriormente a ansiedade.

Notamos que doses altas em pacientes alcoólatras (3 casos), provocavam tremores, demasiada sonolência com tendência à sonnismo, piurido, fenômenos gastro-intestinais; num caso de neurose obsessivo-compulsiva grave com fortes componentes fóbicos colorindo o quadro determinou grande agitação, inquietação, mictos, polaciúria; necessitando-se fazer logo a descontinuidade da droga, além de apoio psicoterápico; em um caso de arteriosclerose incipiente, o aumento da droga ocasionou síndrome extra-piramidal, diplopia, que desapareceram com diminuição da droga, e continuidade do tratamento (30mg/diários).

Não nos pareceu útil aumentar as doses em psiconeuróticos após a 4.ª semana, em decorrência de queixas atinentes a efeitos colaterais.

A descontinuidade do tratamento foi observada como vimos acima em 2 casos: um psiconeurótico que abandonou o tratamento e um caso de um paciente com grande retenção urinária (adenoma de próstata).

IV — EFEITOS COLATERAIS

Houve um predomínio de aparecimento e em grau nas Depressões Reativas sendo bastante sensíveis às doses altas (acima de 125 mg. os pacientes leptossomáticos astênicos, com patologia histeróide ou hipocondríaca (4 casos) com componentes escleróticos (um caso). Os efeitos mais freqüentes por decrescente, foram: secura na boca, sudorese, taquicardia, turvação da vista, constipação, fadiga fácil (início de tratamento), fotofobias, sonolência (quase todos os casos 85% nos primeiros 15 dias), pruridos que desapareceram com a continuidade do tratamento descontinuidade da droga, ou quando se procurava dar a maior parcela da dose, à noite. Observou-se que nos psiconeuróticos internados os efeitos desapareciam mais rapidamente provavelmente pelo sentimento gerado pelo apóio da estrutura hospitalar, e, também pelo maior número de contactos psicoterapêuticos. Em um caso de um paciente que dirigia auto, à noite, apresentando parestesias, o efeito desapareceu com a retirada da dose vespertina, sem prejuízo para a remissão do quadro depressivo ansioso. Assim observamos, como dados interessantes a assinalar, que a personalidade pré-mórbida tem influência no aparecimento e desaparecimento mais rápido dos efeitos colaterais. Os cerebrotônicos (classif. de Sheldon Steeves) bem sensíveis, os picos de Kretschmer bem menos sensíveis; exacerbação da sintomatologia histérica nos hipocondríacos.

V — ELETROENCEFALOGRAMA

Foram feitos apenas nos pacientes internados (18 casos), sendo antes da tomada do medicamento, os 18 casos, após a remissão total da sintomatologia em 9 casos. Quanto a este respeito os estudos ainda não foram concluídos; entretanto já assinalamos que no E.E.G. de controle após a alta de paciente observamos: desaparecimento da atividade rápida dominante, de baixa microvoltagem (15 a 30 ciclos/seg. com 25/30 microvolts) EEG tipo alfa bloqueado. Desapareceu também a reação de parada, já pouco apreciável nos primeiros EEG, compatíveis com Ansiedade.

VI — QUADRO DEMONSTRATIVO

	Neuríticas	Involutivas	Endógenas	Pert. Psicossomáticas (17 dos 44 casos)
Eliminação dos sintomas	2	3	2	2
Melhora Acentuada	6	3	3	5
Melhora Moderada	5	2	3	3
Ligeira Melhora	3	2	2	4
Sem Alteração	3	1	2	1
Piora	0	0	0	2
Interrupção do Tratamento	2	0	0	0
T o t a i s	21	11	12	17

VII — QUADRO DEMONSTRATIVO DOS EFEITOS COLATERAIS

	Neuróticos	Involutivas	Endógenas c/perturbações	Psicosomáticas
Ausência de efeitos	4	5	4	2
Sem interferência Significativa	11	14	5	12
Interferência prejudicial	4	2	3	3
Anulando o efeito Terapêutico	2	0	0	0

VIII — CONCLUSÕES

A doxepina apresentou como se depreende dos quadros acima, excelentes resultados nos pacientes em que havia coexistência do binômio ansiedade-depressão (conceito moderno Dunlop), mostrando o produto sua eficácia na remissão da síndrome depressivo-neurótica e nos seus componentes orgânicos. Assim, agiu de modo produtivo na remissão do cortejo psicossomático, substrato freqüente nos pacientes psiconeuróticos, debelando ou aliviando estes distúrbios com doses mais baixas que as preconizadas pelo arsenal dos derivados tricíclicos.

Observou-se que a doxepina tem uma ação bipolar agindo sobre circuito de pressão-ansiedade, promovendo rapidamente a reintegração dos pacientes. Revelou que facilita o terreno para aplicabilidade das técnicas hodiernas psicoterápicas.

Os efeitos colaterais foram mais freqüentes nos psiconeuróticos, e tudo parece indicar que, no "rapport" médico-paciente se devia depositar uma mitigação dos efeitos anti-colinérgicos observados com o produto. Por outro lado o medicamento embora utilizado em altas doses (acima de 150mg diários) não ocasionou efeitos malefícios, no sentido da toxicidade, como ratificaram os resultados de laboratório.

Os efeitos colaterais são superados pela discontinuidade das doses, e com a continuidade do tratamento. Em nosso estudo apenas uma contra-indicação absoluta impôs a solução de continuidade do tratamento: um caso de retenção urinária de etiologia neoplásica.

Os efeitos no espectro da ansiedade e da depressão indicaram melhores resultados, por ordem decrescente: excelentes resultados nas depressões involutivas; ótimos resultados nas depressões endógenas; bons resultados nas depressões psiconeuróticas e nas perturbações psicosomáticas.

A correlação eletroclínica em fase de estudo (nove casos estudados) indica que com a continuidade do tratamento há um desaparecimento do eletroencefalograma compatível com a ansiedade, após a remissão do quadro clínico.

Outra grande vantagem, visualizada por nós, da doxepina é a facilidade, com que pequenas doses de manutenção evitam as recidivas; que os efeitos colaterais tendem a desaparecer com a continuidade dos efeitos benéficos sobre a bifase — depressão-ansiedade.

Este agente unimolecular, doxepina, vem preencher uma lacuna deixada pela gama infundível dos psicofármacos atualmente existentes: o de não eliminar os dois denominadores mais freqüentes nas entidades nosológicas em clínica psiquiátrica — DEPRESSÃO-ANSIEDADE.

IX — SUMÁRIO

O produto foi ensaiado em 44 (quarenta e quatro) pacientes (18 internados e 26 em regime ambulatorial). A dose inicial foi de 25-50mg/diários com a dose média eficaz de 50-75mg/diários; apesar de ter-se usado doses altas (acima de 150mg/diários) não se observaram os efeitos hepatotóxicos freqüentes quando se usam os IMAO.

O produto foi usado com sucesso nos 21 casos virgens de terapêutica e com eficácia em 4 casos de tentativa de suicídio (na dose de 175mg/diários).

Os efeitos mais benéficos foram nas depressões involutivas (74%) e nas depressões endógenas (68%); nas psiconeuróticas (62,5%).

Apresentou a vantagem de atuar em doses menores, não se necessitando associar ansiolíticos com ocorrência com os

demais anti-depressivos. Boa tolerância para pacientes idosos.

Os efeitos colaterais foram mais observados nos psiconeuróticos tendendo a desaparecer com a continuidade do tratamento e a discontinuidade das doses.

SUMMARY

The drug was tested on 44 patients (18 hospitalized and 26 ambulatory). The first dose was of 25 — 50mg/daily; the middle dose of 50-75mg/daily; nevertheless have been used great doses (more than 150mg/daily), the hepatotoxic effects were not observed, occurring frequently when we use the IMAO.

The drug was successfully used in 21 cases when never used Psychotropic agents and efficacious in 4 cases of suicide attempt (the dose was 175mg/daily).

The most beneficial effects were notice in cases of involutive depression (74%) and endogenous depression (68%); in the psychoneurotics (62,5%).

It has presented the advantage of acting by lesser doses; without needing to be associated with anti-anxiety agents as occurs with the others anti-depressives.

The drug has also a good sufferance by elder patients.

The collateral effects were observed, most frequently, on the psychoneurotic group, tending to disappear by the continuity of the treatment and the discontinuity of the doses.

RÉSUMÉ

Le medicament a été éprouvé en 44 patients (18 internés et 26 en régime d'ambulatoire). La dose initiel a été de 25-50mg/par jour, avec la dose medium efficace de 50-75mg par jour; malgré avoir été utiliser des grands doses (au dessus de 150mg par jour), on ne s'observaient pas les effets hepatotoxiques fréquents quand on usait les IMAO.

Le medicament fut utilisé avec succès dans les 21 cas qui n'avaient pas usé aucun medicament psychotrope, et avec efficacité dans 4 cas de tentative de suicide (dans la dose de 175 mg par jour).

Les effets qu'on en plus de bénéfices ont été dans les depressions involutives (74%) et dans les depressions endogènes (68%); dans les psychoneurotiques (62,5%).

A eu l'avantage d'actuer dans moindres doses, n'ayant pas la nécessité d'associer medicaments anti-anxiété, comme c'est commun avec les autres medicaments anti-depressives. Bonne tolérance pour les patients agés.

Les effets collatéraux ont été observés dans les psychoneurotiques tendent à disparaître avec la continuité du traitement et l'interruption des doses.

REFERÉNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) GOMES — MARTINEZ, I. Preliminary double-blind clinical trial with a new antidepressive, Doxepin. *Curr. Ther. Res.* 10: 116-118, 1968.
- 2) HACKETT, E., GOLD, R.L.; KLINE, N.S. & WINICK, L — Controlled evaluation of psychotropic drugs in a private psychiatric practice, Doxepin x Amitriptiline (Elmex). *Psychosomatics* 8: 162, 165, 1967.
- 3) KRAKOWSKI, A.J. — Activity study of Doxepin, a new antidepressant. *Psychosomatics* 9: 89-95, 1968.
- 4) RIBBENTROP, A. & SCHAUMAN, W. — Pharmacological Investigations with Doxepin, an anti-depressant with central anticholinergic and sedative effects. Relatório não publicado na Pharmacological Laboratories of C.F. Boehringer & Soehne GmbH, Mannheim.
- 5) TORRES, G.T. — Experiencia preliminar del Doxepin (P-3693-A) en el tratamiento de las depresiones. *Actualid. Méd. (Granada)* 517: 23-26, 1968.
- 6) ANGST, J. e POELDINGER, W.: *Psychopharmaka. Therap. Umschau*, 22, 222 (1965).
- 7) BATTEGAY, ..: Häufigkeit, Differentialdiagnostik und Therapie milder Depressionen. *Dtsch. méd. Wschr.*, 85, 217 (1964).
- 8) HIPPUS, H.: Über depressive Syndrome. *Forum der Psychiatrie*, fasc. num. 2, Editorial Enke, Stuttgart, 1961.
- 9) KIELHOLZ, P. e col.: Diagnostik der Depressionen. *Dtsch. Méd. Wschr.*, 88, 1581, 1963.
- 10) SCHMITT, W.: *Psychiatrische Pharmakotherapie*. Editorial Hüthig. Heidelberg, 1965.
- 11) DUNLOP, E.: Discussão no Simpósio sobre Psicofarmacologia, apresentado pela Academia de Medicina Psicosomática em Freeport (Pahamas) 8-9 dezembro 1968.
- 12) SPAULDING, P.E.: *Ibid.* (discussão em mesa redonda).
- * Verner, J. V.: *J. Florida Med. Assoc.* 56: 15 (janeiro 1969).
- 13) CLAGHORN, J. L.: *Curr. Ther. Res.* 10: 514, Oct. 1968.
- 14) GOODMAN & GILMAN — *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. Third Edition. Macmillan 1965.
- 15) BLAIR, D. — *Modern Drugs for the treatment of Mental Illness* — Staples Press London. 1963.
- 16) BRISSET, Ch. & RICARD, M. *Etude des médicaments neuro-psychotropes*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, vol. 6. Paris 1962.
- 17) ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE — Psy. — 27.860 — B. 10 págs. 118 rue Séquier, Paris (6e). France.
- 18) MARKS & PARE — *The Scientific Basis of Drug Therapy in Psychiatry* — Peyanor Press London, 1.ª edição — 1955.

SITUAÇÃO ATUAL DOS EX-COMBATENTES DA FEB VISTO PELA PSIQUIATRIA

Dr. JUVENAL DIAS DOS SANTOS
Dr. JOSÉ DANILLO BIZZOTTO

O presente trabalho tem por objetivo apresentar à este Congresso, a verdadeira situação dos Ex-combatentes da F.E.B., através de dados obtidos em 2 anos de pesquisas. Representa apenas uma amostra daqueles que desde a volta do "front", procuram na Psiquiatria uma solução para os seus problemas de ordens médica, sócio-econômica, cultural e suas implicações.

A propósito de problemas médicos, sócio-econômicos e culturais, queremos esclarecer que o conceito de SAÚDE, já foi revisto pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, que assim a define: — Saúde é um estado de bem estar físico, mental e social.

A Psiquiatria obedece a esta nova conceituação, ultrapassando a sua antiga e restrita função de tratar doenças, tornando-se ampla, abrangendo a comunidade, para manter a todo custo a SAÚDE MENTAL, através da profilaxia e higiene desse setor da medicina.

Nessas condições o trabalho é organizado em EQUIPE, reunindo especialistas de vários matizes, como sejam: Psicólogos, Assessores Sociais, Especialistas em Saúde Pública, Antropólogos etc.

São nestes termos que trabalhamos no SERVIÇO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, sob a indiscutível liderança do nosso Chefe — Ten. Cel. Médico Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho.

É baseado nessa nova dimensão psiquiátrica e moderna conceituação de SAÚDE que focalizaremos o problema do Ex-combatente da FEB.

Daremos antes uma idéia do estado psicológico desse grupo quando por ocasião de seu recrutamento.

Só um livro especializado encontramos: "O PÓSTO AVANÇADO DE NEUROPSIQUIATRA DA FEB", escrito pelo Chefe do T.A.N.P. — Major R/2 Médico Psiquiatra Dr. MIRANDOLINO CALDAS, publicado em 1950.

Na época ainda com os escassos recursos e conceitos arcaicos de saúde o colega, já sentia a necessidade primeira de prevenir e não de curar doenças mentais.

Referindo-se às CAUSAS DOS DESESPÉROS E DA MÁ VONTADE — diz: — "Muitos dos nossos conscritos apresentavam as questões econômico-financeiras como motivo para não estarem

satisfeitos. Uns se queixavam de ter perdido o emprêgo, outros lamentavam a convocação porque trabalhavam por conta própria e foram obrigados a fechar sua tendinha ou a encerrar as suas atividades comerciais por não terem quem substituíssem, acarretando esse fato não sómente prejuízos pessoais, como também a impossibilidade de manter a sua família que irá passar privações".

APREENSÃO QUANTO AO FUTURO DA FAMÍLIA — "Este, é um fator importante para a causa do desassossego entre os soldados convocados. Há muitos que são amasiados e já têm filhos dessa união ilegal. Ouvi de alguns destes, manifestações de pesar e de apreensões, quanto ao futuro de sua amásia e dos filhos naturais.

"SUGESTÕES DE MEDIDAS CONCRETAS PARA O LEVANTAMENTO DO MORAL DA TROPA" — (Relatório enviado ao Diretor de Saúde do Exército em 16/Nov./43). Neste sub-título o autor, sugere: Do ponto de vista psicológico, portanto, há duas medidas preliminares a serem tomadas, se quizermos preparar o espírito da tropa para a luta:

- 1) — Declarar, firme e peremptóriamente, que o Brasil vai mandar o seu corpo Expedicionário;
- 2) — Esclarecer a tropa sobre os motivos que levaram o Governo a tomar esta decisão suprema de enviar os seus soldados para o campo de luta, em terras e oceanos distantes.

"PRINCÍPIOS QUE DEVEM REGER A PREPARAÇÃO DA TROPA

- a) — Uniformidade de atuação ou de propaganda;
- b) — Fixação e firmeza do ato a que se quer realizar;
- c) — Necessidade de uma apresentação de motivos;
- d) — Repetição iterativa dos motivos da guerra, e
- e) — Compensação do sacrifício.

Nesse último ítem, o autor sentencia: — "O homem é capaz de realizar qualquer sacrifício, mas ele faz quando tem a certeza ou pelo menos a esperança de uma compensação, seja material, seja espiritual. A Alemanha ofereceu aos seus soldados a maior das compensações: a idéia do domínio do mundo, o qual seria dividido depois da guerra, pelos seus dolicocéfalos louros e arianos".

Na 3.^a parte de seu livro, "desencanta-se" e escreve:

"AS CONTROVERSIAS SÔBRE O AMPARO AOS VETERANOS DE GUERRA

Muitos patrícios acham que os Ex-combatentes nada mais fizeram que cumprir com o seu dever e, assim sendo, ao voltar

dos campos de batalha, o que tem a fazer é retornar a sua atividade anterior ou procurar outro emprêgo para continuar a cumprir, na paz, com a sua missão de simples membro e servidor da coletividade que ele foi chamado a defender. Para estes o Ex-combatente nada deve pedir ou reclamar. Outro grupo, não sómente acha que o veterano de guerra não deve reclamar coisa alguma, como ainda procura diminuir, senão retirar, todo o mérito da sua ação, dizendo que afinal, o que ele fez foi um passeio à Europa, passeio bem remunerado, que lhe permitiu voltar rico.

Um 3^o grupo, finalmente, não fala, não exterioriza as suas idéias, nem os seus sentimentos, por meio de palavras, mas fazem de modo muito mais perigoso e prejudicial, como seja a guerra surda através da ação traiçoeira e invisível contra tudo o que ponha em relevo ou beneficie o veterano de guerra".

O item "COMPENSAÇÃO DO SACRIFÍCIO" é atual. A maioria dos Ex-combatentes da FEB, aguarda a 3.^a etapa da compensação que a nação muito lhes deve.

Receberam a 1.^a quando nos campos de batalha obtiveram recursos necessários para derrotar o inimigo;

Receberam a 2.^a quando ainda jovens, retornaram à Pátria e aqui foram aplaudidos com grandes pompas;

Aguardam a 3.^a, agora, alquebrados, desgastados através tempos sem forças para conseguir o seu sustento, ou por ser portador de enfermidades clássicas ou por aproximarem-se a passos largos daquela que não tem cura — a velhice.

Apresentaremos agora dados estatísticos colhidos nos arquivos do SERVIÇO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA DO H.C.Ex e referem-se aos anos de 1967 e 1968.

Diz repetido sómente a pacientes internados, situação esta que nos permite obter informes não só através dos próprios pacientes e seus familiares, como também, termos maior e melhor oportunidade de observar, pesquisar, formular hipóteses e concluir, com larga margem de segurança e tempo que julgamos necessário, o que não seria possível em regime ambulatorial.

A amostra consta de 213 casos — Analisemos:

Sintomas neuróticos vários	83
Dor de cabeça	33
Pedido de amparo do Estado	29
Tonteiras	16
Fraqueza nas pernas	5
Dificuldades econômicas	4
Perseguição	3
Ouve vozes	3
Tentativa de suicídio	2

Agressividade	2
Perda da consciência	1
Impotência sexual	1
Visões de animais	1
Perturbações das idéias	1
Indiferença	1
Não mencionados	34

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE NA OCASIÃO DA INTERNAÇÃO

Minas Gerais	45
Guanabara	35
Rio de Janeiro	35
São Paulo	15
Bahia	11
Espírito Santo	10
Pernambuco	5
Sergipe	5
Alagoas	4
Paraná	4
Santa Catarina	4
Rio Grande do Norte	2
Amazonas	1
Mato Grosso	1
Paraíba	1
Piauí	1
Rio Grande do Sul	1
Não revelados	23

IDADE DO PACIENTE NA DATA DE INTERNAÇÃO

Nº de pacientes	Idade
1	38 anos
2	39 "
2	40 "
2 pacientes	41 anos
6	42 "
9	43 "
15	44 "
32	45 "
28	46 "
29	47 "
19	48 "
15	49 "
12	50 "
3	51 "
5	52 "
2	53 "

PROFISSÃO

ANTES DA GUERRA

Lavrador	25
Balconista	5
Pedreiro	3
Motorista	2
Pintor	1
Mecânico	1
Pescador	1
Bancário	1
Sapateiro	1
Padeiro	1
Carpinteiro	1
Não mencionados	171

DEPOIS DA GUERRA

Lavrador	6
Desempregados	6
Motorista	6
Func. Público	3
Químico Industrial	1
Tecelão	1
Balconista	1
Não mencionados	189

ATUAL

Desempregados	15
Func. Público	13
Motorista	9
Lavrador	6
Estivador	4
Alfaiate	3
Sapateiro	2
Eletricista	1
Bombeiro	1
Contador	1
Padeiro	1
Rádio-Técnico	1
Func. Light	1
Vendedor de bilhetes	1
Policial	1
Não mencionados	153

GRAU DE INSTRUÇÃO

Analfabetos	11
Curso Primário	
1.ª série	9
2.ª "	15
3.ª "	20
4.ª "	19
5.ª "	23
Curso Ginasial	
1.ª série	1
2.ª "	5
3.ª "	4
4.ª "	3
Curso Superior	1
Não determinados	102

ESTADO CIVIL

Casados	130
Viúvos	17
Solteiros	9
Desquitados	4
Não determinados	53

NÚMEROS DE DEPENDENTES

1 Paciente com	14 dependentes
4 " "	10 "
3 " "	9 "
4 " "	8 "
6 " "	7 "
10 " "	6 "
12 " "	5 "
9 " "	4 "
13 " "	13 "
18 " "	2 "
9 " "	1 "
24 " "	Não mencionaram

DIAGNÓSTICOS

Alcoolismo (Crônico=33 + Habitual ou não especificado =12)	45
Psiconeurose mista	42

Síndrome Depressiva crônica	33
Observação negativa para doença mental	27
Ansiedade	14
Reação depressiva	12
Epilepsia Psíquica	11
Personalidade Psicopática Esquizoide	5
Epilepsia Grande Mal	4
Arteriosclerose Cerebral	4
Esquizofrenia Paranoide	3
Reação Astênica	2
Personalidade Psicopática Explosiva	2
Précse Misia	2
Paraplegia Espástica de Erle	2
Esquizofrenia Simples	1
Reação Esquizofrénica	1
Defeito Esquizofrénico	1
Polinevrite Tóxica	1
Evasão (Sem chegar a outro diagnóstico)	1

SITUAÇÃO AO TER ALTA

1) Aptos para o Serviço do Exército	43
2) Incapaz definitivamente para o Serviço do Exército. Pode prover os meios de subsistência	39
3) Incapaz para o Serviço do Exército. Não pode prover os meios de subsistência. Não é alienado	124
4) Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. Não pode prover os meios de subsistência. É alienado	4
5) Alta por não precisar mais hospitalização	3



O Dr. Mario de Oliveira, ortopedista do Hospital Central do Exército, faz conferência no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, onde foi recebido.



O acadêmico Gen. Dr. Alvaro Menezes Paes, Diretor do Curso de Higiene e Medicina Preventiva, realizado com inusitado sucesso, recebe das mãos do Presidente o diploma a que fêz jus pelo êxito de sua iniciativa e, em especial, os agradecimentos da Academia da qual é Presidente da Seção de Cirurgia.



O Seminário sobre «Aspectos de medicina veterinária», coordenado pelo Gen. Stoessel Guimarães, Diretor do Serviço de Veterinária do Exército, emprestou real interesse aos congressistas do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar.



Aspecto de sessão solene de posse da nova Diretoria da Academia Brasileira de Medicina Militar para 1969-1971.



O Presidente Majella Bijos recebe na Academia Brasileira de Medicina Militar cumprimentos pela sua 4.ª reeleição no dia 8-12-1969.



O Gen. Dr. João Maliceski Junior, ex-Diretor do H.C.E., secretário da Academia Brasileira de Medicina profere a leitura de nominata dos Poderes da Entidade para o biênio 1969-1971, no dia 8-12-1969.



O Presidente e Secretários da Academia Brasileira de Medicina Militar, Brig. Gerardo Majella Bijos, Almte. Dr. Renato Campos Martins e Gen. Dr. João Maliceski Junior, dirigindo uma sessão da Academia Brasileira de Medicina Militar.

A INCIDÊNCIA DA EQUIZOFRENIA NOS RECRUTAS BAIXADOS NO P.N.P. DO H.C.Ex. NO BIÊNIO 1967/1968

Dr. DANILLO J. BIZZOTTO (1)

Dr. OSIRIS COSTEIRA (2)

Dr. JUVENAL DIAS DOS SANTOS (3)

Nos ensina o grande psiquiatra Mira y Lopez (1) que "no ano de 1893, Emilio Kraepelin reuniu vários grupos de casos que até então vinham sendo diagnosticados como idiotia adquirida (Esquirol), estupidez ou demência juvenil (Morel), "catatonia e hebefrenia" (Kahlbaum Hecker), agrupando-os em uma entidade clínica: a DEMÉNCIA PRECOCE (Dementia proecax)".

Quando E. Kraepelin juntou todos êsses quadros psiquiátricos em um só, quis dar ênfase — ao denominá-lo de demência precoce — a um fenômeno comum a todos os casos que era a baixa idade — a adolescência — na sua incidência de eclosão. — Foi sábio o ilustre psiquiatra unindo-os sob o mesmo manto sindrômico, que mais não o fôra identificando a raiz unitária morbosa de todas as nuances anteriormente descritas separadamente, além de chamar a atenção para o grupo etário que mais comumente lhe era acometido.

Enganou-se, apenas — mas já era demais querer a perfeição em época tão pobre de ciência psiquiátrica — ao conceituar o fenômeno como demencial, aspecto já definitivamente não aceito pela ciência atual.

Mais feliz, entretanto, se nos pareceu Eugênio Bleuler ao denominar, em 1911, a Demência Precoce, de Kraepelin de Esquizofrenia, denominação aceita universalmente e que, etimologicamente, realmente, nos dá uma visão panorâmica da sua textura sindrômica, ao significar "mente perdida".

Não desfêz, contudo, Eugênio Bleuler, com a sua Esquizofrenia, a noção etária da incidência morbosa que Kraepelin chamara a atenção ao denominá-la "precoce".

Realmente, hoje, sabemos com certeza estatística, da incidência na adolescência do início, ou mesmo da eclosão abrupta

(1) Psiquiatra do Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército.

(2) Psiquiatra do Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército.

(3) Chefe da Equipe do Pronto Socorro Psiquiátrico da Zona Sul, Psiquiatra do Serviço de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército.

e catastrófica, da psicose esquizofrênica, ainda de prognósticos incertos e precavidamente expectantes.

E, quem nos confirma sua incidência em faixa etária da adolescência, é Henry Ey (2) ao dizer: "É uma enfermidade do adolescente e do adulto jovem, rara antes dos 15 anos, a enfermidade raramente também se apresenta depois dos 45/50 anos. Entre os 15 e 35 anos, é quando a morbidade é mais elevada 75% dos casos para Kraepelin, 60% na estatística de Breuler".

Também nós, no Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército (GB), observamos aspectos interessantes quanto à incidência da Esquizofrenia, principalmente, no que diz respeito aos recrutas incorporados que, via de regra obedecem a um grupo etário certo e determinado.

Todo brasileiro, fisicamente apto, é chamado pela Pátria a se incorporar às fileiras militares das Forças Armadas para um período de adestramento militar com a finalidade de se mostrarem militarmente capazes na defesa da Soberania e da Unidade Nacionais em caso de ameaça à sua segurança e integridade.

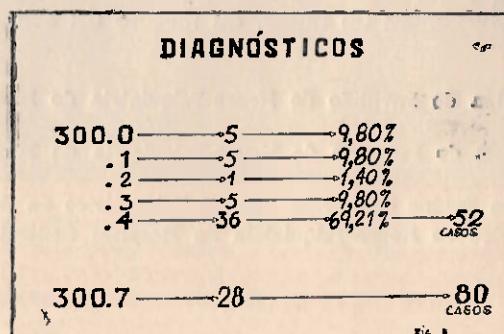
O chamamento se faz à juventude, principalmente aos de idade superior a 18 anos, num grupo etário que oscila entre 18 e 22 anos.

Ao mesmo tempo a Psiquiatria reconhece neste mesmo grupo etário de jovens, como vimos, a maior incidência das eclosões psicóticas esquizofrênicas.

Observando a coincidência de fatos, resolvemos investigar, com dados reais, absolutos e estatísticos, as repercussões advindas, tomando como base de investigação, as baixas ocorridas em nosso Serviço Psiquiátrico, no biênio 1967/1968.

Constatamos que, neste período, 498 recrutas (247 em 1967 e 251 em 1968) haviam sido hospitalizados no Pavilhão de Neurologia e Psiquiatria do Hospital Central do Exército e, desse montante, uma cifra assustadora de 16,07% (80 casos) concernentes à Esquizofrenia.

Desses 80 casos, 5 eram do tipo Simples (300,0); 5 do tipo Hebetrônico (300,1); 1 do tipo Catatônico (300,2); 5 do tipo Paranoide (300,3); 36 do tipo Reação aguda (300,4) e 28 apresentando Defeitos Esquizofrênicos (300,7) conforme Fig. A.

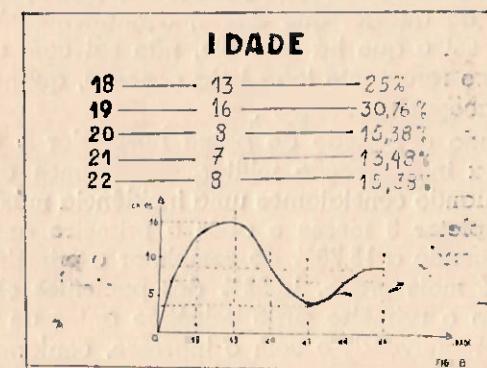


Chama-nos a atenção, sobremodo, a alta percentagem de 59,21% dos quadros de Reação aguda, sem ainda uma consolidação nítida e processual da Psicose Esquizofrênica em si.

Levando-se em conta que os "defeitos esquizofrênicos" nada mais são do que "reliquat" de anteriores surtos esquizofrênicos com aparente remissão sintomatológica, mas com a perpetuação — de prognósticos severos e sombrios — (1) e (2) de determinados fenômenos de repetição compulsiva e estereotipada, conseguimos, facilmente, que esses 28 casos de Defeito Esquizofrênico — (300.7) já devam ter sido anteriormente tratados e em regime hospitalar, provavelmente antes de suas admissões ao Serviço Militar.

Estudemos, pois, mais detalhadamente, os 52 casos não portadores de sequelas sintomatológicas, sem presumível tratamento anterior.

A primeira coisa que observamos é o grupo etário de sua incidência, ao constatarmos uma incidência apical aos 19 anos, de 30,76% decrescendo aos 21 anos para 13,48% e nova, mas mínima, ascenção aos 22 anos, em 15,38% conforme Fig. B.



Outro aspecto de grande importância semiótica e em particular para o nosso trabalho, é quanto à sintomatologia exibida e motivadora da hospitalização.

Reunimos, para uma apreciação estatística, a sintomatologia em 6 grupos, precisamente aquela relatada quando da entrada do paciente ao Pavilhão. Em alguns casos, encontramos um único dado; já em outros, uma sintomatologia mais rica e variada nos obrigou a analisar e fenomenologizar num todo, computando as queixas dos 52 pacientes baixados num único quadro, como o vemos na Fig. C.

E, dessa análise global, encontramos como sintomatologia inicial, queixas neuróticas em maior incidência, ou seja 35% ca-

Motivo da Baixa

1. Confusão mental	14	14%
2. Pseudo percepção	21	21%
3. Sintomas neuróticos	35	35%
4. Agitação psicomotora	10	10%
5. Modificação da Conduta Social	11	11%
6. Negativismo	9	9%

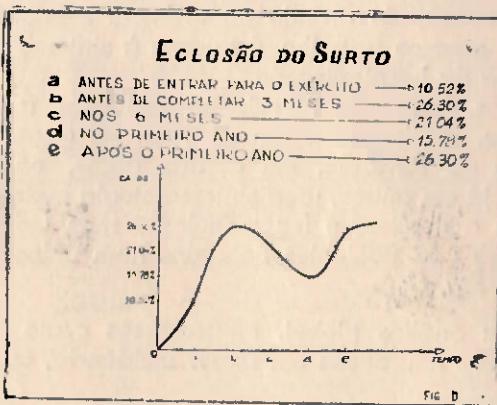
FIG. C

racterizadas, principalmente, por ansiedade, depressão, insônia, inapetência vivencial (inclusive sexual) e quadros histéricos de excitação psíquica com crises de chôro convulsivo.

Em menores percentagens, os sintomas mais nítidos de psicoses, como pseudo-percepções (21%), confusão mental (14%) e agitação psicomotora, de caráter psicótico (10%).

Não minimizemos, entretanto, uma sintomatologia importante, observada em 11% dos pacientes, que em fala de modificação da conduta social, contradiz, com certa freqüência, como de maior latência prodrómica à esquizofrenia, principalmente pelos companheiros de quartel que dizem, comumente: "Fulano está mudado. Não sei o que há com ele, não sai com a gente, não conversa, quase raramente joga bola conosco, quando antes era o primeiro a chegar no campo".

Comparando o período de baixa hospitalar e o tempo decorrido de sua incorporação militar, observamos outro aspecto interessante quando constatamos uma incidência máxima, 26,30%, antes de completar 3 meses e após o primeiro ano de serviço militar, decrescendo a 15,78% ao completar o primeiro ano. Além disso, o que é mais grave, 10,52% dos pacientes observados já tinham exibido o primeiro surto psicótico antes de sua entrada à via militar, recidivando-o com o ingresso, conforme vemos na Fig. D.



Terá alguma relação entre o desabrochar de uma síndrome psicótica esquizofrénica em indivíduos personalógicamente predispostos e o serviço militar? Cremos que sim.

Se analisarmos o que nos ensinam os preceitos psicanalíticos de Siegmund Freud (3), e mesmo de seus ilustres seguidores, como a psicanalista patricia Iracy Doyle (4) — cujas bases são inegáveis e, mesmo irrefutáveis seja qual a escola seguida veremos que em certas dualidades paterno/materna, se encontra o cerne de muita inadaptabilidade à vida em comum para aquele adulto que, na infância, encontrou uma família, esbôço miniaturizado de Grande Sociedade, uma fonte inesgotável de desamor, carente absoluto de gratificações emocionais. Em outros casos, pela separação dos pais, o jovem fica sem a imagem paterna, construtora de sua personalidade adulta de amanhã, imaginando-a, magicamente, como de constante gratificação emocional, pleno de amor e compreensão, repleto de carinho, de aceitação.

Nesta fase infantil, onde o pensamento mágico impera ao criar uma realidade fantasiosa e falsa à realidade real, se projeta ao futuro adulto toda a sua personalidade. E, nestas condições antecipadamente visto com desamor, com rejeição e, principalmente tutelado pela autoridade de alguém mais forte e poderoso, imagem fiel e real da figura paterna "castradora".

Ora, essa criança assim forjada, ingressa na adolescência procurando fugir — como medida inconsciente da sobrevivência à subserviência e à omnipotência de um ser mais forte. Do próprio pai.

E desenvolve um rosário de afirmações de masculinidade, que no fundo é a afirmação da sua própria masculinidade amordaçada e manietada pela masculinidade mais viril e poderosa do pai, omnipotente e castrador.

Quando da sua entrada para as fileiras das Forças Armadas, ao compulsório serviço militar, sente-se "mágicamente" poderoso ao vestir sua farda que o identifica com a força e o poder, sente-se, momentaneamente, capaz de enfrentar "gregos e troianos", tal o seu poderio espartano de soldado ao empunhar o fuzil, todo poderoso, que lhe serve de imagem irreal e simbolista do "penis" perdido na infância por "castração" emocional do despotismo paterno.

Aquele que cresceram sem a imagem real paterna, sentem-se, agora, identificados e realizados como se o pai fôra, incorporando-se-lhes as qualidades viris e omnipotentes que um dia supôs que seu pai teria.

Contudo, um quartel não é uma "PASARGADA" onde se é "amigo do Rei" e onde só Manoel Bandeira agora habita. E para

sempre. Numa Unidade Militar, ao convocado-recruta, se ensina a disciplina militar, com todo o rigorismo necessário à imediata respostas às ordens de comando.

Tanto as ordens quanto a ação decorrente não podem ser insecuras. Não podem ser indecisas. Um Exército não se dá ao luxo de abrigar inseguranças ou de albergar indecisões. E para que o exemplo se torne um símbolo, pune-se os avessos à disciplina. Mostrar-se-lhes a omnipotência do Comando. Os soldados são os músculos acionáveis do Comando pensante. Aquêle não cabe discutir. Agir é o seu verbo.

E, nesse tabuleiro, rigidamente marcado, vamos encontrar aquêle jovem, que se fez adolescente e soldado, para a reconquista de uma personalidade perdida nas trevas de sua frígida infância subalterna.

No Comando, entretanto, revê, no plano real e palpável as fantasias mirabolantes e simbólicas da sua obediência inexorável. Ele que pensara agora comandar, sente-se comandado. Comandado, outra vez.

Sente-se, contudo, mais forte do que outros. E começa a luta. A fantástica luta simbólica de Quixote e moinhos de vento inexistentes.

E o recruta desrito, não aceita a disciplina. Ela o avulta, lhe revive uma realidade que não mais quer viver.

Contudo, sente sua impotência frente à força opressora. Não entende que ela é, ao mesmo tempo necessária à realidade, materialização objetiva de seu fantasma subjetivo e inconsciente.

E da impotência manifesta, à derrota final. Há que se render. Há que se adaptar como comandado para saber amanhã comandar.

Mas nem a derrota é aceita. Heróicamente, prefere a morte. Mas, não a física, real. Seu mundo é de fantasia e a morte também. De sua morte à vivência real advém a ressurreição à vivência fantástica e delirante. À esquizofrenia.

E, o nosso recruta, agora, está hospitalizado. Baixado ao Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército. Fica lá, em média, 60 dias, havendo casos de 120 e 180 dias, segundo a estatística interna do Serviço.

E isso, cremos, poderia ser evitado se fosse, no momento da incorporação, pesquisado o paciente psíquicamente, por especialista na Junta Médica de Inspeção.

A falta de serventia militar — apesar de apto fisicamente — se soma à despesa, altamente onerosa, que o Estado assume. Não só pela hospitalização, mas também pelos possíveis encargos futuros se lhe fôr impossível prover os meios de sua subsistência.

E, nós computamos apenas, dos 498 baixados, 80 acometidos de Psicose Esquizofrênica.

BIAN MUSICO	ESPECIALISTAS	EXAMES	EXAMES	EXAMES	PERCENTUAL
300.0	5	2	5	5	
300.1	2	4	1	1	
300.2	1	1	1	1	
300.3	2	3	5	5	
300.4	20	16	15	15	
300.7	9	9	10	10	
308.1	1	1	1	1	
308.2		1	1	1	
309	26	8	34	34	
310	7	10	27	27	
311	15	10	45	45	
312		1	1	1	
313	1	1	1	1	
314	7	9	10	10	
317.4		4	4	4	
318.0	4	5	9	9	
318.3	2	2	4	4	
318.4	6	2	4	4	
318.5	0	6	15	15	
320.0	15	2	20	20	
320.1	2	2	4	4	
320.2					
320.3	8	8	15	15	
320.4		1	1	1	
320.5	1	1	1	1	
320.6	1	1	2	2	
320.7	13	35	48	48	
321.4		1	1	1	
321.5	25	24	49	49	
322.0	1	2	3	3	
322.1	3	3	6	6	
322.2	11	6	17	17	
323	1	1	1	1	
325.2	6	6	6	6	
325.3	8	5	13	13	
326.2		1	1	1	
326.3	31	24	55	55	
326.4	5	10	15	15	
Total	247	251	498	498	

Mas, se observarmos a Fig. E., encontraremos 92 recrutas baixados, isto é, 18,69% do total no biênio, diagnosticados como Personalidades Psicopáticas que, segundo grandes autores como Henry Ey (2), muitas vezes representam uma patoplástica prodromática de uma eclosão futura de Esquizofrenia.

Quatrocentos e noventa e oito recrutas baixados, em 2 anos, que pesam, onerosamente, na balança econômico-financeira das despesas militares.

E, isto é apenas uma amostra, num biênio, em um único serviço. Apenas relativa ao Exército.

Cremos, firmemente — e esse é o escopo de nosso trabalho — que se fosse inserido um psiquiatra ou um psicólogo, nas Juntas de Convocação Militar para analisar os convocados fisicamente aptos ao serviço militar, reduziria, e em muito, o percentual de casos de esquizofrenia em hospitais militares, bem como de psicoses de um modo geral.

E, com a diminuição de baixados, poder-se-ia dar uma melhor assistência, além da economia brutal aos cofres da Nação aos que, já militares de carreira, no fervor da luta e na azáfama da batalha, foram feridos em seu psiquismo, em sua alma, mas que precisam voltar. É a luta.

Precisamos que nos ajudem para que os possamos ajudar.

RESUMO

Os AA apresentam rica documentação estatística referente às baixas de soldados no Pavilhão de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército, no período de 1967/68.

Deste levantamento estatístico, observam a alta incidência de quadros esquizofrênicos, processuais e reacionais, nos jovens recrutas que assim se tornam onerosos à Fazenda Pública. Isto seria plenamente evitável se, no momento da inspeção de saúde à incorporação, os fisicamente aptos para o Serviço do Exército fossem examinados, também, psiquiátricamente.

Finalmente, concluem os AA da necessidade da inclusão, às Juntas de Recrutamento, de psiquiatras para uma completa inspeção da saúde física e mental.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Mira Y Lopez, E-Psiquiatria, Vol. II (Psiquiatria clínica) pág. 683. Editória Científica, 1957 — Rio de Janeiro.
- 2 — Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, ch. — Tratado de Psiquiatria, pág. 446, Toray Masson, 1965, Barcelona.
- 3 — Freud S — Obras Completas. Editória Delta, 1958, Rio de Janeiro.
- 4 — Doy'e, I — Nosologia Psiquiátrica, 1951, Rio de Janeiro.



O Dr. Mário Geller, em tema livre, expõe um dos seus inúmeros trabalhos ao IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar.



Aspecto da numerosa assistência ao ato inaugural do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar, São Paulo, 1969.



Integrados, civis e militares prestigiam os atos do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar, em São Paulo, 1969.



A mesa onde altas autoridades, civis e militares e universitários tomaram assento para a realização do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar, em 1969, São Paulo.



Verdadeiro ato de exaltação cívica foi a sessão solene da abertura do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar, em São Paulo, 1969.