

Anais

DO HOSPITAL
CENTRAL
DO EXÉRCITO



N.º 15

1969

22 - 3 - 1890

79.º da Criação

20 - 6 - 1902

67.º da Instalação

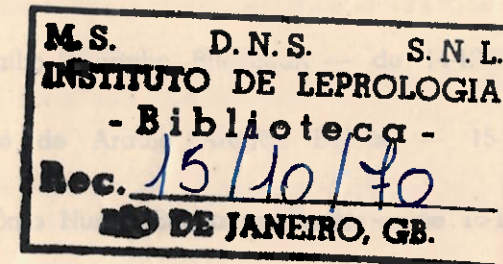
RELAÇÃO DOS DIRETORES EFETIVOS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO DESDE 1890 (Fundação) ATÉ A PRESENTE DATA

ANAI S

D O

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

1969

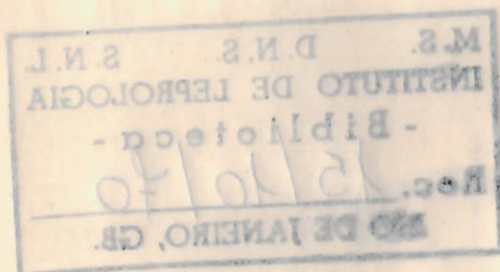


ANAS

do

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

1888



IMPRESSA DO EXÉRCITO
Rio de Janeiro - 1970

RELAÇÃO DOS DIRETORES EFETIVOS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO DESDE 1890 (Fundação) ATÉ A PRESENTE DATA

- 1 — Cel 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 Cel 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 Araujo Aragão Bulcão — 15-7-1920 a 16-11-1922;
- 11 — Cel Dr. Antônio Nunes Bueno do Prado — de 16-12-1922 a 2-5-1923;
- 12 — Cel Dr. Sebastião Ivo Soares — de 16-7-1923 a 15-10-1924;
- 13 — Cel Dr. Álvaro 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 — Cel Dr. José Acilino de Lima — de 29-6-1936 a 12-6-1941;
- 17 — Cel Dr. Florêncio Carlos de Abreu Pereira — de 7-11-1941 a 27-12-45;
- 18 — Cel Méd Dr. Humberto Martins de Mello — de 24-1-1946 a 15-7-1946;
- 19 — Gen Méd Dr. Alfredo Issler Vieira — de 15-7-46 a 18-11-1946;
- 20 — Gen Méd Dr. Achilles Paulo Gallotti — de 30-11-1939 a 11-11-51;
- 21 — Gen Méd Dr. Olarico Xavier Airoza — de 7-10-1952 a 10-8 de 1953;
- 22 — Gen Méd Dr. Arthur Luiz Augusto de Alcântara — de 12-11 de 1951 a 30-9-52;
- 23 — Gen Méd Dr. Generoso de Oliveira Ponce — de 18-3-1959 a 1-4-60;
- 24 — Gen Méd Dr. Olívio Vieira Filho — 4-4-1960 a 15-4-1963;
- 25 — Gen Méd Dr. João Meliceski Junior — 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).

ANAIIS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

ANO XIII

1969

N.º 15

SUMÁRIO

Direção do HCE no período 1968-1969, Gen Méd Dr. Galeno da Penha Franco	7
Contribuição da Medicina Militar na Manutenção da Saúde do Povo Brasileiro, Gen Méd Dr. Galeno da Penha Franco	11
Linguagem e Verbêtes Eletrocardiográficos, Cel Méd Dr. Nilson Nogueira da Silva	23
Tratamento da Varicocele. Nossa experiência com a técnica de Onofre Lopes, Ten Cel Méd Dr. Gastão de Carvalho Sousa	33
Lepra ou Morbus Hansen ou Hamseníase, Maj Méd Dr. José Rabinowits, 1.º Ten Méd Aluno Dr. Antonio Carlos Ayres	67
Máximas e Lembretes de Gastrenterologia, Cap Méd Dr. Maury Machado Dias	73
Psicopatologia da Atividade Delirante, 2.º Ten Méd R/2 Convocado Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke	85
Cirurgia Bucomaxilofacial, Cap Dent Ariel Souza Coelho, Cap Dent José Pereira Mattos e Dr. Ytay Abreu Lessa	91
Impressões de Ontem e de Hoje Sobre o Sábio Rocha Lima, Ten Cel Farm Attila Barbosa Lima	97
O Progresso da Tecnologia em Prol do Engrandecimento do Brasil, Gen Dr. Galeno da Penha Franco	105

Anemia Hemolítica Congênita , Cap Méd Dr. Jorge Coelho de Sá e 2.º Ten Méd Estagiário Dr. João Pereira Borges	109
Psicoses Delirantes Agudas , 2.º Ten Méd R/2 Convocado Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke	113
Digressão Sobre o Tempo Pático , 2.º Ten Méd R/2 Convocado Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke	117
Pênfigos , Maj Méd Dr. José Rabinowits, 1.º Ten Méd Aluno Dr. Antonio Carlos Ayres	125
Resumo de Dados do Relatório Anual, Referente ao Período Dez 68/Nov 69	129
Centro Social Marechal Ferreira do Amaral	193
Centro de Estudos do Hospital Central do Exército	199
Noticiário	209
Reuniões Comemorativas	213
Sumário dos Números Anteriores	215
Quadro de Pessoal em Função no HCE	217

DIREÇÃO DO HCE NO PERÍODO 1968-1969

Gen Bda Méd

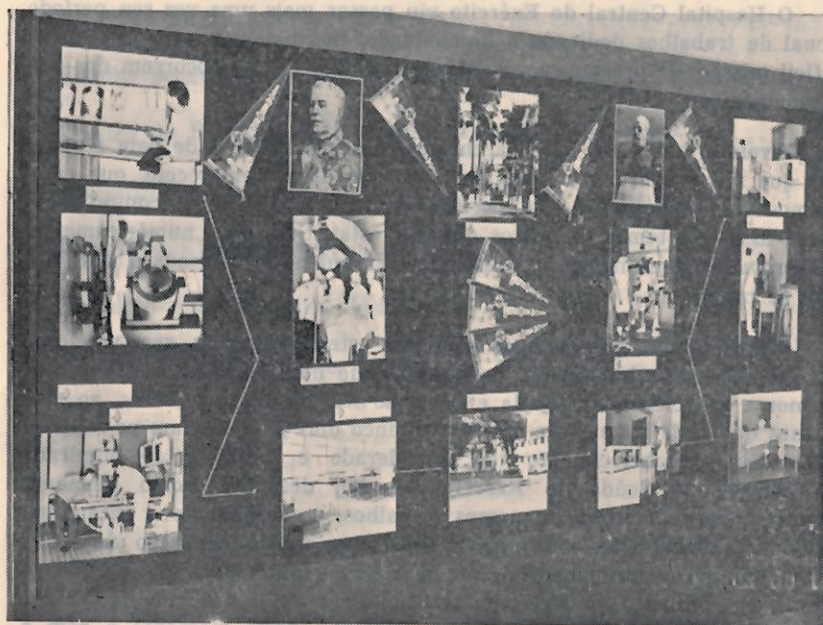
Dr. GALENO DA PENHA FRANCO
Diretor do Hospital Central do Exército

O Hospital Central do Exército viu passar mais uma vez seu período anual de trabalhos dedicado à humanidade, honrosa e, porque não dizer, difícil missão, de prestar sua assistência àqueles que se socorrem dos serviços médicos.

Tivemos, todos nós que marchamos juntos nessa luta de bem atender aos que nos procuram, a grata satisfação de dizer, sem receio, que cumprimos com êxito mais esse período de trabalhos. Como comprovante dessa assertiva temos os nossos quadros estatísticos que, numericamente, comprovam o sentimento da consciência de quem vê realizada a missão a que se propôs.

Vários fatores concorreram para que estejamos, agora, sem receios e com a necessária humildade, declarando que nos sentimos satisfeitos em termos a consciência tranqüila e acharmo-nos, mesmo, surpresos, ao sentirmos que mais trezentos e sessenta e cinco dias já se haviam passado na vida desse estabelecimento tão considerado e também tão admirado do Serviço de Saúde do Exército. Assim, desponta, como elemento primeiro para a vitória de nossos trabalhos, a permanente e incansável assistência dada pelas autoridades superiores à administração do HCE; apoio esse provindo pessoalmente da máxima autoridade do escalão, o Exmo. Sr. Ministro do Exército, transmitida e reforçada pelo Exmo. Sr. Diretor-Geral de Saúde do Exército. Portanto, neste momento é bem o azado para que solicitemos de Suas Excelências a devida permissão para os agradecimentos da administração do HCE e de todos os demais elementos executivos, administrativos e técnicos, pela alta visão que têm em compreender a importância deste estabelecimento, no setor que lhe é peculiar bem como o reflexo do mesmo sobre outras condições que contribuem para a devida execução de suas tarefas na pessoa do homem, base insubstituível da execução das missões a serem cumpridas pelas Forças Armadas, o que importa dizer, a indispensável atenção à preservação dos efetivos. Não nos cabe, por ser óbvio, a enumeração de tantas outras autoridades que, paralelamente, contribuíram para o nosso êxito, pois todos compreendemos que seria longa a relação, desde as representativas dos

diversos meios de apoio, até as traduzidas na simples, mas importante, pessoa de um seu representante fazendo cumprir as determinações superiores em prol daquele apoio. A todas elas, neste instante, também agradecemos e lhe enaltecemos a exação do cumprimento do dever. Expostos esses fatores indispensáveis para nossa vitória, devemos voltar os olhos para os que, recebendo tais benesses souberam compreendê-las e exaltá-las, executando com a mais alta visão administrativa ou com a mais apurada técnica, os trabalhos que lhes são inerentes, de tal sorte que levou o HCE, ao término desse período a mais um pôrto seguro e certos de que, se não foi possível a realização de tudo quanto seria lícito alcançar, encontra-se em condições físicas e psicológicas de prosseguir ao encalço da perfeição, pois tiveram meios de construir a estrada transitada como, também, de projetar a rota a ser seguida.



Painel do HCE no IV Congresso de Medicina Militar em S. Paulo.

Cabe ao Diretor do Hospital, nesta oportunidade, lembrar, para comprovar seus agradecimentos aos companheiros de jornada, o quanto fizeram para cada vez mais enaltecer o nome do HCE. No terreno da administração, todos os setores tiveram intensa atividade. As reformas recentes postas em vigor pelo novo Regulamento de Administração, exigiram da parte burocrática uma difícil tarefa de remodelação dos meios de controle e de trabalho da administração, com os reflexos sobre a própria parte material, que tem de ser revista em sua classificação, designação e reformulação da maneira de catalogar, fichar, processar e mesmo encaminhar às au-

toridades superiores, com mudança de prazos, técnica de efetuar a documentação, etc. Por outro lado na constante e incansável atenção de prestar o devido apoio à parte técnica, precípua sem dúvida, como missão do Hospital, a administração teve de empenhar-se e o fez galhardamente, em proporcionar as condições de trabalho ao nosocômio. Conservação de imóveis, obras diversas, às vezes simples e, por muitas vezes complexas, fornecimento de material geral e técnico, conservação desse material, desde um conserto de uma torneira até a remoção das dificuldades de funcionamento de uma caldeira, conservação de parques e jardins, manutenção guns dos tópicos que nos vêm à lembrança para ressaltar o papel de lixo, de dedetização; medidas de segurança visando preservar o patrimônio que nos foi outorgado temporariamente e que nos cabe passar a nossos sucessores na mais alta condição de integridade possível, esses são alguns dos tópicos que nos vêm à lembrança para ressaltar o papel desempenhado pela administração nesse aspecto de indispensável apoio ao funcionamento da parte técnica. Ela está alicerçada pelo gabarito profissional de nossos médicos, farmacêuticos, dentistas, do Corpo de Saúde do Exército, em sua maioria, auxiliado por já apreciável número de profissionais contratados, alcançando um êxito digno dos maiores encômios e que é motivo, tal como aconteceu em relação ao pessoal da parte administrativa, dos maiores agradecimentos do Diretor, que se sente jubiloso em marchar ao lado de tão elevado número de profissionais altamente categorizados que são o orgulho do nosso Serviço de Saúde. A estes in-



Outro painel do HCE no IV Congresso Militar.

corporando-se, o pessoal técnico, contratados, ou que, de qualquer forma, prestaram serviços técnicos ao nosocômio, numa identidade de intenções e numa dedicação que concorrem para completar o ambiente de trabalho necessário ao pleno êxito técnico. A todos, mais uma vez, os agradecimentos do Diretor. Não poderíamos, em conclusão, esquecer-nos do pessoal auxiliar, quer da administração, quer da parte técnica, de maneira destacada e representado pelos auxiliares da administração, serventes, operários, resumidamente no terreno administrativo e enfermagem, auxiliares de enfermagem, serventes de alas, cozinheiros, copeiros, técnicos especializados de laboratório, de Raios-X, dietistas, enfim, todos que em seu trabalho anônimo juntaram pedras na construção desse grande edifício moral que foi a missão cumprida pelo HCE em mais um ano de sua existência. Não podíamos encerrar os agradecimentos àqueles que auxiliaram e cooperaram com a Direção do Hospital em levar nossas palavras às bondosas Irmãs que prestam seus serviços nesta casa. Algumas ainda pioneiras na prestação dos serviços de enfermagem, continuam, ainda hoje, a dedicar-se da mesma maneira, apesar dos anos já passados e, que, por certo, não lhes afetaram o ânimo. Outras já orientadas para funções diversas, mas não menos importantes, tanto mais que entremeiam seu trabalho com o consolo divino da religião num auxílio espontâneo e necessário ao serviço religioso do Hospital. Este, tem sido executado pelos mais categorizados capelães de nosso Exército nos quais todos Diretores e especialmente em nosso caso pôde constatar a dedicação, a assistência indispensável, junto aos baixados, ao lado das diversas práticas da religião prestada no âmbito geral do Hospital e, especificamente na nossa Capela Nossa Senhora das Graças, símbolo da proteção a quantos aqui trabalham e de quantos por aqui passam. Aos nossos capelães, também, os agradecimentos do Diretor.

Resta-nos, então, uma palavra final. Fomos testemunhas, felizes testemunhas de mais um ano de trabalho nesta casa. Agradecemos a quantos colaboraram conosco, apoiando, cooperando ou executando. O que temos a dizer por fim é que todos que continuarem, pelo novo período, a prestar seus serviços, lembrem-se sempre de que temos uma missão a cumprir que se resume em dar a assistência ao baixado, ao nosso paciente ou seja ao nosso doente, que tantas vezes temos dito ser o elemento nobre da nossa comunidade. Trabalhar com dedicação, amizade entre seus pares, colaboração efetiva visando à sua recuperação a origem pois estaremos dando braços sadios para a manutenção de nossos efetivos e engrandecimento de nossa Pátria!



ARTIGOS ORIGINAIS

CONTRIBUIÇÃO DA MEDICINA MILITAR NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Gen Bda Méd

DR. GALENO DA PENHA FRANCO
Diretor do Hospital Central do Exército (*)

Assunto da magna importância como divulgação das atividades da Medicina Militar, será tratado em rápida comunicação face as justificáveis limitações e mesmo porque seu desenvolvimento completo seria motivo de várias conferências pela riqueza e, porque não dizer patriótica beleza, que encerra.

Dividi em três pontos capitais para melhor entendimento e seguro roteiro:

- 1 — Traços históricos
- 2 — Ligeira citação dos SS da Armada e da Aeronáutica Militar
- 3 — O SS do Exército

Observemos que deixei para relatar isoladamente o desempenho do SS do Exército, a quem pertenco, não tendo excluído entretanto de referir-me às outras duas Forças Armadas não só pela real importância, também, e como homenagem que lhes devem ser prestadas.

- 1 — Traços históricos.

Os SS das Forças Armadas são pioneiros no atendimento médico da população de nossa Pátria. Não entremos nas filigranas de datas marcando épocas e fases do início da colonização ou mesmo repor-

(*) Conferência proferida da Legião Feminina de Educação e Combate ao Câncer.

tando à chegada em naus pelo descobridor de nosso território que, ao desembarcar, por certo, os meios de curar com êle desceram e espargiram-se em plagas brasileiras.

Vamos um pouco além e em terreno já delimitado da incipiente Côrte, já com os foros de conhecimento e medidas bem sentidas, embora cercada do empirismo, a religiosidade, a credence e tantos outros meios que a defesa da vida enaltecem a valia.

Estamos agora no Rio de Janeiro, e aporta ao Brasil D. João VI, estamos em 1808. Anteriormente os jesuítas que antecederam à vinda do Rei de Portugal aqui haviam chegado e inaugurado o seu Colégio no Morro do Castelo e a êle, anexaram um Hospital que seria posteriormente o Hospital Militar da Côrte. Pois bem, daí desse Hospital que foi ocupado por médicos militares de então é que emanaram os meios de atendimento aos servidores do reino, civis ou militares, bem como à população civil que complementava o funcionamento oficial do Império na colônia do Brasil, bem como os elementos liberais e os nativos. Posteriormente foram-se delineando francamente a medicina oficial e a medicina particular, mas não resta dúvida que a base de partida foi representada pelos médicos oriundos da Marinha e do Exército. Muito mais ainda representaria o seu papel de médico militar, haja vista que, não limitando-se a curar, em seu Hospital foi criada uma "Escola Anatômica, cirúrgica e médica" que ministrava os conhecimentos necessários ao desenvolvimento da ciência médica e seria a base da criação da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Vários eventos seriam dignos de citação onde a História mostre a atividade representada pelo médico militar para o desenvolvimento da medicina pátria. Citaremos, para sermos breves, o nome do Almirante Médico Dr. Joaquim Cândido Soares de Meirelles, fundador da Academia Nacional de Medicina, Gen Bda Méd Dr. João Severiano da Fonseca, destaque na medicina, nas letras e na diplomacia, nos anos que antecederam e sucederam à guerra com a República do Paraguai, Brigadeiro do Ar Angelo Godinho, na época da medicina da aviação, isso para citarmos período bem distante e que demonstram a tônica de atividade do médico militar em prol da saúde da população brasileira. Sim, em prol da população brasileira: porque como êles tantos outros médicos militares têm empregado suas atividades não apenas ao militar e sua família como todos os que os cercam e tanto mais em condições especiais, como veremos adiante em que o único representante da ciência médica é o oficial médico da gloriosa Armada Nacional, do persistente Exército Nacional ou da desbravadora dos céus a heróica Aeronáutica Militar.

2 — Ligeira citação dos SS da Armada do Brasil e da Aeronáutica Militar.

O SS da Armada do Brasil, a nossa gloriosa Marinha de Tamandaré teve a primazia de pontificar na medicina militar. A própria História

o documenta o seu Hospital de Marinha, oriundo do Hospital Real da Côrte, foi o primeiro a ser instalado. No vasto território brasileiro estendem-se as várias organizações militares dessa Fôrça em que a presença do médico da Marinha entre a missão do atendimento a seus dependentes divide os afazeres assistenciais à população local, muitas vezes não apenas aos desprotegidos de meios mas também a qualquer classe social local, pois o médico da Marinha ou melhor o seu serviço de saúde é o único representante da ciência de cessar a dor ou eliminar cirurgicamente a doença. Não apresentaremos números mas apenas asseveraremos que as estatísticas do Serviço de Saúde Naval são ricas no atendimento a elementos pertencentes à Fôrça Armada e também aos não pertencentes.

As pesquisas, o emprêgo de técnicos e medicamentos os mais modernos vão do Norte ao Sul e às fronteiras do Oeste do Brasil levados pela dedicação anônima dos bravos médicos e pessoal pertencente ao seu Serviço.

Na orla marítima NE, Leste e Centro-Sul do País, não menos suas atividades são presentes, pois, as suas organizações de alto gabarito paralelizam com suas congêneres civis com quem mantém constante intercâmbio e indistintamente são por vezes procuradas mercê da idoneidade científica criada à custa da dedicação de seus abnegados representantes.

A medicina da Aeronáutica Militar é o benjamin dos elementos de Saúde das Fôrças Armadas. Nasceu de origens da Marinha e do Exército. Traz a mesma bandeira de cooperação assistencial ao problema médico levantado nos mais distantes rincões da nossa Pátria.

Tal como a Marinha, as suas organizações levam em seu efetivo como elemento de saúde, apenas um médico, ou o médico e mais alguns auxiliares, mas é a presença da ciência muitas vezes isolada.

Pelas características de seu meio de transporte, o avião possui uma enorme flexibilidade em causa própria ou em apoio às outras Fôrças Armadas ou à Saúde Pública.

As fronteiras, os territórios inacessíveis pelo meio aquático ou terreno, são por ela a única maneira de beneficiar a saúde. A população desses recantos do Brasil tem no SS de Aeronáutica Militar um apoio certo e imprescindível que em conjunto com uma das outras Fôrças, com o Ministério da Saúde e muitas vezes isoladamente prestam-lhe a necessária assistência. Nos pontos mais desenvolvidos do Território, o SS da Aeronáutica ocupa destacada posição ao lado dos similares civis, e tal como a Marinha, medicina militar e civil confundem-se e não raro dos seus serviços médicos em pleno centro adiantado são procurados por elementos civis, tal o entrosamento existente. Por outro lado, face às especialidades que despontaram com a medicina da Aviação não raro são solicitados os médicos da Aeronáutica para pareceres técnicos que a aparelhagem que o SS da Fôrça Aérea possui

bem como no terreno das pesquisas, inúmeras têm sido as suas contribuições em diversos setores, destacando-se aqueles referentes ao sistema nervoso, aparelhos, respiratório, circulatório e outros estudos que a medicina da Aeronáutica veio descortinar.

3 — O SS do Exército.

Pelas suas características de ação mais em sentido de extensão, o Exército com seu maior efetivo, com suas organizações militares dispersas em todo Território Nacional constitui um verdadeiro traço de união de medicina militar com a população alheia ao meio militar, tal a propriedade que possuem suas organizações em assimilarem e atraírem a amizade e a miscigenação do soldado ao civil.

Em termos de "população do Brasil" já podemos citar o grande número de habitantes de nossa Pátria que o SS do Exército atende por uma obrigação regulamentar e estatutária ou sejam todos militares na situação ativa ou na reserva remunerada bem como seus dependentes, o que já constitui uma quantidade apreciável de nossa cifra populacional. Por outro lado, quanto mais sem recursos locais o que acontece na direção centro-sul, leste-norte, para o oeste e nas regiões fronteiriças, o atendimento se estende indistintamente à população civil. Falemos também em plenos centros adiantados, evoluídos em que determinadas circunstâncias fazem com que seja procurado o serviço médico da Força Armada. A presença de um renomado especialista no quadro do Serviço, ou determinada aparelhagem que o SS da Força possui ou mesmo pela simples simpatia de se valer de nossos serviços médicos, odontológicos, farmacêuticos ou laboratoriais. Vamos, em seguida, mostrar ao distinto auditório uma distribuição dos elementos ou organizações do SS do Exército para que seja dada uma idéia da cobertura local feita e as possibilidades de expandir-se em torno de si, e para avaliarmos quanto do território ocupa o SS do Exército. É o quadro n.º 2 que passamos à contemplação dos senhores.

QUADRO 2

Darei uma explicação sucinta das missões de cada tipo das organizações, indo do mais complexo ao mais simples.

Hospital Central do Exército
Hospitais Gerais
Hospital de Guarnição
Instituto de Biologia do Exército
Estabelecimento Central de Material de Saúde
Depósito de Material de Saúde
Laboratório Químico Farmacêutico Militar
Farmácia Central do Exército

Policlínica Central do Exército
Policlínicas de Região e Guarnição
Seção de Serviços de Saúde Regional
Formação Sanitária de Organizações Militares
1.º Batalhão de Saúde
Clas de Saúde
Escola de Saúde do Exército
Odontoclínica Central e das OM

Observa-se que há órgãos de hospitalização, órgãos de tratamento ambulatorio, órgãos de pesquisas clínicas, órgãos de atendimento de material técnico, órgãos de produção farmacêutica, órgãos de atendimento e assistência imediata, órgãos de instrução técnica e sua aplicação em campanha, órgãos de formação técnico-profissional.

Pode-se assim apreciar o quadro 2 que está exposto e avaliar o atendimento descrito atenciosamente, obrigatório regulamentar e a afluência que terá daqueles civis que a cercam. Mostrarei, também, semelhante distribuição no Território Nacional de elementos de saúde da Marinha e da Aeronáutica.

A título de ilustração, foram distribuídos alguns exemplares dos Anais do Hospital Central do Exército, em que são vistos a partir da página 65, alguns dados numéricos e estatísticos do funcionamento do principal nosocômio do SS do Exército.

Penso ter contribuído para o conhecimento daqueles que não se acham ligados aos trabalhos anônimos e altamente patrióticos dessas organizações de saúde pertencentes às Forças Armadas do Brasil, agradecendo a atenção que nos dispensaram.

Em todos os campos da medicina moderna da profilaxia e da pesquisa, o Serviço de Saúde do Exército contribui com largo contingente. O emprêgo dos mais modernos meios cirúrgicos, o atendimento à tuberculose, à lepra, leishmaniose, sistossomose, os problemas da malária, da gripe, da febre amarela, inclusive as medidas de imunização e controle abregráfico de seus elementos e da população civil que o cerca, são quotidianamente cuidados por essa legião de abnegados servidores da pátria desde os mais altos postos até o mais humilde soldado padoleiro. Aplicação das técnicas de laboratórios, o atendimento do Banco de Sangue, os mais modernos métodos da Anatomia Patológica, no campo das pesquisas enaltecem a Medicina Militar. No terreno do Câncer, já no diagnóstico, como no emprêgo dos meios terapêuticos mais modernos, o Serviço de Saúde do Exército e das demais Forças Armadas, encontram-se perfeitamente habilitados graças ao método de atendimento comum às organizações de Saúde militares, pela aplicação em paz ou em guerra da triagem e do socorro que compete a cada órgão, dentro de uma "cadeia de evacuação" dos acometidos de qualquer enfermidade, no caso específico, para esta Legião, o câncer, e que desde as mais longínquas lo-

calidades até aos grandes centros bem aparelhados e que possa ser atendido com a melhor precisão os casos, suspeitos, possam ser o mais rapidamente diagnosticados e aplicada a terapêutica devida. Nesse trabalho o médico militar está sempre alerta para cuidar não só dos militares sob sua dependência como a todos os civis que cercarem sua organização e que delas vão se valer.

MINISTÉRIO DA MARINHA

DIRETORIA DE SAÚDE DA MARINHA

Relação dos Órgãos de Saúde da Marinha

Hospital Naval de Belém — Belém (PA)
Hospital Naval de Natal — Natal (RN)
Hospital Naval de Recife — Recife (PE)
Hospital Naval de Salvador — Salvador (BA)
Hospital Central da Marinha — Guanabara (GB)
Hospital Naval Marcílio Dias — Guanabara (GB)
Hospital do Arsenal de Marinha — Guanabara (GB)
Odontoclínica Central da Marinha — Guanabara (GB)
Laboratório Farmacêutico da Marinha — Guanabara (GB)
Pôsto Médico do 1.º Distrito Naval — Guanabara (GB)
Assistência Médico-Social da Armada (Ambulatório Central — Guanabara (GB)

- a) Hospital Nossa Senhora da Glória — Guanabara (GB)
- b) Centro de Recuperação Infantil em Jacarepaguá (GB)
- c) Ambulatório de Madureira — Madureira (GB)
- d) Ambulatório de Niterói — Niterói (RJ)

Hospital Naval de Ladário — Ladário (MT)
Hospital do Comando Naval de Brasília — Brasília (DF)
Hospital Naval de Florianópolis — Florianópolis (SC)

Obs.: Todos os Navios e Estabelecimentos têm uma Unidade de Saúde.

MINISTÉRIO DO EXÉRCITO

Relação das OM de Saúde

Hospital Central do Exército — HCE — Rua Licínio Cardoso, n.º 126, ZC-15 — Rio de Janeiro — Guanabara.

Hospital de Convalescentes de Itatiaia — HCI — Praça Ana Rocha Leão s/n — Praça da Matriz — Itatiaia — Estado do Rio Janeiro.

Hospital Geral de Belém — HGeB — Praça Brasil s/n — Belém — PA.

Hospital Geral de Brasília — HGeBr — Brasília — D. Federal.

Hospital Geral de Campo Grande — HGeCG — Av. Duque de Caxias s/n — Amambai — Campo Grande — MT.

Hospital Geral de Curitiba — HGeC — Praça Mar Alberto Ferreira, s/n — Centro — Curitiba — PR.

Hospital Geral de Fortaleza — HGeF — Av. Desembargador Moreira s/n — Aldeota — Fortaleza — CE.

Hospital Geral de Juiz de Fora — HGeJF — Rua Gen. Gomes Carneiro s/n — Mariano Procópio — Juiz de Fora — MG.

Hospital Geral de Porto Alegre — HGePA — Av. Mariland, n.º 450, Auxiliadora — Porto Alegre — RS.

Hospital Geral de Recife — HGeR — Rua Gervásio Pires, n.º 516, Boa Vista — Recife — PE.

Hospital Geral de Salvador — HGeS — Rua Caramuru, n.º 26 — Pitangueiras — Salvador — BA.

Hospital Geral de São Paulo — HGeSP — Rua da Independência n.º 632 — Camputci — São Paulo — SP.

Hospital de Guarnição de Alegrete — HGuA — Rua Barão do Amazonas, n.º 235 — Centro — Alegrete — RS.

Hospital de Guarnição de Bagé — HGuB — A. Visconde Ribeiro de Magalhães, s/n — Castro — Bagé — RS.

Hospital de Guarnição de Cachoeira do Sul — HGuCS — Rua Marques Ribeiro, s/n.º, Cachoeira do Sul — RS.

Hospital de Guarnição de Cruz Alta — HGuCA — Rua Borges de Medeiros, s/n — Cruz Alta — RS.

Hospital de Guarnição de Florianópolis — HGuF — Rua Silva Jardim, s/n — Prainha — Florianópolis — SC.

Hospital de Guarnição de Livramento — HGuL — Rua Cel. Ângelo de Melo, n.º 397 — Zona Urbana — Livramento — RS.

Hospital de Guarnição de Manaus — Praça Floriano Peixoto, s/n — Cachoeirinha — Manaus — AM.

Hospital de Guarnição de Natal — HGuN — Av. Mar. Hermes da Fonseca 1889 — Tirol — Natal — RN.

Hospital de Guarnição de Santa Maria — HGuSM — Av. Liberdade, s/n — Santa Maria — RS.

Hospital de Guarnição de Santiago — HGuS — Av. Mar. Mallet, s/n — Santiago — RS.

Hospital da Guarnição de Santo Angelo — HGuSA — Rua Mar Floriano, s/n — Santo Angelo — RS.

Hospital da Guarnição de São Gabriel — HGuSG — Rua Barão de São Gabriel, s/n — São Gabriel — RS.

Hospital da Guarnição de Uruguaiana — HGuU — Rua 13 de Maio, n.º 3 270 — Uruguaiana — RS.

Hospital de Guarnição da Vila Militar — HGuVM — Av Duque de Caxias, s/n — Vila Militar — ZC-27 — Rio de Janeiro — GB.

Instituto de Biologia do Exército — IBE — Rua Licínio Cardoso, n.º 102 — Triagem — ZC-15 — Rio de Janeiro — GB.

Laboratório Químico Farmacêutico do Exército — LQFE — Rua Licínio Cardoso, n.º 250 — Triagem — ZC-15 — Rio de Janeiro — GB.

Policlínica Central do Exército — PCE — Rua Moncorvo Filho, n.º 34 — Centro — ZC-14 — Rio de Janeiro — GB.

Policlínica Militar da Praia Vermelha — PMPV — Praça Gen Tibúrcio 83 — 1.º Pav — Praia Vermelha — ZC-82 — Rio de Janeiro — GB.

Policlínica de Guarnição da Vila Militar — PGuVM — Av Duque de Caxias, s/n — Rio de Janeiro — GB.

Policlínica Militar de Niterói — Av Amaral Peixoto, s/n — Niterói — RJ.

1.º *Batalhão de Saúde* — Btl Oswaldo Cruz — Rua Salustiano da Silva s/n — Magalhães Bastos — ZC-27 — Rio de Janeiro — GB.

2.ª *Companhia Independente de Saúde* — Rua Independência, n.º 632 — Cambuci — SP

3.ª *Companhia Independente de Saúde* — 3.ª Cia Ind S — Rua Ten Cel Luiz Corrêa Lima, s/n — Menino Deus — Pôrto Alegre — RS.

5.ª *Companhia Independente de Saúde* — 5.ª Cia Ind S — Esquinas das Ruas Guarapuava e Brigadeiro Franco — Caixa Postal 1259 — Curitiba — PR.

6.ª *Companhia Independente de Saúde* — 6.ª Cia Ind S — Santa Teresa — Pôrto Alegre — RS.

14.ª *Companhia Independente de Saúde* — 14.ª Cia Ind S — Av Duque de Caxias s/n — Amambai — Campo Grande — MT.

Sec S S R/1 — QG 1.ª RM — Min Ex — Rio de Janeiro — GB.

Sec S S R/2 — QG 2.ª RM — Rua Conselheiro Brotero, n.º 475 — Barra Funda — São Paulo — SP.

Sec S S R/3 — QG 3.ª RM — Rua dos Andradas, s/n — Centro — Pôrto Alegre — RS.

Sec S S R/4 — QG 4.ª RM/DI — Rua Mariano Procópio, n.º 970 — Mariano Procópio — Juiz de Fora — MG.

Sec S S R/5 — QG 5.ª RM — Rua Presidente Carlos Cavalcante, 533 Curitiba — PR.

Sec S S R/6 — Praça Duque de Caxias s/n — Mouraria — Salvador — BA.

Sec S S R/7 — QG 7.ª RM/DI — Rua do Hospício s/n — Boa Vista Recife — PE.

Sec S S R/8 — QG CMA/8.ª RM — Praça da Bandeira, n.º 458 — Belém — PA.

Sec S S R/9 — QG 9.ª RM — Av Afonso Pena s/n — Centro — Campo Grande — MT.

Sec S S R/10 — QG 10.ª RM — Av Alberto Nepomuceno s/n — Centro — Fortaleza — CE.

Sec S S R/11 — Brasília — Distrito Federal.

Sec S S R/12 — Manaus — Amazonas.

Obs.: Todas as organizações militares possuem uma unidade de saúde.

MINISTÉRIO DA AERONÁUTICA

Organizações e Órgãos Hospitalares

I — HOSPITAL CENTRAL

1. Hospital Central da Aeronáutica — GUANABARA

II — HOSPITAIS DE ZONA AÉREA

1. Hospital de Aeronáutica de Belém — PARA
2. Hospital de Aeronáutica de Recife — PERNAMBUCO
3. Hospital de Aeronáutica de Canoas — RIO GRANDE DO SUL
4. Serviço Hospitalar da 4.ª Zona Aér. — SÃO PAULO

III — HOSPITAIS DE GUARNIÇÃO

Hospital de Aeronáutica do Galeão — GUANABARA
Hospital de Aeronáutica dos Afonsos — GUANABARA

IV — HOSPITAIS DE BASE AÉREA

Hospital da Base Aérea de Fortaleza — CEARÁ
Hospital da Base Aérea de Natal — RIO GRANDE DO NORTE

Hospital da Base Aérea de Salvador — BAHIA
Hospital da Base Aérea de Santa Cruz — GUANABARA
Hospital da Base Aérea de São Paulo — SÃO PAULO
Hospital da Base Aérea de Brasília — GOLÁS

V — ESQUADRILHAS DE SAÚDE

Base Aérea de Belém — PARA
Base Aérea de Recife — PERNAMBUCO
Base Aérea do Galeão — GUANABARA
Base Aérea dos Afonsos — GUANABARA
Base Aérea de Canoas — RIO GRANDE DO SUL
Destacamento da Base Aérea de Florianópolis — SANTA CATARINA
Destacamento da Base Aérea de Belo Horizonte — MINAS GERAIS
Destacamento da Base Aérea de Campo Grande — MATO GROSSO
Destacamento da Base Aérea de Santos — SÃO PAULO

VI — SERVIÇOS MÉDICOS DE ESTABELECIMENTO

Escola de Aeronáutica dos Afonsos — GUANABARA
Nova Escola de Aeronáutica de Pirassununga — SÃO PAULO
Escola Preparatória de Cadetes do Ar — MINAS GERAIS (Barbacena)
Escola de Oficiais Especialista e de Inf. Guarda — Paraná (Curitiba)
Escola de Especialistas de Aeronáutica — SÃO PAULO (Guaratinguetá)
Centro Técnico da Aeronáutica — SÃO PAULO (São José dos Campos)
Núcleo do Parque de Aeronáutica de Belém — PARA
Parque de Aeronáutica de Recife — PERNAMBUCO
Parque de Aeronáutica dos Afonsos — GUANABARA
Núcleo do Parque de Aeronáutica de Lagoa Santa — MINAS GERAIS
Parque de Viaturas da Aeronáutica — GUANABARA
Núcleo do Parque de Eletrônica — GUANABARA

Grupo de Suprimento e Manutenção do COMTA — GUANABARA
Depósito de Aeronáutica do Rio de Janeiro — GUANABARA
Depósito Central de Intendência da Aeronáutica — GUANABARA

VII — OUTRAS ORGANIZAÇÕES E ÓRGÃOS DE SAÚDE DA FAB

Instituto de Seleção, Contrôlo e Pesquisa — GUANABARA
Policlínica de Aeronáutica de São Paulo — SÃO PAULO

Serviço de Saúde da 1.^a Zona Aérea — BELÉM
Serviço de Saúde da 2.^a Zona Aérea — RECIFE
Serviço de Saúde da 3.^a Zona Aérea — GUANABARA
Serviço de Saúde da 4.^a Zona Aérea — SÃO PAULO
Serviço de Saúde da 5.^a Zona Aérea — RIO GRANDE DO SUL
Serviço de Saúde da 6.^a Zona Aérea — BRASÍLIA

VIII — OUTRAS ORGANIZAÇÕES COM PESSOAL DE SAÚDE DA FAB

Comissão de Aeroportos da Região Amazônica — 1.^a ZONA AÉREA BELÉM
Grupamento de Aeronáutica de Manaus — 1.^a ZONA AÉREA BELÉM
Estabelecimento de Intendência da 2.^a Zona Aérea — 2.^a ZONA AÉREA RECIFE
Comando Geral do Pessoal da Aeronáutica — 3.^a ZONA AÉREA GUANABARA
Comando de Transporte Aéreo — 3.^a ZONA AÉREA GUANABARA
Destacamento de Aviação Civil — 3.^a ZONA AÉREA GUANABARA
Diretoria de Intendência da Aeronáutica — 3.^a ZONA AÉREA GUANABARA
Diretoria do Material da Aeronáutica — 3.^a ZONA AÉREA GUANABARA
Diretoria de Rotas Aéreas — 3.^a ZONA AÉREA GUANABARA
Diretoria de Saúde da Aeronáutica — 3.^a ZONA AÉREA GUANABARA

Escola de Comando e Estado-Maior da Aeronáutica — 3.^a ZONA AÉREA GUANABARA

Escola Superior de Guerra — 3.^a ZONA AÉREA GUANABARA
Gabinete do Ministro da Aeronáutica — 3.^a ZONA AÉREA GUANABARA

Inspetoria Geral da Aeronáutica — 3.^a ZONA AÉREA GUANABARA

Núcleo de Parque de Material Bélico — 3.^a ZONA AÉREA GUANABARA

Presidência da República — 3.^a ZONA AÉREA GUANABARA

Estabelecimento de Intendência da 4.^a Zona Aérea — 4.^a ZONA AÉREA SÃO PAULO

Estado-Maior das Forças Armadas — 6.^a ZONA AÉREA BRASÍLIA

IX — CAMPOS DE POUSO COM DESTACAMENTOS DA FAB ONDE SÃO MANTIDOS ELEMENTOS DE SAÚDE (Sgts Enf ou Cb Aux Enf.):

Santarém — PARÁ

Jacareacanga — PARÁ

Cachimbo — PARÁ

São Luís — MARANHÃO

Caravelas — BAHIA

Maceió — ALAGOAS

Xavantina — MATO GROSSO

Xingu — MATO GROSSO

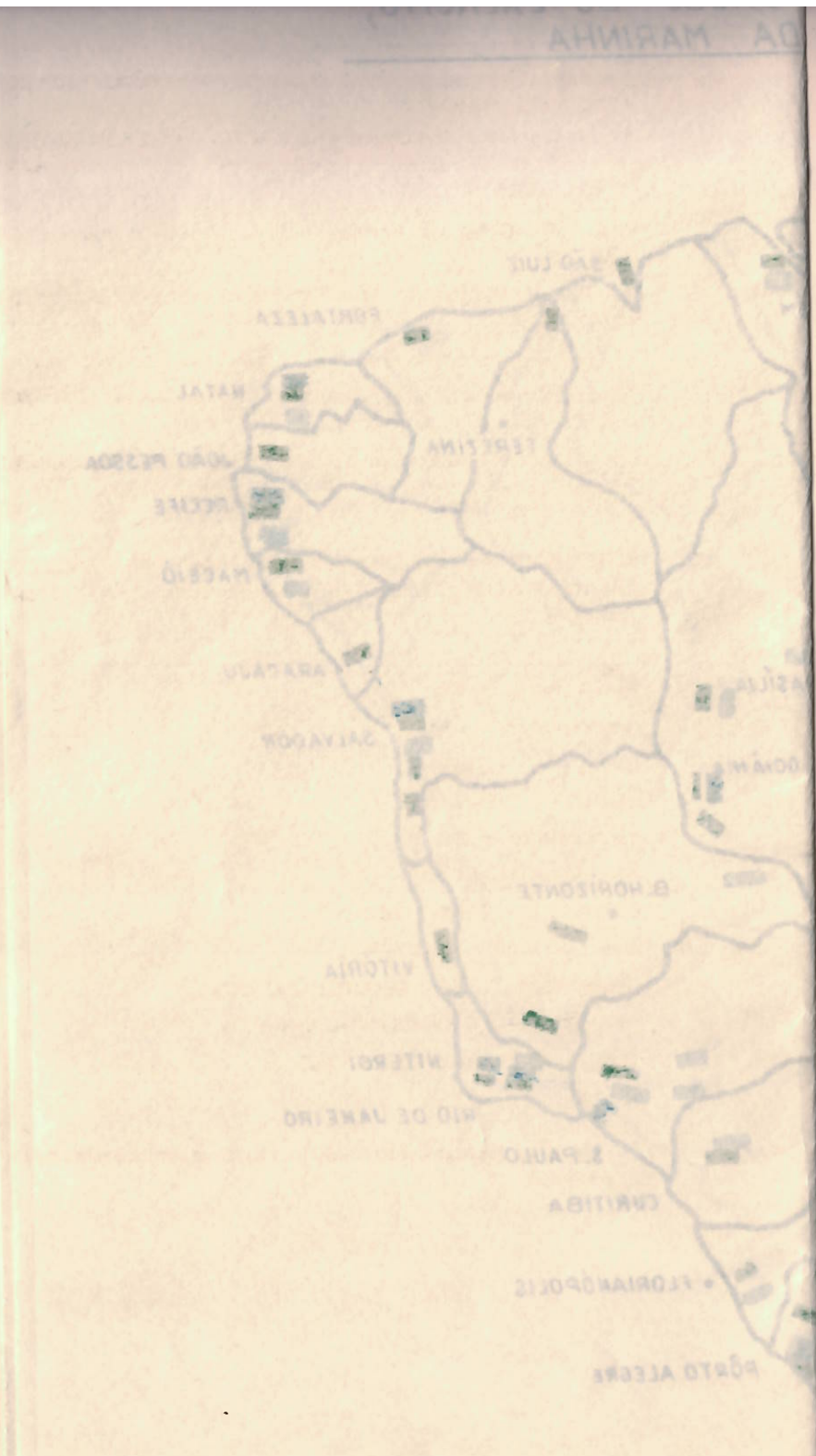
Santa Maria — RIO GRANDE DO SUL

Uruguaiana — RIO GRANDE DO SUL

Bagé — RIO GRANDE DO SUL

Aragarças — GOIÁS

Obs : Todas as organizações da Aeronáutica possuem uma unidade de Saúde.





LINGUAGEM E VERBÊTES ELETROCARDIOGRÁFICOS

Cel Médico

Dr. NILSON NOGUEIRA DA SILVA

Subdiretor Administrativo do HCE e Cardiologista

A eletrogênese dos traçados de hipertrofias tem vários pontos controversos: distinguem-se mal os efeitos das dilatações cavitárias dos de engrossamento ou hipertrofia das paredes. Muitas vezes são confundidos os limites entre as anomalias elétricas devidas a uma hipertrofia e as originadas por isquemia, por anoxia, por mudança postural cardíaca, por transtórno de condução suprajunco ou por variação da frequência cardíaca.

TV1 e TV2 raras vezes são acentuadamente negativas, simétricas e de aspecto coronário; porém, quando aquilo acontece, pensa-se em: *estenose ostial da pulmonar*, *"cor pulmonale" agudo*, *hipertensão essencial pulmonar*.

A insuficiência aórtica sífilítica, apesar de acarretar sobrecarga diastólica do ponto de vista hemodinâmico, não produz deflexões T altas, positivas e simétricas em V5 e V6.

Nos bloqueios de ramo esquerdo o ramo centrifugo da alça vetocardiográfica avança para a esquerda e começa entre os $+60^\circ$ e 0° graus (mais sessenta graus e zero graus).

Acontece que, em cerca de 32% dos casos, o início da alça ultrapassa a direção de $+60^\circ$, dando em aVL uma *pequena onda Q*, não devida a infarto. Ainda mais, em 9% dos casos de bloqueio de ramo esquerdo *sem infarto*, a alça do vetocardiograma se inicia a mais de $+90^\circ$, inscrevendo-se uma pequena onda Q em DI.

Então para se pensar em infarto associado a bloqueio de ramo esquerdo, o aspecto qVL ou qaVL não tem valor. Tem-no, no entanto, a presença de Q em DI, V5 e V6.

Igualmente, quando a alça de Q do ramo centrífugo do vetocardiograma se inicia à esquerda de $+ 30^\circ$, aparecem em DIII ondas Q profundas ou complexos QS que podem fazer pensar falsamente em infartos de parede diafragmática.

Quando o eixo elétrico médio está muito desviado para a esquerda e para cima, no plano frontal, o eletródio do braço esquerdo pode captar potencial do átrio esquerdo, simulando infarto anterior alto aos menos avisados.

A significação clínica de um bloqueio de ramo esquerdo em seus diferentes graus é quase unívoca de insuficiência coronária crônica. A maioria das vezes essa insuficiência se acompanha de fibrose parcelar subendocárdica. Em alguns poucos casos resulta de infarto septal ou achado fugaz de insuficiência coronária aguda, transitória.



Gen Méd Dr Alvaro Menezes Paes, Diretor Técnico de Saúde do Exército, à sua esquerda o Ten Cel Méd Dr José Luiz Campinho Pereira, do HCE, presidem uma das mesas do IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar em S. Paulo.

O bloqueio completo de ramo direito pode representar uma insuficiência coronária em velhos. Está muitas vezes ligado a pneumopatias em anciãos. Quando o bloqueio de ramo direito é incompleto, e nos seus diferentes graus, corresponde às vezes à sobrecarga diastólica do ventrículo direito. Contudo, quer completo, quer incompleto, são, freqüentemente, achados em corações sãos.

Há bloqueios de ramo direito completos próprios de velhos com aterosclerose coronária e de adultos com sobrecarga ventricular esquerda que se complicam de insuficiência cardíaca.

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

Ao nível do nó de Aschoff-Tawara não há parada de propagação do estímulo. Apenas este diminui de velocidade nas fibras intercalares para 20 a 50 mms/segundo.

No diagnóstico de um BIRD (bloqueio incompleto do ramo direito do feixe de His), é preciso dar atenção à duração do QRS ($0''11$ até $0''12$ — onze a doze centésimos de segundo —), pois a morfologia dos de tipo I e II de Sodi podem ser encontrados nas grandes altitudes em indivíduos normais. Isso é devido à hipertrofia da região basal do coração, fato comum nas grandes altitudes. Para um diagnóstico fortemente sugestivo de bloqueio incompleto de ramo direito tipo I ou II, é necessário ter o QRS a duração de 11 centésimos de segundo.

Em 20% dos casos, o padrão S1, S2, S3, com desvio do eixo elétrico para a esquerda e para cima do plano frontal ($- 40^\circ$ até $- 80^\circ$) pode ser encontrado em indivíduos normais. O R1, o RV5 e o RV6 geralmente são pequenos e lentos. Isso é devido ao contrabalanço de forças poderosas e opostas, isto é, possantes vetores basais.

Há muitas pericardites com pequena lesão ventricular, seguidas de febre e conseqüente simpaticotonia — o que acarreta pequenos

desníveis do ponto J. A simpaticotonia dá geralmente taquicardia, bem como a febre. Ambas dão também desníveis do ponto J. Como, pois, diagnosticar eletrocardiograficamente a pericardite mascarada por esses sinais? Vendo a evolução de outros eletrocardiogramas em que vão mostrar lesão e isquemia.

Não esquecer também que a taquicardia, a febre e a simpaticotonia modificam o PR.

Há casos de TV3 e TV4 negativos em atletas normais das raças branca e negra. Persistência do padrão infantil? Choque da ponte mais acentuado?...

Há uma síndrome pós-taquicárdica eletrocardiográfica, oriunda de extrassístoles em salvas, paroxismo taquicárdico ou de taquicardia paroxísmica, que apresenta ondas T negativas de V1 a V6 e que dias depois desaparecem totalmente sem deixar vestígios.

É prudente, pois, descartar por anamnese cuidadosa um episódio taquicárdico a fim de interpretar judiciosamente um eletrocardiograma.

Quando em V1 o complexo QRS é polifásico, baixo, quase do tamanho do PV1 ou do TV1, e o QRSV2 é grande e normal; há como que uma transição anormal. Este sinal sugere fortemente sobrecarga diastólica do ventrículo direito.

Quando se suspeita de uma tétrede de Fallot e a onda T é negativa além de V3, trata-se, na verdade, de estenose da pulmonar.

T negativa em V6 em crianças de pouca idade sugere transposição dos grossos vasos da base.

Também TV1 maior que TV6 em crianças pequenas sugere transposição dos grossos vasos.

O CIV (comunicação interventricular) dá geralmente sobrecarga diastólica do ventrículo direito.

SV5 e SV6 maiores que QV5 e QV6 sugerem CIV com hipertensão pulmonar em crianças. E ainda Q maior que S sugere comunicação interauricular ou interatrial em jovens.

Na vagotonia e no eretismo cardíaco é freqüente achar-se o QRS positivo, seguido de ST elevado, côncavo para cima, com onda T positiva alta e simétrica nas derivações que captam potenciais do VE.

Que é uma onda monofásica? É um gráfico monotópico dos efeitos da ativação através da membrana.

Que é uma unidade Ashman?

No papel do traçado eletrocardiográfico, o quadradinho milimetrado tem altura de 0,1 milivóltio e a base é 0",04 (quatro centésimos de segundo). São unidades de tempo-voltagem, também chamadas microvóltios-segundo ou ainda *unidades Ashman*. As linhas verticais são de tempo; as horizontais, de voltagem. O cruzamento delas dá pequenos quadrados com a altura de 0,0001 vóltios (0,1mv) e uma base de 0,04 segundos, cuja superfície é:

$0,04 \times 0,0001$, que é igual a: 0,000004 vóltio-segundo ou seja *uma unidade Ashman*.

QR e qR, em V1 e V2, ou separadamente, são sempre patológicos. Pensa-se em BRD com dilatação auricular direita. Também nessas derivações é anormal o aparecimento de complexo em M, e polifásico, o rsR, o RSRS, que são bloqueios de ramo direito e fazem pensar numa sobrecarga diastólica do VD.

No coração dextrorrodado, no menino, no longilíneo e no enfisematoso, o RS transicional se desloca para a esquerda e o qR vai aparecer em V7, V8 e aVF.

Um complexo RS transicional pode ser achado em coração levorrodado que seja muito horizontal e com ponta para trás. Neste caso o complexo qR vem aparecer em aVL e DI e nas derivações posteriores altas do hemitórax esquerdo. A maioria dos corações levorrodados mostram o RS transicional desviado para a direita. Uma

negatividade importante da onda P nas precordiais direitas é patológica e freqüente no "cor pulmonale" crônico. É o chamado sinal de Lagendorf.

Ondas P difásicas + - ("plus-minus"), amplas, encontram-se em dilatações atriais direitas, esquerdas e, ainda, em cardiopatias congênitas cianóticas (anoxemia).

O complexo QSV1 é freqüente no velho.

Nas VD (precordiais direitas), os complexos polifásicos, complexos em M, e os rsR, rsRS, ainda que possam ser observados em corações clinicamente sãos, são sugestivos de bloqueio de ramo direito incompleto ou crescimento ventricular direito.

No enfisematoso pulmonar, com o coração descido e destrorrodado, em alguns sujeitos longilíneos normais, pode-se achar rSr nas precordiais direitas normalmente.

Em indivíduos magros com simpaticotonia ou astenia neurocirculatória é freqüente achar-se AQRS para a direita com o AT para a esquerda (T3, negativa em aVF, T2, difásica - + ("minus-plus")). Tudo isso desaparece com uma injeção venosa de ergotamina.

A separação nítida entre ST-T, desenhando uma angulação ST-T retificado, é freqüente em insuficientes coronários, hipertensos e em insuficientes ováricas.

Onda T francamente arredondada ou romba é anormal e sugestiva de disontias (desequilíbrios eletrolíticos).

Complexos QS de V1 a V3 sugerem infarto ântero-septal, cárdio-esclerose-septal, BIRE (bloqueio incompleto de ramo esquerdo do feixe de His), com ou sem "cor pulmonale" crônico.

Nas derivações clássicas, é sinal de anormalidade 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 10mms. ou mais), é somente positivo ou somente negativo em qualquer derivação "standard".

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

O espaço QT *encurta*: em algumas lesões subendocárdicas do VE, na hipercalcemia, na hiperpotassemia, na simpaticotonia, na ação digitalica e na taquicardia;

aumenta: na cardite reumática, nas sobrecargas sistólicas ventriculares, na bradicardia, vagotonia, hipocalcemia e hipopotassemia; na isquemia ventricular e avitaminose B1 e B2; no mixedema e na terapêutica quinidínica e procamídica.

A direção normal do AT varia entre 0° (zero grau) - T3, negativa; T1 maior que T2; T, isoeletrica em aVF - até 70° (setenta graus) - 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° (T1, achatada ou difásica + -, de predomínio positivo).

Ondas T negativas, que são simétricas, assim como as positivas e igualmente simétricas, situadas mais à direita nas derivações precordiais, devem ser consideradas patológicas: isquemia, bloqueio de ramo esquerdo, HVE etc. Igualmente, ondas T achatadas, isoeletricas ou bifidas que aparecem em V5 e V6, acompanhadas por um complexo qR, são sempre patológicas, fazendo pensar em: HVE ou insuficiência coronária crônica.

Sobrecarga cardíaca é uma condição hemodinâmica que aumenta o trabalho de alguma ou algumas cavidades cardíacas, seja por elevação da pressão sistólica que desenvolve nessa cavidade, seja por aumento do volume sanguíneo que maneja em cada batimento. Isso, porém, não prejudica que o coração esteja trabalhando em condições desfavoráveis por haver chegado a carga a um ponto superior as condições de adaptabilidade dinâmica do coração.

Contudo, as sobrecargas conduzem, de imediato, a importantes alterações funcionais da fibra cardíaca e depois a um estado anômico de dilatação cavitária e engrossamento (hipertrofia) da parede muscular que, por sua vez, desperta novas modificações funcionais.

A verticalização do coração não alcança produzir uma onda P negativa em DDI.I. Para isso é preciso uma outra alteração: desvio do coração para a direita pode dar P1, difásica (- + "minus-plus").

A dextrocardia com transposição das cavidades produz P1 completamente negativo. P1, negativa, faz pensar em dextrocardia ou troca dos eletrodos no braço. O P1, positivo, sugere ausência de transposição das cavidades cardíacas, embora haja achado clínico e radiológico de dextrocardia.



Participação do Dr. Monteiro, cirurgião vascular do HCE, no IV Congresso de Medicina Militar.

A onda P com entalhos de menos de 0",03 não tem significação.

Em V5 e V6 — chamadas VS — uma onda R extremamente alta no adulto é indicio de HVE. Na criança, tal não se passa, devido à delgadez da parede torácica, conseqüentemente maior ângulo sólido.

Nas VS, um R engrossado no seu ramo ascendente, com ou sem meseta no vértice, verbi-gratia se o Q precedente é pequeno ou ausente, indica BRE ou BIRE, e, ainda, cárdio-esclerose-septal.

Uma onda ou deflexão S, delgada, limpa e muito profunda em V5 e V6 revela crescimento da parede ventricular direita.

A maioria dos traçados de baixa voltagem correspondem a corações clinicamente sãos. Isso devido a que são comuns os fatores extracardíacos: enfisema pulmonar, ponta para trás, derrames pericárdicos, pleurais ou ascíticos, edemas generalizados e que tais. Ao passo que os fatores cardíacos infarto, cárdio-esclerose, miocardite e mixtos, pericardite constritiva, mixedema, insuficiência cardíaca com degeneração miocárdica são menos freqüentes.

A associação de alta voltagem (QRS de mais de 20mms.) e difasismo de QRS presentes, quando muito, em duas derivações clássicas são patognósticos de cardiopatia congênita.

Nos corações muito horizontais nos quais a alça de T aponta para a esquerda, atrás e acima, as duas ou três primeiras precordiais podem mostrar T negativa, independente da idade. Ocorre isto nos obesos, grávidas, pessoas de musculatura flácida (tenham ou não obesidade ou tipo brevílineo). O fato é devido a que, quando se está em decúbito, o diafragma sobe, e horizontaliza o coração.

Tempo de aparecimento da deflexão intrínseca normalmente no adulto: 0",045 no VE, e 0",035 no VD; acima, hipertrofias bloqueios.

Os entalhos, espessamentos e empastamentos do QRS em DI, quando o complexo ventricular tem uma certa amplitude, são fortemente sugestivos de lesões miocárdicas difusas.

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

Os crescimentos ventriculares esquerdos têm como causa mais comum os seguintes eventos: hipertensão arterial, insuficiências reumática e sífilítica aórticas, insuficiência coronária crônica; as estenoses aórticas reumática, congênita ou calcária, a regurgitação mitral, a persistência do canal arterial, a coartação da aorta e a fístula artério-venosa.

Nas HVE, a derivação a aVR apresenta QRS de predomínio negativo, tipo rS, exceto nos casos de acentuado desvio do eixo elétrico para a esquerda, nos quais pode haver QR. A onda T nesta derivação se torna isoeletrica ou positiva.

As causas mais comuns do crescimento ventricular direito: insuficiência tricúspide, comunicação interauricular, estenose mitral, "cor pulmonale" crônico, persistência do canal arterial com hipertensão pulmonar, téttrade de Fallot, estenose ostial da artéria pulmonar, comunicação interventricular, transposição dos grossos vasos e tronco arterial comum.

Complicações mais comuns que podem ocorrer em cardiopatas durante e após as intervenções cirúrgicas: choque, arritmias e trombose.

Contra-indicações cardíacas mais comuns às intervenções cirúrgicas: pericardites e miocardites agudas; infarto do miocárdio agudo, descompensação cardíaca, coronariopatia com severa angina, endocardite bacteriana, taquicardia paroxísmica, estenose mitral com fibrilação auricular; insuficiência aórtica sífilítica.

Nas emergências cirúrgicas hérnias estranguladas, apendicite supurada, hemorragia interna, embolismo da aorta, abdome agudo cirúrgico, ignoramos as contra-indicações cirúrgicas e operamos o paciente ainda que em infarto do miocárdio agudo. Na verdade, não há opção possível; já que está em jogo a vida do paciente.

Em 18 de julho de 1969.

TRATAMENTO DA VARICOCELE: NOSSA EXPERIÊNCIA COM A TÉCNICA DE ONOFRE LOPES

Ten Cel Méd

Dr. GASTAO DE CARVALHO SOUZA
Chefe do Pavilhão de Cirurgia Humberto de Mello, do HCE

Trabalho apresentado à ABMM para concorrer à vaga de membro titular em cirurgia.

CONCEITO DE VARICOCELE

Que se entenderá por Varicocele?

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

De um dicionário de Medicina, Farmácia e Veterinária de 1884 se diz de varicocele: "Varicocele 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 *cirsocele*. As varizes das veias do cordão testicular, ou varicocele, são caracterizadas por um tumor mole, pastoso, duma consistência comparável a de um novelo de barbantes ou conjunto de vermes, de nodosidades múltiplas, elevando-se do bordo superior do testículo e estendendo-se até ao nível do orifício 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 doloroso, as veias podendo inflamar-se." (53)

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

Portanto, varizes com refluxo venoso.

Forgue conceitua a varicocele 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 sói 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 constitute 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 thin-walled 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 Ivanishevich, 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 Gozzo define a varicocele "di vista anatomopatologico che sintomatologico é caratterizzato della manifestazioni di un processo varicoso delle vene del plesso pampiniforme (ectasia, allungamento, tortuosità ispessimento della pareti venosa etc) e si riscontra spesso in segetti che presentano i segni di una costituzione vasale deficitaria, portatori de varici anche in altre regioni del corpo (arti inferiori, emorroidiecc.) così detta diatesi varicosa de Billroth". (30)

ETIOLOGIA 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 venoso 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 continente, valvulada, com um número adequado de válvulas, o que não acontece no branco, daí a insuficiência da veia e consequente aparecimento da varicocele. Já Brihton 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.

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

Kirschner afirma, com relação à 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 à direita desemboca na cava inferior em ângulo agudo. Daí as 4/5 partes das varicoceles se dão à esquerda". Acha também Kirschner que a influência das alterações congênitas 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 varicoceles 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 intra-escrotaes e intrafuniculares, estendendo-se muitas vezes às veias do escroto, dando a varicocele *cirróide*, também chamada de Surraco ou *sirsocele*.

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 varicocele, 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 ingurgitamento de vasos regionais que poderíamos caracterizar de varicocele fisiológica, porquanto, bem

examinada, se perceberia não existirem as características verdadeiras de varicocele. Muitos contudo têm sido operados sem terem verdadeira varicocele, uma vez que o exame é mal conduzido.

Guyon, em 1881, chamou a atenção para o aparecimento de varicocele nas pessoas de certa idade como um sinal de neoplastia 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 chamava a atenção para os tumores, aumento dos gânglios linfáticos e a litíase renal na formação da varicocele. (3)

Forgue acha que as varicoceles exigem uma predisposição constitucional. É o que Perier chama de falta de qualidade do estôfo venoso, daí o supor-se a existência de uma condição aplástica congênita ou distúrbio da íntima por fleboesclerose decorrente 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. Telle y Muñoz justificam, como outros, a varicocele esquerda pelo desaguar 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 variceloso colocado de pé, tem sua corrente sangüínea 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 interrupção: 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 menor nos mesmos, a ptose visceral mais acentuada que nos brevillíneos e como consequência a varicocele é mais comum nos primeiros. A compressão da veia renal pela artéria mesentérica é muito semelhante à compressão duodenal exercida pelo compasso aortomesentérico.

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

Um argumento altamente convincente que corrobora 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, toma-se o hemiescroto entre o polegar e os outros dedos da mão e manda-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 aorta abdominal e o corpo vertebral comprometendo o fato a boa marcha do sangue e provocando o retôrno.

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 retroperitônioal ou de outra natureza.

Na Inglaterra e Irlanda, durante um período de dez anos, 156.317 homens foram examinados, dos quais 3.911 estavam atingidos de varicocele.

Guiseppe 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% bilaterais e somente 2 a 3% direitas.

Pedro Albuquerque diz que de outubro de 1956 a setembro de 1968 teve 22 casos de varicocele no Hospital Gamboa.

Carlos Renato Grey apresenta uma casuística do Hospital dos Comerciantes de 30/10/55 a 30/6/59, no qual foram internados 1.156 doentes 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.

Com respeito à distribuição etária nós temos:
Casuística de Pedro Albuquerque: distribuíram-se os varicocelosos entre 17 e 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 unicamente.

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 varicocelosos, 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 167 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, 3.911 sofriam de varicocele.

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 brasileiras apresentam o seguinte quadro, com relação primeiramente aos examinados para o serviço militar. Em 1947, de 52.284 examinados em todo o Brasil 900 apresentavam angiopatas englobadas como hemorróidas, varicocele e outras localizações de flebetasias.

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

Em 1944 baixaram às diversas organizações de saúde por varicocele 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.

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

Repetimos, a fásia 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 túnel (34).

Profundamente encontramos o grande oblíquo que irá ser interessado na intervenção, servindo de suporte aos pontos dados da fásia 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 epididimária anterior e artéria epididimária posterior. Esta anastomosa-se com a artéria deferente de forma término-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 anastomosa-se término terminalmente com a artéria epididimária posterior, formando um arco do qual saem numerosos ramos destinados ao epidídimo e ao pólo 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 secção da artéria espermática conduza, como se tem dito, à atrofia do testículo, porque as anastomoses com a funicular e a deferente devem ser suficientes a restabelecer o curso do sangue; contudo é necessário poupá-la".

Há cirurgias 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 contra-indica qualquer processo cirúrgico que planeje secionar a artéria testicular e a veia espermática.

Não têm 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 vênulas originárias do testículo e cabeça do epidídimo, reduzindo-se logo depois da saída do órgão a 8 ou 10 veias que 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 originam-se do epidídimo, reunindo-se depois entre 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 escrotaes. 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

I — 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 3° 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)

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 em-

purram e comprimem a substância testicular. Desta forma os condutos seminíferos logo se alteram, daí a atrofia do órgão".

Pierre Dizac, em sua tese apresentada em Lião, afirmou que a ruptura da varicocele é muito rara. (49)

SINTOMAS E SINAIS

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 123 pacientes varicocelosos 65 queixavam-se de dor, 29 de peso no testículo esquerdo, porém nenhum relatava impotência sexual. Da estatística de Pedro Albuquerque, de 22 casos, 17 diziam sentir dor e destes um afirmava só senti-la por ocasião das cópulas. Desta série cinco acusavam 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 varicocele, 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 anatomofisiologia das varicoceles e acharam que a dor sentida pelos doentes é decorrente do peso do testículo sobre as veias do cordão em vez de sê-lo sobre o cremaster e dartos. Normalmente o darto 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 sangüínea aumenta a temperatura das estruturas, condicionando estiramento das mesmas e dor, além de ser a causa da subfertilidade.

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 punhalada ou com a característica de penetrante no local.

Trombose por traumatismo ocasiona também dor forte no local.

Segund diz existirem três tipos de variedades de varicoceles: 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, ao 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 pessoal 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 pôde 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 menos firme que o outro; 5) testículo são.

Notamos assim que Barwell fixou sua atenção no testículo e os estudos modernos lhe dão razão quando apresentam a facêta da subfertilidade 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 varicocele 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 sintomas 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, porquanto certa vez foi 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 atribuí-la 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 têm 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, 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 freqüentes na doença. Assim Carlos Renato Grey, de 123 varicelosos, 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 não desaparecem trata-se de varicocele secundária com dor não devida à varicocele.

Portanto, como vemos, Albuquerque dá a 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 vazias enquanto se conserva a compressão digital. Uma vez essa desfeita e pedindo-se ao paciente que faça um esforço notaremos o intumescimento do feixe venoso que então se dará de baixo para cima, muito embora os dedos colocados na raiz da bolsa em contato 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.

Eurico Branco Ribeiro traz-nos um sinal interessante que é por ele chamado de "bow signal", sinal êsse decorrente do fato de que desaparece a pressão exercida pela artéria 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)

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 trau-

matismos. 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 conseqüente 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 hipocondria. 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 têm 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 traz à baila o fato da subfertilidade 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).

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 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 percloreto de ferro, o licor de Piazza. Velpeau recorreu à acupuntura. Vidal 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 cautério especial para isso. Jobert (de Lambelle) fazia compressão dos vasos à parede usando um aparelho especial.

Todos esses processos não tiveram outra finalidade senão a oposição ao curso do sangue nas veias ectasiadas.

Sobrevieram posteriormente as intervenções com ressecção das veias ou 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 aséptica.

Infecções graves apareceram quando se iniciou a fazer a cirurgia a céu aberto.

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

Muitas teorias engenhosas apareceram para justificar o aparecimento das varicoceles e como curá-las. Dêstes processos de cura surgirão tão desagradáveis reações que foram abandonados. Muitas técnicas apareceram e morreram, outras ainda permanecem, 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 a 1966, 2.406 pacientes, dos quais 70 portadores de varicocele, dando uma percentagem de 2,9%; no Arsenal de Cirurgia, à mesma época, foram operados 4.075 pacientes com 547 operações de varicocele, apresentando percentagem 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; Flôchietto 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 percentagem 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 informação do Dr. Jayme Flores.

Na ANSA 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 orquidoptose; Naraht quando a orquidoptose é bastante grande e Hautz quando há concomitância de hérnia e varicocele.

Willis Pope Jordan Jr. contra-indica 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 Bernardi, realiza do flebogrames provou que, após ligadura da veia espermática há uma dilatação na mesma, desde essa ligadura até a sua desembocadura na renal.

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

CONTRA-INDICAÇÕES DA VARICOCELECTOMIA

Contra-indicam-se as operações de varicocele nas seguintes situações:

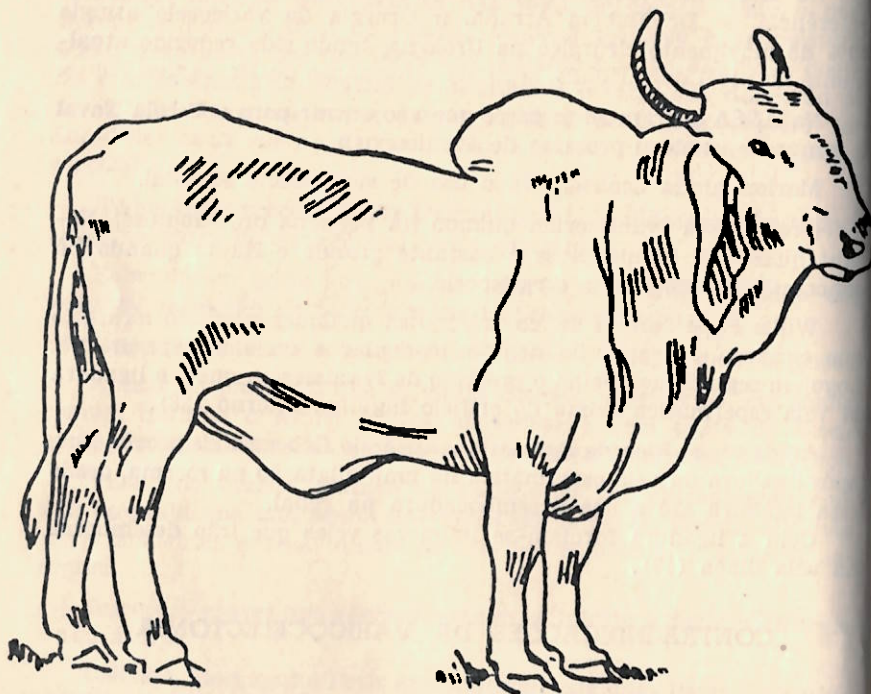
- 1) varicoceles pequenas, sem transtornos funcionais;
- 2) varizes simples do cordão sem refluxo venoso;
- 3) nos nervosos, hipocondríacos que localizam na varicocele seus males;

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;

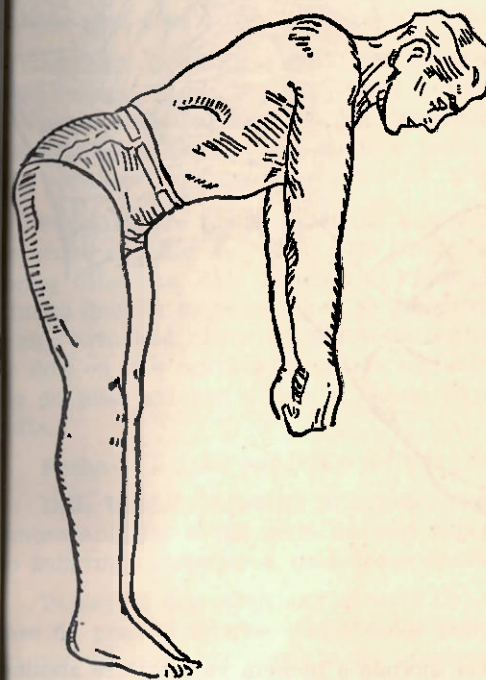
5) varicoceles grandes ou pequenas sem dor não devem ser operadas. Há varicoceles enormes que não produzem dor nem conduzem à trombose, ao passo que algumas varicoceles pequenas são dolorosas e trombosam facilmente;

6) se não há reais vantagens, em determinados casos, para que então realizar-se a operação?

7) e se poderá piorar para que operar?



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 artéria mesentérica e, em consequência, desaparecem as dilatações venosas da varicocele.



A tensão venosa desaparece quando o homem variceloso assume a posição vista do alto. Tomando-se o hemiescroto entre o polegar e os outros dedos da mão, o paciente, inclinado para a frente, nota-se a diminuição das veias varicosas, sendo, portanto, sinal de abertura da co-tensão da veia renal esquerda, passando o sangue livremente, segundo Branco Ribeiro.

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 sumariamente por todas elas, deixando-nos apenas na que é motivo de nosso trabalho e para a qual chamamos a atenção por ser inócua, mesmo que sejam operados casos em que não sejam perfeitamente caracterizados como 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 flaps. 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 pólo superior do testículo e ligadura do subgrupo posterior a dois dedos acima.

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

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

KOCHER: exérese 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 men alteradas para assegurar o retôrno circulatório. Para elevar o tes culo suturam-se entre si os cabos venosos seccionados ou os tecid fibrosos do 1/3 inferior do cordão aos tecidos do orifício externo 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 à de Ivanissevich como para sarcos 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 esta técnica consegue-se que não haja qualquer reação do testículo com aumento de volume, dor etc.

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

EURICO BRANCO RIBEIRO: tunelização do cordão inguinal sem o deferente, às custas da aponeurose do grande oblíquo. Aconselhada a ser seguida por Fiñochietto, Guzzetti, Yoel, H. Pailey, Stefano Teneff (Turim), Manollu Funica (Rumania), Giuseppe Gozzi, Alessandro Higginson (Peru).

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

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

Vamos descrevê-la pormenorizadamente uma vez que a estamos aplicando nos nossos doentes, no Hospital Central do Exército, descrição retirada do próprio autor: "Incisão comum, clássica, para hérnia inguinal interessando a pele, o tecido celular subcutâneo até a aponeurose (fig. 1).

Com uma gaze, 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 dissociação larga da fâscia, a bico de tesoura, 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 fâscia superciliar é, então, aplicada, de um lado e de outro, sobre o cordão que será ajustado no ângulo diedro da superciliar 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).

Dêste modo, o túnel se fará facilmente, contando-se com a larga faixa da superficialis para medida justa e também invariável 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 dois retalhos da fâscia (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 Processos: 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 de 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, em veias retiradas cuidadosamente das varicocelecomias, pelas ressecções venosas, encontrou que a veia espermática mostrava a artéria junto, mesmo que a intervenção tivesse sido realizada com cuidadosa dissecação. 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 ter havido maior número de recidivas, porquanto não chegaram ao conhecimento do hospital outros casos. Além do mais os operados deixam em pouco tempo o Exército.

Diz Ricardo Fifochietto que, em 50 anos de atividade cirúrgica ensaiou todos os métodos idealizados para varicocele. Depois de ter apreciado atrofia testicular e debilidade de parede imputável aos diversos métodos proibiu que no seu serviço se operassem por processos que tenham de procurar a artéria espermática ou ligar em massa ou em grupo as veias funiculares isoladas ou abrir o conduto inguinal. Eliminou também os métodos anódinos 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 do de Branco Ribeiro, e portanto poderia receber o mesmo beneplácito.

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

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

37 com hidrocele

4 com atrofia de testículo

2 com recorrência de varicocele.

Corner e Nitch mostraram 23% de hidrocele no pós-operatório (50).

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

Irazu 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%, Barney 4% (50).

Outros que procuraram a cirurgia para varicocele a fim de livrar-se de sua impotência ou coito doloroso, continuaram com os mesmos sintomas.

César 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 varicocelesos pelo método de Eurico Branco Ribeiro modificado por Onofre Lopes, com o qual temos obtido bons resultados.

Com relação aos neuropatas que têm 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 se seguem:

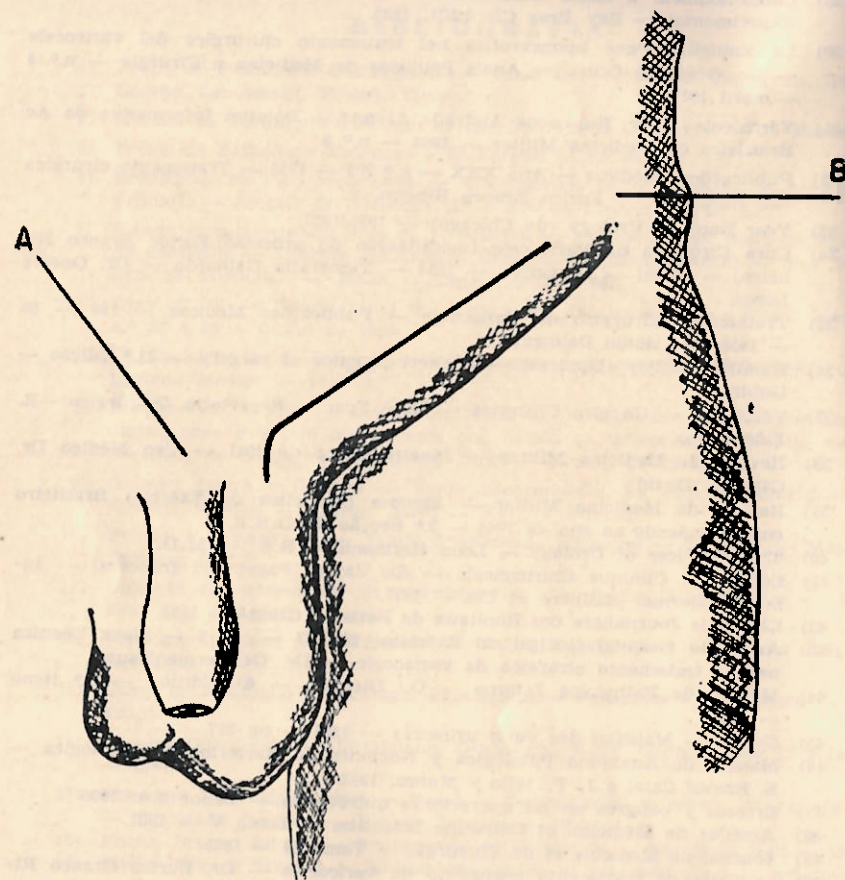
- 1) não conduz à ligadura de vasos;
- 2) não compromete a vascularização do testículo;
- 3) não estrangula o cordão;

- 4) técnica simples, apesar de mais demorada que as demais;
- 5) poder ser realizada, mesmo que haja outras condições morbiditas associadas;
- 6) poder ser realizada com facilidade tanto em brevilineos como em longilineos;
- 7) resultados satisfatórios até o momento.

BIBLIOGRAFIA

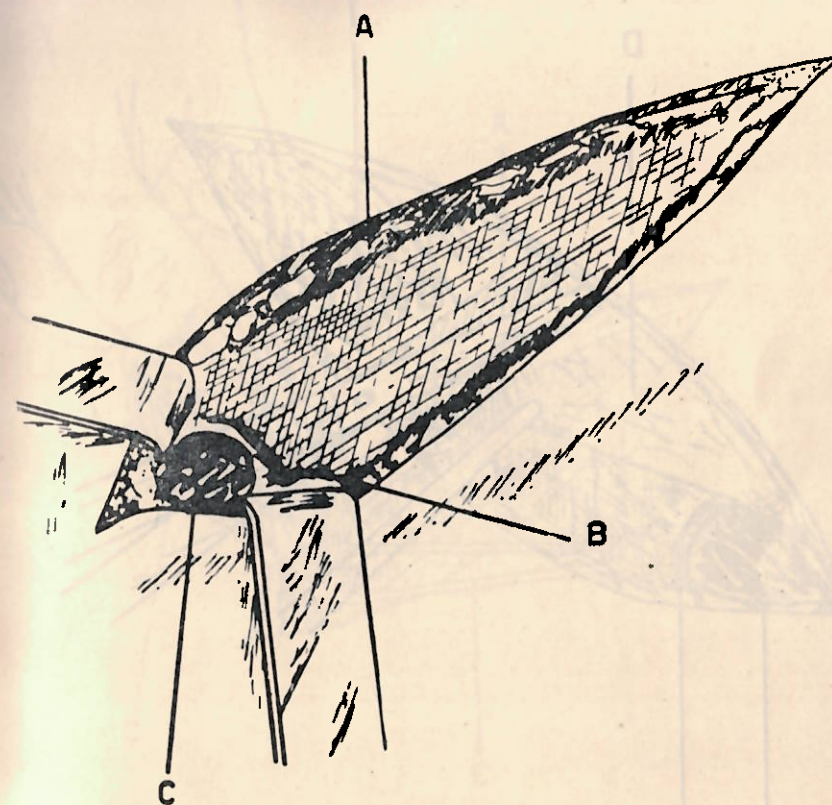
- 1) Précis de Pathologie Chirurgicale — tomo III — Bégonin, Bourgeois, Duval, Lécène, Lenormant, Proust, Tixier.
- 2) Manuel de Technique Chirurgicale des Opérations Courantes — G. Marion.
- 3) Précis de Pathologie Externe — E. Fergue — 7.ª edição.
- 4) Resultados de las operaciones de Ivanissevich en la cura de la varicocele primaria — Amesti, fy Wanstein, A. — Rev de Cirurgia 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 n.º 27 e 28 — Julho de 1952.
- 7) Ivanissevich, O. Y. Gregorini — Operacion para curar en varicocele — La Semana Médica — 16/5/18.
- 8) Ivanissevich, O. Y. — Las espermáticas de la izquierda — Estudios en 40 dissecciones e veinte operaciones por hernia y varicocele — Boletín de la Sociedad de Medicina de Buenos Aires — Lecion de 28-11-1923.
- 9) Ondena, Isidro y Castillo — Venas espermáticas. Su estudio radiológico — Semana Médica — Buenos Aires — 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 — 2.ª Edição.
- 14) Técnica Quirúrgica — Christmann, Ottolenghi, Raffie, Grolmann — 4.ª 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 Méd — 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 6:19 (april) 1956.
- 19) Tratado de Diagnóstico Cirúrgico — Duplay, Rochard, Demoulins, Stern.
- 20) Los signos físicos em Clinica Quirúrgica — Hamilton Bailey — 2.ª edição.
- 21) Manuel de Technique Chirurgicale — G. Marion 5.ª ed 2.º 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 — 5.º volume — pág. 39.
- 26) Curso de Operações Cirúrgicas — Schmieden Fischer — Ed da Livraria Globo.
- 27) Thérapeutique Chirurgicale — Lécène et Leriche — III vol — 1926.
- 28) Hidroceles e Varicoceles — Dr. Willis Pope Jordan Jr — Clinicas 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 aponevrotica nel trattamento chirurgico del varicocele — Dr. Giuseppe Gozzo — Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia — n.º 4 — abril 1954.
- 31) Varicocele — Dr. Ruben de Andrade Arruda — Boletim Informativo da Ac Brasileira de Medicina Militar — 1966 — n.º 5.
- 32) Publicações Médicas — Ano XXX — n.º 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 — 11.ª edição — Goulart,
- 37) Varicocele — Técnica Cirúrgica — José Yoel — Repertorio Quirúrgico — R. Fiñochietto.
- 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 — 3.ª Secção da 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 Baillière et Cie — 1877.
- 42) Chirurgie Journalière des Hôpitaux de Paris — Gillette — 1878.
- 43) Anais do Hospital Central do Exército: 20-6-37 — n.º 2 — Nova Técnica para o tratamento cirúrgico da varicocele — Dr. Guilherme Hautz.
- 44) Manuel de Pathologie Interne — G. Dieulafo — 6.ª Edition — 3.º tomo — 1911.
- 45) Guyon — Maladies des voies urinaires — 1881 — pg 317.
- 46) Manual de Anatomia Patológica y Nociones de Bacteriologia Patológica — S. Ramos 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 Médecine 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. 2.º.
- 52) Simpósio sobre o tratamento das hérnias abdominais — Coordenador: Prof. Eurico da Silva Bastos — Autores: Fábio Schmidt Goffi e Jorge Salles Guimarães — Revista Paulista de Medicina — Maio de 1962.
- 53) E. Littré — Dictionaire de Médecine, de Chirurgie, de Pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent — 15.ª edição — 1884 — Paris — Librairie — J. B. Baillière et Fils.
- 54) Arnold Kappert — Atlas de Angiologia — Toray — 1968.
- 55) El tratamiento del varicocele por la operacion de Ivanissevich — Prof. José Arce — "El Dia Médico" — n.º 31 — 31-5-65.

As pranchetas que seguem foram copiadas do trabalho original
do Prof. Onofre Lopes (34)



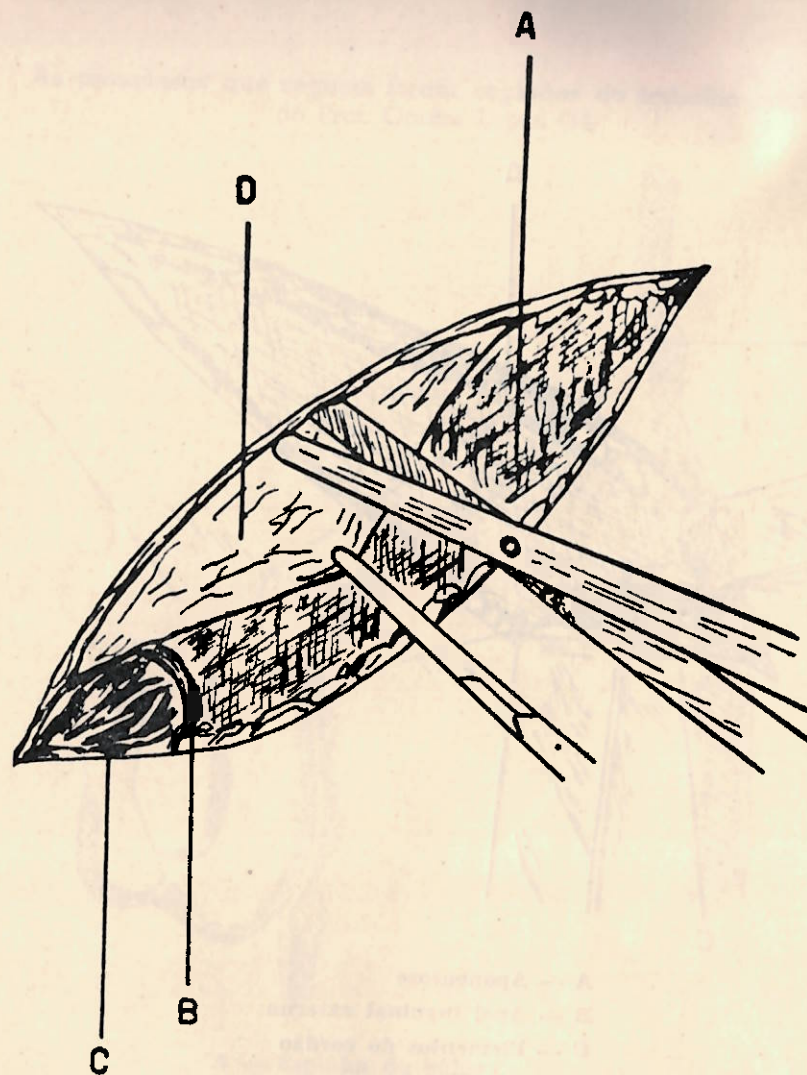
A — Espinha do púbis
B — Espinha ilíaca ântero-superior

Fig. 1



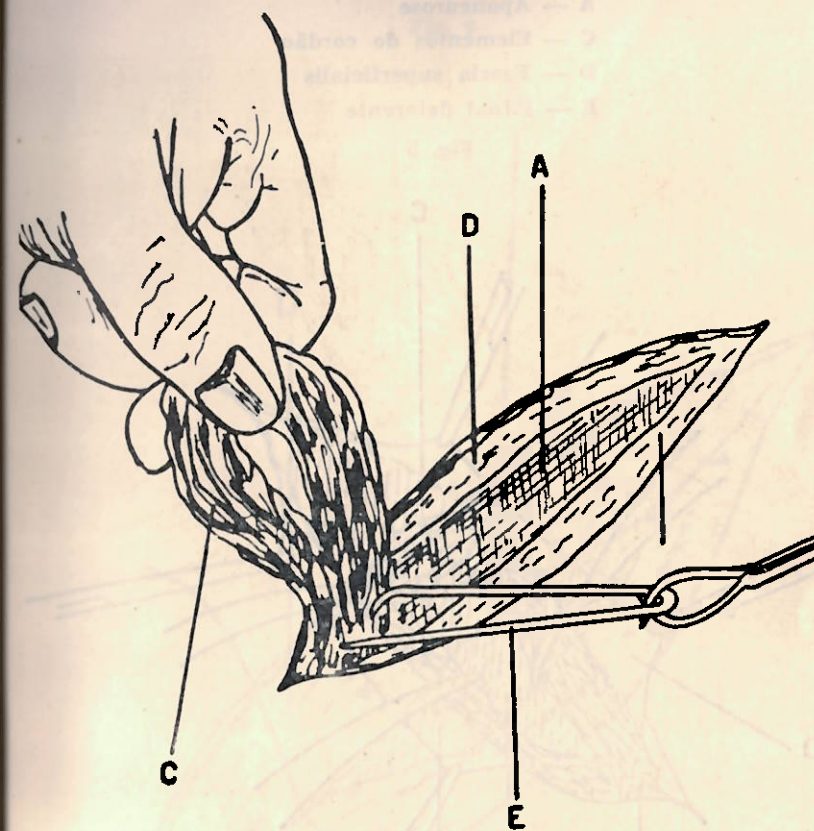
A — Aponeurose
B — Anel inguinal externo
C — Elementos do cordão

Fig. 2



- A — Aponeurose
- B — Anel inguinal externo
- C — Elementos do cordão
- D — Fascia superficialis

Fig. 3

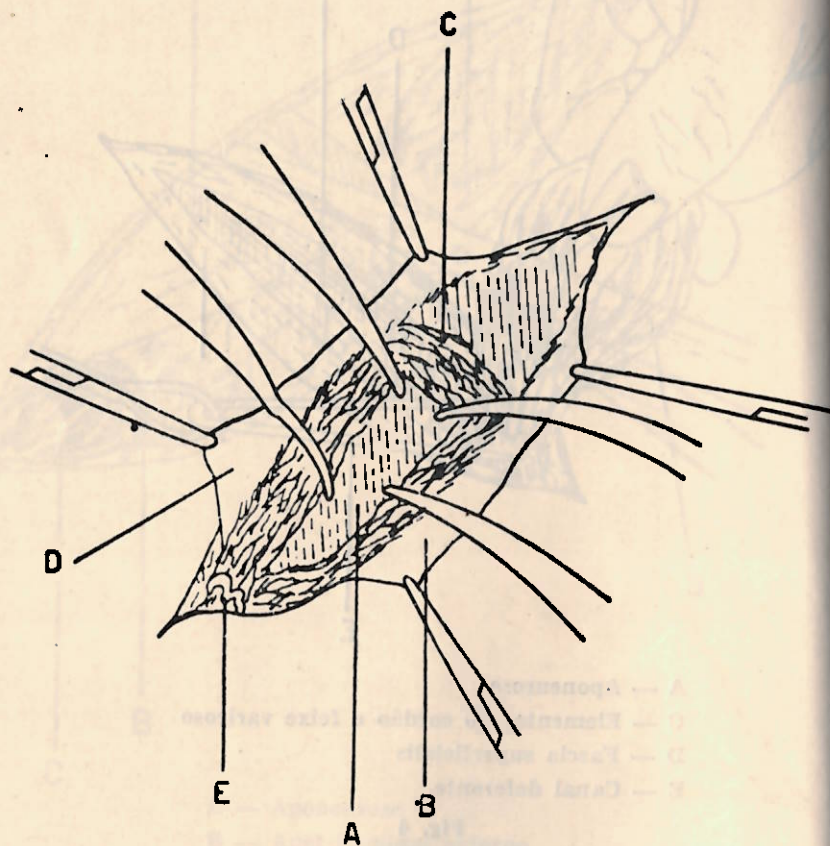


- A — Aponeurose
- C — Elementos do cordão e feixe varicoso
- D — Fascia superficialis
- E — Canal deferente

Fig. 4

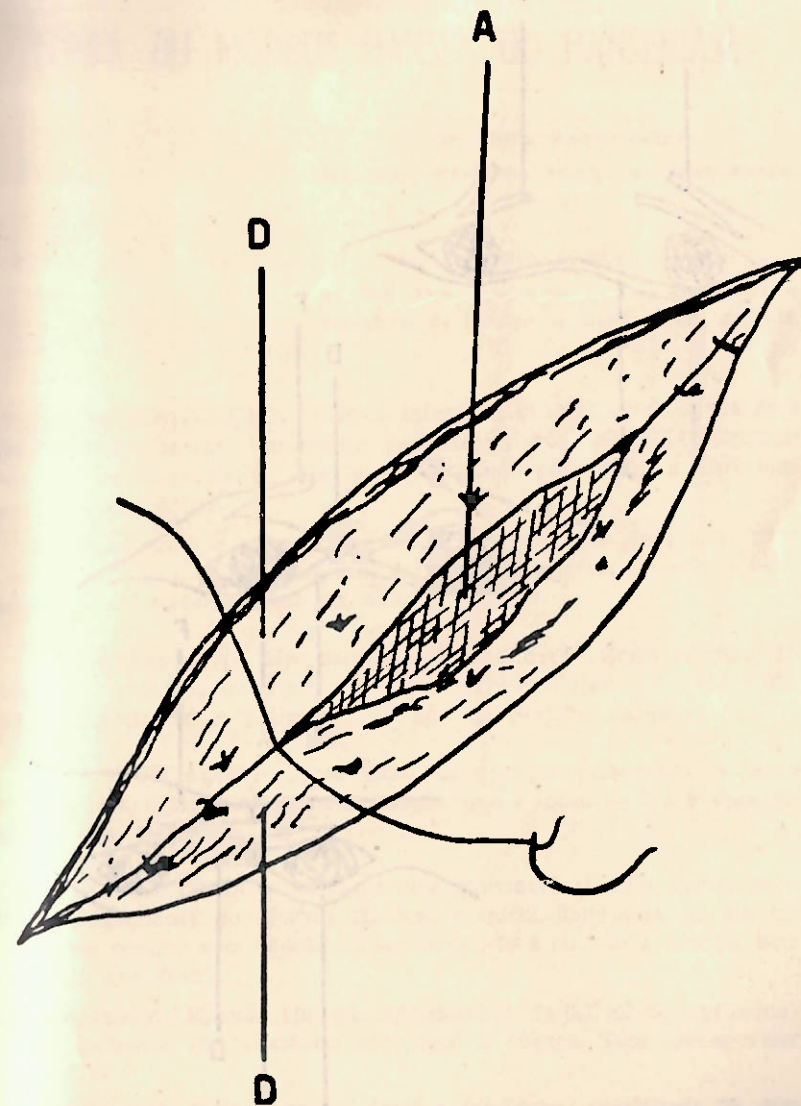
- A — Aponeurose
C — Elementos do cordão
D — Fascia superficialis
E — Canal deferente

Fig. 5



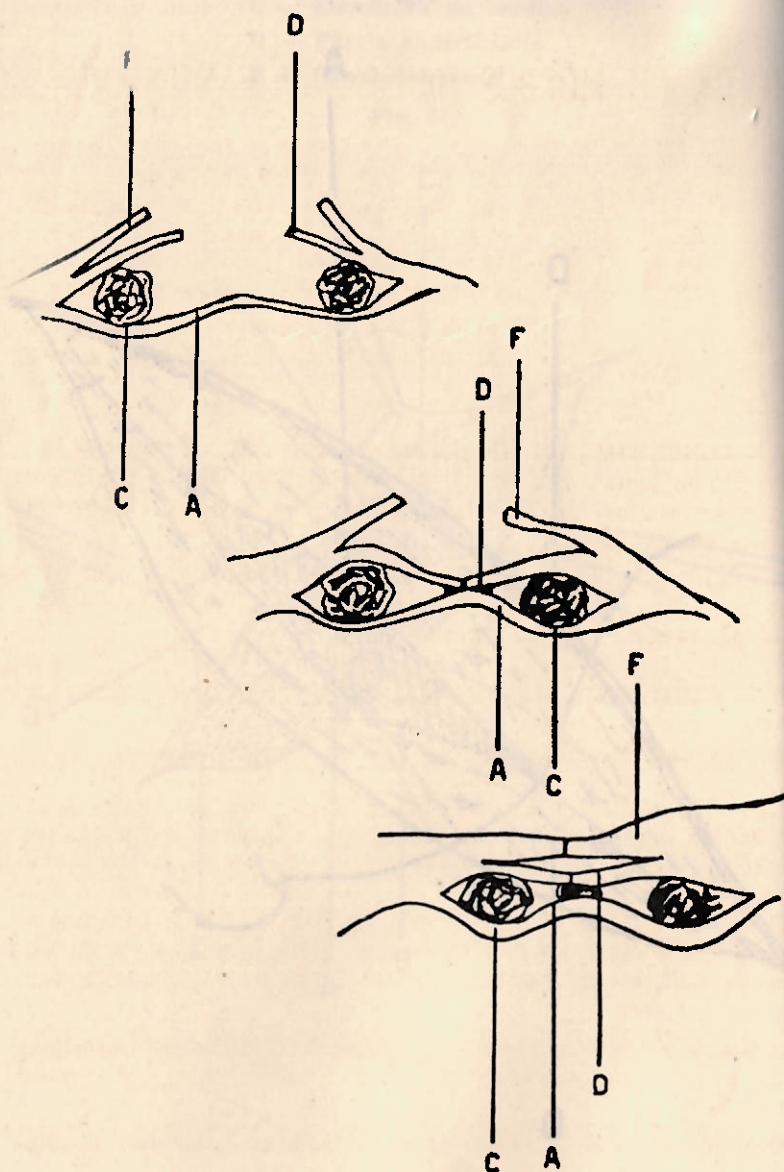
- A — Aponeurose
D — Fascia superficialis

Fig. 6



A — Aponeurose
C — Elementos do cordão
D — Fascia superficialis
E — Pele

Fig. 7



LEPRA OU MORBUS HANSEN OU HANSENIASE

Dr. JOSE RABINOWITS

Maj Méd, Chefe do Serviço de Dermatologia
do HCE

Dr. ANTONIO CARLOS AYRES

1.º Ten Méd. Aluno do C Fom da EsSEX e
Estagiário do Serviço de Dermatologia do HCE

I — CONCEITUAÇÃO: Doença infecciosa crônica determinada pelo *Mycobacterium leprae*. Em muitos pacientes a cronicidade é interrompida por surtos reacionais. Há lesões cutâneas, anestésicas e distúrbios neuríticos periféricos.

De acôrdo com o grau de resistência do paciente pode evoluir para a cura espontânea ou agravamento, acometendo progressivamente a pele, mucosa nasal, orofaringolaríngica, olhos e vísceras.

II — ETIOLOGIA: *Mycobacterium leprae*, bacilo Gram positivo, álcool-ácido-resistente, ainda não cultivado, apresentando-se nos tecidos dispostos paralelamente (paliçadas) ou em aglomerados (globias).

III — INCUBAÇÃO: Como todas as doenças infecciosas, a lepra tem, também, o seu período de incubação, que é longo — 2 a 5 anos, na maioria dos casos.

IV — RESISTÊNCIA: A resistência individual (fatores genéticos + fatores adquiridos) ao Morbus Hansen, é quem determina, se ele entrando em contato com doente contaminante, terá ou não a doença, bem como, em que forma.

A Reação de Mitsuda (injeção intradérmica de 0,1 ml de lepromina) nos dá indicação da resistência individual à doença. Tem apenas valor prognóstico.

Quanto mais forte a reação local à lepromina (verificada 28 dias após a injeção) maior a resistência ao Morbus Hansen.

V — CLASSIFICAÇÃO: O VI Congresso Internacional de Leprologia assim classificou a doença: a) 2 tipos polares: lepromatosa e tuberculóide; b) 2 grupos: indeterminada e dimorfa.

No Brasil 50 a 55% dos casos são de Lepra lepromatosa, 5% dimorfa e o restante, indeterminada e tuberculóide.

VI — HISTOPATOLOGIA:

M.H.I. (*Morbus Hansen Indeterminado*):

Infiltrado inflamatório inespecífico linfo-histiocitário perineural, perianaxial e perivascular. Pode haver ou não bacilos álcool-ácido-resistentes nas lesões.



Participação da Cirurgia Plástica do HCE no IV Congresso Brasileiro de Medicina Militar pela presença do Ten Cel Méd Dr Bergson, à direita do Prof Pitanguy que expõe seu trabalho.

M.H.L (*Morbus Hansen Lepromatoso*):

Infiltrado lepromatoso constituído de células volumosas e vacuoladas (células de Virchow). Numerosos bacilos álcool-ácido-resistentes no interior e fora das células.

M.H.T. (*Morbus Hansen Tuberculóide*):

Granuloma tuberculóide na derme superior, constituído por células epitelióides, células gigantes e linfócitos. Pode ser constituído apenas por células epitelióides dando aspecto sarcóide. As lesões são abacilares ou paucibacilares.

M.H.D. (*Morbus Hansen Dimorfa ou Borderline*):

Há associação de infiltrado lepromatoso e estrutura semelhante a tuberculóide reacional.

VII — QUADRO CLÍNICO:

1) Lepra Indeterminada (M.H.I.):

a) *Quadro Dermatológico* — máculas hipocrômicas, acrômicas eritematosas ou eritemato-hipocrômicas, de limites pouco precisos, localizadas principalmente nas nádegas, coxas, regiões deltóides, faces posteriores dos braços e jamais nas regiões palmoplantares e couro cabeludo.

b) *Manifestações Neurológicas* — os nervos periféricos são frequentemente acometidos. Instala-se a neurite lenta e insidiosamente. Espessam-se os nervos comprometidos (cubital, ciático poplíteo externo, facial, auricular e outros). Inicialmente pode haver hiperestesia com dor de intensidade variável. Posteriormente, instala-se anestesia tátil, térmica e dolorosa, não só nas lesões como no território dos nervos acometidos. Além das perturbações sensoriais evidenciam-se distúrbios motores (parésias e paralisias), distúrbios tróficos (amiotrofias), distúrbios vasomotores, acrocianose, mal perfurante, reabsorções ósseas, mão em garra, "pied tombant" etc.... Esses distúrbios podem se instalar muito lentamente ou subitamente, nos casos de neurite aguda.

2) LEPRA TUBERCULÓIDE (M.H.T.):

a) *Quadro Dermatológico* — Lesões Tórpidas (L. T. Tórpida) ou lesões agudas (L. T. Reacional).

Lepra Tuberculóide Tórpida — lesões micropapulosas acastanhadas que tendem a confluir formando as leprides micropapulosas marginadas ou figuradas.

Poucas lesões e não há bacilos, nas lesões.

Lepra Tuberculóide Reacional — é em geral polimorfa, com pápulas, tubérculos, nódulos e infiltrações de cor eritemato-violáceas. Lesões numerosas e de distribuição simétrica. Essas lesões são ricas em bacilos.

b) *Manifestações Neurológicas* — são comuns a todas as formas de lepra (vide manifestações neurológicas na lepra indeterminada).

3) LEPRA LEPROMATOSA (M.H.L.):

a) *Quadro Dermatológico* — as lesões são ricas em bacilos e podem ser: eritema e infiltrações difusas, máculas, lesões eritematopigmentares e lepromas papulosos tuberosos e nodulares.

As lesões são de instalação lenta, porém pode haver manifestações agudas (lepra lepromatosa em reação ou reação leprótica) com manifestações agudas da pele, nervos, olhos, fígado, baço e testículos.

b) *Manifestações Neurológicas* — (vide manifestações neurológicas na lepra indeterminada).

c) Além das lesões nervosas e cutâneas na lepra lepromatosa, aparecem também lesões oculares (ceratite, iridociclites), otorrinolaringológicas (infiltrações e lepromas, principalmente na mucosa nasal), renais (ambiose renal), infiltração de testículos e epidídimos, hepato-esplenomegalia e adescomegalia.

4) LEPRA DIMORFA (M.H.D.):

Encontram-se lesões do tipo tuberculóide em reação, porém com coloração acastanhada e lesões do tipo das encontradas na lepra lepromatosa como se houvesse no paciente combinações das duas formas de lepra.

As manifestações neurológicas são as mesmas encontradas nas outras formas.

VIII — MANIFESTAÇÕES COMUNS A TODAS AS FORMAS DE LEPRA

- a) Anestesia nas lesões.
- b) Alopecia total ou parcial nas lesões.
- c) Anidrose total ou parcial nas lesões.

IX — BACTERIOLOGIA

- a) *Lepra lepromatosa* — lesões ricas em bacilos álcool-ácido-resistentes.
- b) *Lepra indeterminada* — ausência ou pouco bacilos nas lesões, salvo nas formas reacionais, que são ricas em bacilos.
- c) *Lepra dimorfa* — rica em bacilos álcool-ácido-resistentes nas lesões.
- d) *Lepra tuberculóide* — ausência de bacilos nas lesões (lepra Tuberculóide Tórpida). Na lepra tuberculóide reacional as lesões são ricas em bacilos.

X — CONTÁGIO — Somente a lepra tuberculóide tórpida e a lepra indeterminada com ausência de bacilos, não são contagiosas.

XI — IMUNOLOGIA

- a) *Lepra lepromatosa* — Mitsuda negativo.
- b) *Lepra tuberculóide* — Mitsuda positivo.
- c) *Lepra indeterminada* — Mitsuda positivo ou negativo.
- d) *Lepra dimorfa* — Mitsuda geralmente negativo.

XII — EVOLUÇÃO

Os doentes lepromino-positivos geralmente têm evolução favorável mesmo sem tratamento. Nestes incluem-se a Lepra tuberculóide e M.H.I. (Morbus Hansen Indeterminado) com Mitsuda positivo.

Os lepromino-negativos (lepra lepromatosa, borderline e indeterminada como Mitsuda negativo) têm mau prognóstico e só excepcionalmente, sem tratamento, conseguem negatificação bacterioscópica e involução das lesões.

Os doentes de lepra indeterminada podem evoluir para Morbus Hansen Lepromatoso ou Morbus Hansen Tuberculóide (forma instável).

Com tratamento precoce a regressão das lesões e a negatificação bacterioscópica podem ser obtidas com mais segurança. Entretanto os lepromatosos são sujeitos à recidivas após o longo tratamento.

É MUITO IMPORTANTE NOTAR-SE NA EVOLUÇÃO O SEGUINTE

a) É imprevisível a reação em qualquer forma de lepra (formas reacionais são sempre ricas em bacilos). O próprio tratamento pode precipitar a reação;

b) É imprevisível em qualquer forma de lepra a intensidade do acometimento dos nervos periféricos (paralisias, amiotrofias, etc.).

XIII — TRATAMENTO

É instituído por longo tempo. A duração é de 1 a 2 anos na forma tuberculóide até 5 a 10 anos ou mais na forma lepromatosa. Quanto mais precoce, melhores os resultados.

Medicamentos mais usados:

- a) Sulfona mãe (DDS) — 1 comprimido por dia.
- b) TB1 — derivado da tiosemicarbazona — 1 comprimido 3 vezes ao dia.
- c) Ciba 1906 — derivado de tiouréia — 2 a 6 comprimidos por dia.
- d) Sulfas de ação lenta:
 - Sulfametoxipiridazina — 500 mgrs por dia.
 - Sulfametoxipiridina — 500 mgrs por dia.

- Sulformetoxina — 3 comprimidos 500mg (1 vez por semana).
- Talitomida — 1 a 3 comprimidos por dia. Usada na lepra lepromatosa em reação.

XIV — BIBLIOGRAFIA

- 1 — Veronese — "Doenças Infecciosas e Parasitárias".
- 2 — F. Noussitou — A. Cordero — A.M. Mom — "Compêndio de Dermatologia".
- 3 — Luiz M. Bechelli — G.V. Gurben — "Compêndio de Dermatologia".
- 4 — Vinicius de Arruda Zamith — "Noções de Dermatologia Prática".
- 5 — Andrew-Domonkos — "Tratado de Dermatologia".
- 6 — Boletim do Serviço Nacional de Lepra — Ano XXV — números 1 e 2 — março e junho 66.
- 7 — Manual de Leprologia — Publicado pelo Serviço Nacional de Lepra — 1960.

MAXIMAS E LEMBRETES DE GASTROENTEROLOGIA

DR. MAURY MACHADO DIAS (*)
Cap Méd Gastroenterologista do HCE

INTRODUÇÃO

"Muitas vezes os aforismos e reflexões são anônimos, recolhidos pela tradição que os repete e controla; são algo assim como as melodias populares de autores anônimos, que cantamos sem sabermos quem as compôs" — FEDERICO E. CHRISTMANN.

MAXIMAS E LEMBRETES

1) "Não há um elemento em gastroenterologia que seja mais responsável pela prolongação do sofrimento do paciente que o descuido de ambos — médico e enfermo — em aceitar a importância básica dos fatores emocionais no controle da enfermidade". "O gastroenterologista perde sua maior ajuda, e também o valor real de sua especialidade, se se desinteressa da terapêutica relativa à parte emocional da enfermidade do paciente" — EDDY PALMER.

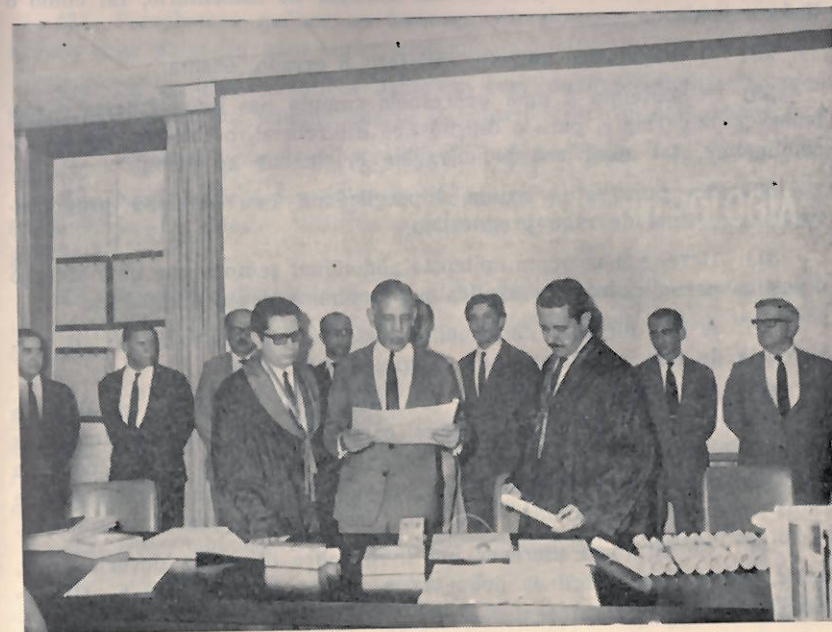
2) Os divertículos do tubo digestivo podem conter tôdas as camadas do órgão no qual se localizam ou serem formados pela mucosa que se insinua através de um ponto fraco na túnica muscular. Esta última variedade é a mais freqüente e a que mais vezes exige tratamento cirúrgico.

3) O segredo de uma terapêutica conveniente encontra-se na individualização.

4) Nas úlceras gástricas, o diagnóstico diferencial entre lesão benigna ou maligna não pode ser baseado no tipo da sintomatologia ou na evolução clínica: o tratamento médico pode diminuir as dores e trazer uma melhora do estado geral, tanto no câncer quanto na úlcera.

(*) Capitão Médico do Serviço de Saúde do Exército. Chefe da Enfermaria "C" (Clínica Médica) e Chefe do Setor de Gastroenterologia do Pavilhão de Oficiais do Hospital Central do Exército. Professor Assistente de Gastroenterologia da Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

- 5) A intensidade de uma dor abdominal nem sempre é proporcional à gravidade da doença.
- 6) Diarréia crônica que desperta o paciente à noite indica, quase sempre, lesão orgânica.
- 7) Nos pacientes com anemia ferropriva, o achado de ferro plasmático normal ou baixo não invalida o diagnóstico de hepatite.
- 8) Os sinais e sintomas de apendicite aguda fazem suspeitar de diverticulite de Meckel se se apresentam associados com perda sanguínea intestinal, em um enfermo jovem.
- 9) O linfoma abdominal, primitivo e solitário, representando manifestação inicial da doença, deve ser tratado cirurgicamente e é aqui que está a indicação máxima do tratamento cirúrgico dos linfomas e, provavelmente, a única.
- 10) A palpação do lobo de Riedel significa, muitas vezes, haver, sob o mesmo, uma vesícula biliar inflamada.
- 11) O esôfago torácico não tem envoltório seroso, o que torna a infecção muito fácil, na eventualidade de traumatismo.
- 12) "O estômago é como a caixa de alarme: denuncia o fogo que lavra noutra parte do corpo" — W.J. MAYO.
- 13) Os purgantes nunca devem ser empregados em pacientes que têm uma dor abdominal não diagnosticada.
- 14) O exame retossigmoidoscópico é praticamente sem valor para o diagnóstico de diverticulite e diverticulose. O valor do exame fica limitado à pesquisa de lesões associadas em pacientes nos quais já foi feito o diagnóstico de diverticulite pelo estudo radiológico.
- 15) Em câncer glandular do aparelho digestivo a radioterapia oferece pouca ou nenhuma eficácia.
- 16) A irradiação da dor, nas crises biliares, faz-se mais comumente para a região lombar, sendo curiosa a relativa raridade da irradiação para o ombro direito, supostamente tão comum.
- 17) As dores lombares podem ser causadas por hemorróidas.
- 18) Na irritação peritonial é da máxima importância verificar a existência de dor à descompressão; este sinal aparece mais precocemente que a defesa muscular, em certos casos tão difícil de pesquisar.
- 19) Hemorragia digestiva que ocorre em gestantes é, provavelmente, devida à Hérnia Hiatal.
- 20) A auscultação do abdome é importante quando se trata de distinguir uma obstrução de uma peritonite. A presença do borborigmo normal depõe contra a hipótese de uma peritonite generalizada, já que uma das primeiras consequências da peritonite é a diminuição ou ausência do peristaltismo intestinal.



O Gen Dr. Galeno lê, em nome dos recém-esposados no CBC, o compromisso de membros associados.

- 21) Inicialmente, na obstrução do intestino grosso, seja de natureza atônica ou mecânica, a contagem de leucócitos oferece, frequentemente, cifras relativamente baixas.
- 22) O vômito purulento pode ser confundido com a vômitica.
- 23) A inspeção das fezes pode nos dar uma idéia do nível da hemorragia digestiva. O aspecto negro, em bôrra de café ou de alcatrão, geralmente é de hemorragia acima do ligamento de Treitz; as fezes castanho-escuras vêm, na maioria das vezes, do jejuno-íleo; as fezes violáceas, cor magenta, ou francamente sanguíneas, vêm do cólon ou do reto.
- 24) No intestino delgado, os tumores mesenquimais localizam-se, com maior frequência, no jejuno e íleo, os adenocarcinomas no duodeno e os carcinóides no íleo.
- 25) O nicho é a mais importante e a mais segura, mas não a única, das alterações radiológicas que traduzem a existência de úlcera péptica.
- 26) O reto não é reservatório normal de fezes.
- 27) A verificação de uma extensa área onde não são vistas alças intestinais, durante exame radiológico com refeição opaca, sugere a possibilidade de tumor intestinal, podendo ser este o único dado objetivo

nos tumores retroperitoneais ou nas doenças do mesentério, tal como o linfossarcoma.

28) O diagnóstico correto, satisfaz; o errado, ensina.

29) A azotemia é uma ocorrência comum nas hematómeses e melenas. É importante, para o diagnóstico diferencial, o fato de não haver, comumente, tal sinal nas hemorragias originadas no cólon.

30) Na pancreatite aguda, hiperglicemia que aumenta progressivamente é sinal de mau prognóstico.

31) Deve-se pensar em epilepsia abdominal sempre que uma afecção digestiva periódica não se explica por nenhuma causa metabólica.

32) A dor ulcerosa comumente cessa com a gastrorragia. A persistência de dor, em úlcera que sangra, é mau sinal.

33) O diagnóstico precoce, o tratamento adequado imediato e os cuidados pós-operatórios precisos e disciplinados, salvam inúmeras crianças com obstrução intestinal congênita. O médico jamais deve se satisfazer com o raciocínio simplista de que uma criança morreu porque tinha poucos dias de nascida. Isto não é uma desculpa, mas uma acusação.

34) "Se eu fôsse escrever um livro sobre dispepsia deveria fazer, antes, um volume sobre as doenças do sistema nervoso". J.F. GOODHART.

35) Os vômitos devidos à perfuração de uma úlcera gástrica muito raramente são persistentes.

36) Ensina-se, correntemente, que a defesa muscular é um dos sinais mais precoces de apendicite aguda quando, na realidade, um apêndice pode estar, algumas vezes, a ponto de perfurar-se sem que haja qualquer rigidez de parede impedindo a palpação profunda do abdome.

37) A pesquisa de uma hérnia do hiato esofágico deve ser incluída nos exames de rotina para diagnóstico de hemorragia gastrintestinal, mesmo na ausência de sintomas de esofagite de refluxo ou de antecedentes dispépticos.

38) Em abdome agudo, diagnóstico precoce significa melhor prognóstico.

39) O linfoma gástrico ou intestinal isolado parece ser de melhor prognóstico que os linfomas em geral, de qualquer localização, pois a doença fica, geralmente, circunscrita à sede inicial, apesar da longa duração dos sintomas em relação ao início do tratamento. Tais fatos clínicos fazem a história natural dos linfomas primitivos do tubo gastrintestinal diferente da dos linfomas em geral.

40) É mais freqüente a cólica nefrética simular a hepática do que o inverso.

41) A emoção que mais tende a causar diarreia é a ansiedade. O medo, associado com sentimentos hostis, e a cólera são, por outro lado, mais propensos a causar constipação.

42) Percebemos melhor os tumores situados no epigástrico se fizermos uma palpação bem superficial.

43) Os esquistossomóticos sangram com mais freqüência e, possivelmente, em maior volume que os doentes de Cirrose de Laennec.

44) Nenhum teste de laboratório pode pensar pelo médico.

45) Na fissuração congênita da língua as fissuras são principalmente transversais; na glossite sifilítica as fissuras são predominantemente longitudinais.

46) A grande dimensão de um nicho gástrico não constitui um critério de malignidade. Por outro lado, um nicho de aspecto banal pode ser canceroso.

47) Na obstrução extra-hepática, a rapidez do desenvolvimento da icterícia depende muito das capacidades de absorção e concentração da vesícula, pois, se ligarmos o colédoco, deixando intata a vesícula, a icterícia só aparece após 36 horas; se concomitantemente ligarmos o cístico, a icterícia surge dentro de 6 horas, aproximadamente.

48) Nos diabéticos não controlados é freqüente a diarreia noturna.

49) Dor abdominal que se acompanha de defesa deve sempre produzir uma intensa preocupação no médico, ante a possível necessidade de uma intervenção cirúrgica de urgência.

50) A cólica hepática pode mimetizar o quadro clínico de enfarte do miocárdio.

51) Freqüentemente, nos tumores malignos, quanto mais fácil o diagnóstico, pior o prognóstico.

52) Toda vesícula vista espontaneamente aos Raios-X é doente, é vesícula cirúrgica.

53) A anacloridria completa, manifestada pela ausência de ácido na secreção gástrica, mesmo depois do estímulo pela histamina, existe, aproximadamente, em 10 por cento das pessoas normais, em 60 por cento dos pacientes com câncer do estômago, em 85 por cento dos casos de sífilis gástrica, em quase todos os casos de polipose adenomatosa do estômago e em todos os enfermos de anemia perniciosa.

54) São freqüentes os casos em que a úlcera péptica evolui, até a cura, sem dar sintoma algum.

55) No câncer do pâncreas, o paciente pode se queixar de dores abdominais mais freqüentemente à noite que de dia, o que se atribui à pressão exercida pelo peso do tumor sobre as estruturas nervosas do plexo aórtico, pelo decúbito dorsal.

56) Os doentes acometidos de úlcera péptica benigna raramente acusam dor antes do desjejum.

57) Uma história de várias laparotomias, que não trazem alívio ao paciente, levanta, ao invés de enfermidade visceral orgânica, a suspeita

de distúrbio funcional, hipersensibilidade à dor ou neuralgia parietal abdominal.

58) A icterícia hepato-celular é particularmente rara na história natural dos linfomas, enquanto que a icterícia obstrutiva, por compressão extrínseca da árvore biliar, é a regra. Esta icterícia obstrutiva responde bem, geralmente, ao tratamento radiológico bem conduzido, associado ou não ao tratamento químico.

59) Deve-se pensar na insuficiência dos músculos elevadores do ânus sempre que houver uma história de constipação a partir de um parto.

60) Na apendicite retrocecal a defesa muscular pode inexistir.

61) Diarréia crônica, para a qual não se encontra explicação, com sangue oculto nas fezes e anemia, é indicação para se fazer uma laparotomia exploradora.

62) Na oclusão intestinal a parede do abdome está, geralmente, flácida.

63) "O médico que interroga bem a um enfermo do Aparelho Digestivo é um médico que conhece as enfermidades deste aparelho, pois não sendo assim, não é possível fazer um bom interrogatório". JIMENEZ DIAS.

64) A dor abdominal mais intensa, por si só capaz de matar o paciente, é a da pancreatite aguda. A grande intensidade da dor se deve à ação digestiva dos fermentos pancreáticos, que atuam diretamente sobre o plexo celiaco.

65) O herpes zoster abdominal, antes da erupção vesicular, pode simular uma afecção aguda do aparelho digestivo.

66) No intestino grosso podemos distinguir duas variedades de divertículos: os de colo estreito e os de colo largo. Os primeiros são mais freqüentes na sigmóide e provocam diverticulite com infecção pericólica, abscesso ou mesmo perfuração, enquanto que os divertículos de colo largo ocorrem disseminadamente em todo o intestino grosso e são mais aptos a determinar hemorragia.

67) A melena pode ser o primeiro sinal de úlcera gástrica.

68) O câncer primário do bulbo duodenal é uma raridade médica.

69) Formações osteofíticas volumosas na coluna cervical podem ser causa de disfagia.

70) É a pequena curvatura do estômago, em geral nas proximidades da incisura angular, a sede mais comum da úlcera péptica gástrica.

71) No câncer primário ou metastático, no abscesso, isto é, nas "lesões que ocupam espaço" no fígado, pode haver elevação discreta ou acentuada da fosfatase sangüínea, o que é útil no diagnóstico de hepatopatias em pacientes anictéricos.

72) Hipocalcemia acentuada é, na pancreatite aguda, índice de mau prognóstico.

73) Uma defesa abdominal tem tanto mais valor quanto mais localizada é e quanto mais corresponde a uma zona mais claramente dolorosa; mais ainda se sua localização coincide com a que o quadro clínico faria esperar.

74) O câncer do intestino grosso tem localização e distribuição idêntica à dos pólipos.

75) Na obstrução intestinal o prognóstico está na dependência direta do tempo decorrido entre o início dos sintomas e a instituição do tratamento adequado.

76) Por mais valor que tenham os exames laboratoriais, os seus dados devem ser correlacionados, criteriosamente, com a história clínica e o exame físico do paciente.

77) Tromboflebitis periféricas ou migratórias ocorrem com certa freqüência em casos de câncer do pâncreas.

78) As complicações do divertículo de Meckel se dão nos primeiros 6 ou 8 anos de vida, sendo muito poucas as que se manifestam depois dos 40 anos.

79) As úlceras pilóricas respondem pobremente ao tratamento médico, qualquer que ele seja. Além do mais, a tendência à recorrência é muito grande, cada recorrência trazendo um problema adicional — a obstrução pilórica. Daí ser a melhor atitude indicar a cirurgia, tão logo o diagnóstico seja feito.

80) Pacientes com colite ulcerativa aguda, que não dão mostras de melhora após 10 dias a duas semanas de terapêutica esteróide, são seriíssimos candidatos à cirurgia.

81) "Há boas razões para se acreditar que um jantar ingerido entre discussões e brigas, possa encher a casa de dispépticos, à noite." H. L. BOCKUS

82) A acidez gástrica normal não exclui, de forma alguma, a possibilidade de carcinoma gástrico.

83) Na história clínica dos tumores gástricos benignos costuma faltar a periodicidade da úlcera e a progressividade do câncer.

84) Os olhos, os ouvidos e as mãos de um médico experiente são, freqüentemente, mais importantes no diagnóstico do abdome agudo que muitos exames de laboratório.

85) Pelo fato dos sintomas psicossomáticos participarem, em larga escala, da maioria dos quadros gastroenterológicos, o especialista deve estar preparado para analisá-los e classificá-los, a fim de decidir se um estudo especial, por psiquiatra, beneficiará ou não o paciente.

86) Litíase biliar é enfermidade cirúrgica, salvo a existência de contra-indicações.

- 87) A sensação de "gosto ruim" ou "metálico" na boca pode ser devido à existência de incrustações dentárias de metais diferentes.
- 88) O aparecimento de diabetes em pacientes de pancreatite crônica indica extensão e gravidade do processo.
- 89) A história clínica da úlcera péptica se inicia, às vezes, por uma profusa hemorragia ou por uma perfuração.
- 90) A frequência da anacloridria, na população geral, aumenta à medida que a idade aumenta, fazendo suspeitar de que a falta de ácido seja um fenômeno involutivo.
- 91) Devemos considerar como câncer — e a microscopia comprova quase sempre — todo pólipó com extremidade livre endurecida e/o ulcerada.
- 92) Os divertículos duodenais, na quase totalidade dos casos, fazem saliência para a concavidade do arco duodenal, sendo poucos os que se projetam para a complexidade do mesmo.
- 93) A náusea matinal é comum nos alcoólatras crônicos.
- 94) A úlcera gástrica tende a sangrar continuamente mais que a duodenal.
- 95) A morfina aumenta a pressão nos condutos biliares. Assim sendo, quando seu emprego se tornar necessário na cólica hepática, associar um antiespasmódico.
- 96) Os psiconeuróticos costumam atrair a atenção do médico mais sobre a sua pessoa do que sobre os padecimentos de que sofrem. A história clínica de tais pacientes é, comumente, um longo relato de sofrimentos e vicissitudes.
- 97) Crianças de 3 a 4 semanas de idade, que vinham tolerando bem o alimento, e que começam a vomitar sem interrupção, têm, provavelmente, uma estenose do piloro. O vômito é gástrico, sem bile.
- 98) É melhor o prognóstico e menos freqüentes as complicações entre os indivíduos com doenças da árvore biliar, que desenvolvem pancreatite, comparativamente aos que o fazem depois do uso prolongado e imoderado de álcool.
- 99) Na hepatite por vírus, é a prova da cefalina-colesterol a mais precocemente positiva, enquanto que a turvação do timol é a que persiste mais tempo positiva.
- 100) A úlcera péptica se apresenta, freqüentemente, com caráter familiar, assumindo o mesmo tipo evolutivo em diversos membros da família.
- 101) "O vômito das gastropatias distingue-se, sobretudo, pela sua grande dependência das refeições". OTTO PORGES.
- 102) Uma biopsia com resultado negativo não é suficiente para eliminar o câncer.

103) Pense duas vezes antes de fazer o diagnóstico de "apendicite crônica".

104) Não se deve dar bário por via bucal até que uma radiografia simples do abdome tenha sido tomada e examinada, nos casos em que se suspeitar de obstrução, já que se a mesma se encontrar no cólon, o bário, tornando-se mais espesso nesta parte do tubo digestivo, aumenta o grau de obstrução. Quando houver dúvida quanto à altura da obstrução, aconselhamos, desde que o paciente não esteja em choque, que seja realizado, inicialmente, um clister opaco.

105) No enfarte mesentérico a temperatura retal é, muitas vezes, mais baixa que a bucal, esta inversão podendo, ao lado de outros achados semióticos, ser de grande valor diagnóstico.

106) Na agranulocitose, lesões necróticas da boca e da garganta são manifestações clínicas comuns.

107) Os orifícios herniários devem ser examinados em todos os casos de obstrução intestinal.

108) Ao contrário do que acontece com a insuficiência coronariana, a dor precordial da hérnia diafragmática é aliviada pela movimentação.

109) O alargamento do arco duodenal, considerado constantemente como sinal radiológico característico de câncer do pâncreas, é um sinal tardio e, por isso mesmo, de diminuto valor diagnóstico.

110) Na doença de Addison, a pigmentação oral é um importante sinal diagnóstico.

111) A azia não depende, necessariamente, da acidez da secreção gástrica, pois na ausência de ácido clorídrico livre no estômago este sintoma pode apresentar-se. A azia parece provir da distensão da parede esofágica, imediatamente acima do cárdia.

112) As reações emocionais de ansiedade, ressentimento ou hostilidade aumentam a atividade motora do estômago; o medo e a tristeza a deprimem.

113) Considerada por muitos como lesão francamente pré-neoplásica e infravalorizada por outros, o certo é que freqüentemente observam-se cânceres da cavidade bucal rodeados por extensas zonas de leucoplasia, fato que bem poderia abonar a crença de que ditos cânceres nasceram da leucoplasia preexistente. Se é verdade que a leucoplasia é bem mais freqüente que o câncer da boca, é, no entanto, muito prudente vigiar, atentamente, todo paciente portador de tal lesão.

114) Dos sintomas digestivos do hipotireoidismo, a constipação é o mais comum.

115) Os esquistossomóticos resistem melhor aos episódios hemorrágicos que os pacientes de Cirrose de Laennec.

116) Não é possível diferenciar, pelo interrogatório prévio, a úlcera gástrica da duodenal.

117) A presença de dor, no câncer do esôfago, significa, quase sempre, extensão do tumor além dos limites do órgão, principalmente se o sintoma surgir independentemente da deglutição.

118) A fenilhidantoina, usada no tratamento da epilepsia, não raramente dá origem a uma gengivite hiperplástica.

119) As icterícias obstrutivas, por cálculo ou por compressão, não se acompanham, comumente, de esplenomegalia.

120) Dores abdominais, simulando os mais diversos quadros da patologia digestiva, podem ser causadas pela espondilartrose.

121) O exame retossigmoidoscópico evidencia cerca de 75 por cento dos cânceres do cólon.

122) É rara a litíase no divertículo de Meckel; a título de curiosidade, os cálculos que aí se formam são ricos em zinco e só apresentam vestígios de outros metais.

123) Exames radiológicos e esofagoscópicos devem ser realizados em todo paciente com mais de 40 anos que se queixa, pela primeira vez na vida, de disfagia.

124) As gorduras são contra-indicadas nas fases dolorosas de biliopatias de qualquer natureza.

125) Na apendicite aguda, a dor abdominal precede quase sempre aos vômitos, sendo raro que os vômitos coincidam com o início da dor e mais ainda que a precedam.

126) As úlceras localizadas na parede anterior do estômago ou do duodeno perfuram-se mais freqüentemente que as de outras localizações, em virtude de haver pouca possibilidade de a lesão ficar aderente aos órgãos vizinhos.

127) O eructador crônico engole ar propositadamente, porque é nervoso e aflito.

128) "O diagnóstico instantâneo poderá ser uma coisa magnífica, mas não sensata; impressiona, mas é arriscado" — Z. COPE.

129) Após doses altas de morfina, a amilase sérica pode apresentar valores anormais (até acima de 1.000 unidades Somogyi).

130) A hérnia inguinal da criança deve ser precocemente operada, já que a maior incidência de encarceramento, em cifras que oscilam em torno de vinte por cento, ocorre nos primeiros meses de vida.

131) A língua fica mais saburrosa com a alimentação líquida do que com a sólida, porque o ato da mastigação a limpa.

132) A sintomatologia do "Doente Funcional" é freqüentemente bastante clara para permitir um diagnóstico imediato, mas a sintomatologia do "orgânico" é muitas vezes semelhante ao daquele. Assim sendo, o diagnóstico de doença funcional só é válido quando uma exploração cuidadosa eliminar qualquer problema orgânico.

133) O fígado defende a função reguladora da glicemia até o último limite. Daí encontrarmos, mesmo nas insuficiências hepáticas graves, glicemia normal.

134) A patologia do esôfago quase que se pode resumir em distúrbios do trânsito.

135) A colecistectomia, nas discinesias biliares, é contra-indicada.

136) Entre os tumores benignos do esôfago, os pólipos são os mais freqüentes.

137) Causa comum de flatulência é a ingestão de qualquer alimento em demasia.

138) Na criança, dor na fossa ilíaca direita, nas afecções do aparelho respiratório, pode ser devida à adenite mesentérica.

139) O tratamento médico da úlcera péptica pós-gastrectomia é de resultados incertos. Ela resiste muito mais que a úlcera primitiva, gástrica ou abdominal.

140) Provocando a dieta isenta de glúten uma acentuada regressão das lesões histológicas da mucosa jejunal na doença celíaca, o teste terapêutico com a prescrição desta dieta representa valioso elemento na rotina diagnóstica. É um teste clínico que, ao melhorar ou eliminar os sintomas digestivos, fornece, muitas vezes, o diagnóstico correto ou, pelo menos, indica o caminho a seguir para a sua completa elucidação. Aconselhamos a prescrição de dieta isenta de glúten em todos os casos de diarreia sem causa reconhecida pelos métodos usuais de diagnóstico. Este procedimento, ao alcance de todos, poderá mostrar-se de real valor no diagnóstico de doença celíaca.

141) O tubo gastrointestinal é, praticamente, imune aos efeitos causados pela sepsis oral.

142) Nos enfermos com icterícia que surgiu de modo agudo e com febre, a palpação de um baço aumentado nos afasta da litíase e nos orienta para a hepatite aguda.

143) No câncer do esôfago podem surgir dores dorsais, por invasão ganglionar celíaca.

144) Sensação de gosto amargo constante é, quase sempre, manifestação de neurose.

- 145) No enfarte do miocárdio diafragmático, os sintomas são, muitas vezes, digestivos.
- 146) Muita diarreia é causada pela ingestão excessiva de água.
- 147) Nos doentes de colecistite aguda a vesícula é, invariavelmente, dolorosa, a menos que gangrene.
- 148) Ferida abdominal penetrante é sinônimo de cirurgia.
- 149) Linfoma circunscrito ao apêndice é muito raro.
- 150) "A base de um conselho firme é um diagnóstico exato". Z. COPE

PSICOPATOLOGIA DA ATIVIDADE DELIRANTE

DR. PAULO RICARDO CANTALICE KIPKE
2.º Ten Méd R/2, estagiário do Serviço de
Psiquiatria do HCE

A vida psíquica é uma integridade.

Assim, quando num corte transversal destacamos a atividade psíquica, num momento dado, nos seus diversos departamentos (memória, afetividade, etc.), apenas o fazemos de modo artificial. Assim pensando temos que entender a semiologia da alienação do ser (o eu psicótico ou delirante) como fotografia da dissociação de outros processamentos psíquicos.

A radical modificação das relações do indivíduo com a realidade se designa como Delírio, que passa a ser a concepção do mundo, segundo uma codificação própria, e, assim, sendo o Eixo de sua existência.

O Eu está vinculado ao seu mundo, e esta ligação existencial é constitutiva da realidade do ser-no-mundo. Ao se inverter as relações da realidade do Eu com seu mundo estamos diante da alienação do Eu, ou do Delírio; é preciso diferenciar delírio vivido sobre o registro da atividade percebida do delírio da vivência delirante, ou idéia delirante.

O Eu psicótico encontra apoio em suas convicções e juízos pogmáticos, formulações ideoverbais, crenças irredutíveis que passam a ditar uma espécie de verdade e ideal que não estão acordes com a realidade, nem se adaptam de modo coexistente com os outros seres no mundo.

As idéias delirantes germinam, podem se estruturar em um sistema, em concepções fantásticas, ou se tornarem um labirinto impenetrável.

O tema do Delírio, ou seja as idéias delirantes revelam as alterações da existência (Dasein), relações do Eu com o mundo, de duas formas: o Eu procura se expandir contra a realidade (expansão delirante do Eu) ou retração do Eu. A expansão delirante do Eu é típica das idéias de grandeza, em que o Eu se torna plástico diante dos seus próprios desejos (dar exemplo).

A retração ou diástole do Eu pode ser observada na idéias de negação do mundo, de cataclismo cósmico, de indignação moral e culpabilidade, hipocondriacas, de influência, de posse.

Entre esta espécie de sístole e diástole do Eu é que vamos encontrar uma temática delirante muito freqüente: o delírio de perseguição em que o Eu também se expande e se retrai, sempre com a tendência a englobar a totalidade da existência.

São diversos os mecanismos de edificação do Delírio (intuições delirantes, interpretações delirantes, percepções delirantes), que devem ser diferenciadas das "experiências delirantes", que se baselam em distúrbios da sensopercepção (alucinação).

Baseados nas intuições e interpretações delirantes se edifica aquilo que Jaspers chama Desenvolvimento delirante da personalidade. trata-se de delírios que polarizam o Eu em temas diversos (ciúme, reivindicação, perseguição) que se sistematizam, permanecendo a vida psíquica com toda a sua clareza (Paronia). Outro tipo de delírio se encontra na Parafrenia ou Delírio de Imaginação de Dupré em que o delírio é crônico e rico em fabulações, falsas lembranças, substituindo-se as relações do Eu-mundo por concepções fantásticas (delírios fantásticos).

O mais importante delírio é o esquizofrênico, em que o Eu se absorve em sua existência autística, em que a codificação do mundo é caótica e impenetrável, daí ser chamado delírio autístico. É a mais profunda maneira de ser delirante, pois vai acarretar a verdadeira dissociação da personalidade com tendência a desagregar toda a vida psíquica. A realidade se nubla, e ao indivíduo perde unidade e coesão. O mundo esquizofrênico se torna hermético, caindo o paciente nos caos imaginário ao qual Henry Ey com propriedade chama: "suicídio do ser diante do mundo impotente". Esta desagregação se retrata então através de uma comunicação enigmática feita pelos neologismos, solilóquios, esquizofasias, etc.

Honório Delgado usa o termo pensamento delusional, para entender o que chamamos de delírio.

É logo conveniente diferenciar delírio de delírium, que implica num estado patológico da consciência, do alemão Uahn (perturbação).

O pensamento delirante implica numa perturbação no ato de apreender as associações de idéias de modo que passa a não haver fundamentos reais nos conteúdos gnósticos. É interessante diferenciar do erro, perturbação removível capaz de ceder à refutação lógica.

Segundo Jaspers: I) Delírios; II) Idéias delirantes.

Delírios — são perturbações primárias do pensamento, de tal modo que não se podem deduzir de outras experiências racionais. São

juízos sem fundamento, mas vividos pelo paciente, como verdades incontestáveis e irremovíveis à lógica fria de uma análise. Baseados na falsidade primária de suas idéias os enfermos discorrem outros juízos infundados.

Interessante diferenciar da superstição do homem normal, que são juízos falsos gerados geneticamente pela mentalidade coletiva vigente, dependendo da atmosfera cultural.

O delírio pode aparecer de modo súbito e inopinado, ou com uma fase preparatória de uma crescente tensão, angústia que se acalma ou justifica com a aparição da crença ou convicção delirante (disposição de ânimo delusional). Os enfermos têm a impressão de que se operou uma modificação no mundo ambiente que lhes parece estranho, enigmático, e de que algo iminente lhe ocorrerá.

Honório Delgado entende: delírio perceptivo, imaginativo, e de convicção pura (baseado na experiência vivida).

Idéias delirantes — derivam e se desenvolvem de outros estados mórbidos ou surgem da personalidade predisposta, como reação a acontecimentos e situações. Nasceram de pseudopercepções, perturbações da consciência, de estado de ânimo mórbido (idéias de grandeza, pequenez, auto-acusação dos melancólicos, eróticos, influência, perseguição, dano, transformação pessoal, negação, niilistas (Síndrome Cottard) místicais, posse, transformação cósmica, invenção, reforma, reivindicação). Poderão ser desagregadas, sistematizadas (fantásticas), de imaginação, de interpretação.

Importante, como diz Noyes, diferenciar das idéias prevalentes em que uma idéia é carregada de grande tônus afetivo, de tal modo que o indivíduo passa a viver em função do conteúdo da dita idéia. Toda a personalidade é absorvida pela idéia e posta a sua disposição, sendo um fator determinante na conduta do paciente. Estas idéias servem para satisfazer alguma necessidade interna da personalidade, por exemplo sentimentos de segurança, de defesa ou de auto-estima.

Para os analistas (etiologia do delírio), a fonte das idéias poderia ser encontrada nos impulsos coercitivos obstaculizados nas experiências frustradas, segundo as necessidades afetivas, instintivas e conativas, Ex.: o delírio de grandeza poderia surgir de sentimentos de insuficiência, de insegurança; delírio de auto-acusação exprimiria tendências conscientes proibidas, que gerando sentimento de culpa, o qual é convertido em idéias de remorso, com conseqüente necessidade de expiar culpa; idéias persecutórias em que há o mecanismo de projeção de motivos hostis e agressivos contra o ambiente refletindo a não adaptação do indivíduo ao meio, sua insegurança em si próprio, ou homossexualismo reprimido.

Estudemos as Psicoses Delirantes agudas e crônicas, para melhor entendermos as atividades delirantes.

Nas Psicoses Delirantes agudas, há uma eclosão súbita de um delírio transitório, polimorfo em sua temática. São as experiências delirantes, porque se estratificam na consciência modificada onde se impõem as intuições, ilusões, alucinações. São os Bouffées delirantes (súbitos) reações paramóides Kleist e Mayer-Gross, curáveis, freqüentes nos jovens. O importante é que há uma desestruturação da consciência, uma espécie de estado hipnoidal. Diferencia-se do delírio esquizofrênico agudo pelo prognóstico, evolução e aparição. Não é primário como na esquizofrenia (Gruhle), em que o delírio aparece sem ilação, espontâneo, sem motivação, ao contrário do Bouffée em que há um estado oníróide que propicia uma falsificação imaginária das experiências. Nas Psicoses Confusionais havendo obnubilação da consciência e desorientação cronoespacial, surge a atividade delirante; assim também brota na Psicose de Korsakow em que há perturbação da memória.

Delírios crônicos — são perturbações encontradas nas Psicoses crônicas caracterizadas por idéias delirantes permanentes que constituem o essencial do quadro clínico. O delirante não é só passivo e acidental como uma espécie de sonho ou alteração do humor (intoxicação) mas esta atividade presa nas relações permanentes que unem o mundo à pessoa (o delírio está incorporado à personalidade do ser delirante — são aqui os seres alienados, pois pensam, se conduzem, em função de suas concepções, que são delirantes.

CLASSIFICAÇÃO	1) Sistematizados	a) Paranóia
		b) Parafrenia
	2) Não sistematizado	— Esquizofrenia
	3) Reação sensiteico	-- Paranóides

1. *Delírios Crônicos Sistematizados* — a) *Paranóia* — ditos assim porque estão presos à personalidade do ser delirante e evolui com ordem, coerência clareza: Se constroem com certa lógica, a partir de elementos falsos, erros ou ilusões, ficando subordinada toda a atividade psíquica aos fins da atividade delirante: sintomas do delírio (interpretação, ilusões, percepções delirantes evoluindo na concepção dogmática através do pensamento reflexivo do mundo delirante). São relativamente coerentes em sua forma sistematizada; se apresentam ao observador como relativamente plausíveis, daí o seu poder de convicção e contaminação.

São os Passionais e Reivindicadores (Clarambault).
Interessantes o Celotípico e erotomaniaco (passionais).

Delírio Celotípico — existe uma situação triangular em que o substrato delirante se estratifica em pseudoconstatações, falsas lembranças. É freqüente nos alcoólatras crônicos.

Para os analistas (Alexander, Sullivan), estaríamos presentes diante de mecanismos projetivos do homossexualismo reprimido, ou sentimentos de impotência diante do sexo oposto.

Delírio erotomaniaco — chamado pelos alemães *hiebenahur* em que o indivíduo julga-se-ia amado por alguém, em nada comprometido no elo amoroso objetivo. É freqüente fenômeno de êxtase (indivíduo se julga profundamente amado) e fetichismo.

b) *Parafrenias* — Há uma riqueza fantástica da produtividade delirante em contraste com a boa adaptação à realidade. O mundo fantástico se justapõe ao mundo real, sem evolução deficitária. A fábula delirante se assenta no pensamento paralógico, que encontra apoio nas miríades da atividade alucinatória. Como quer Regis e colaboradores a evolução é longa.

2) Não Sistematizado

Delírio Esquizofrênico — Revivendo Bunke as idéias delirantes são juízos errôneos, irredutíveis, incorrigíveis de patopastia mórbida.



Dr. Marques, do HCE, ao ser recebido como membro associado do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

O delírio dita a orientação existencial do "eu" psicótico. O sistema delirante é uma criação pessoal adaptada às modificações provenientes do perimundo do paciente (Wyrsh) não podendo por isto se coadunar ou ser refutado por argumentações lógicas (Karl Jaspers).

O delírio esquizofrênico indica a fissuração do "eu". No início o psiquiatra poderá antever já um sistema delirante em contato com o paciente: pela demora das respostas, pela atitude de perplexidade, de repulsa, desconfiança, ocultamento, distraibilidade. Geralmente temas hipocondríacos, de influência de possessão erótica, megalomaníacos, se expressando de um modo vago impenetrável. Poderá contudo se desenvolver num verdadeiro sistema ideológico, sendo aqui freqüente o enfermo recorrer a círculos esotéricos, umbandismos, entregar-se a especulações religiosas, metafísicas, parapsicologia; é o que constitui o racionalismo mórbido de Minkovsky, tendência a racionalizar sistematicamente tudo que acontece. Cumpre-nos assinalar aqui a gratidão do diagnóstico esclarecendo que nos traz a tese da "experiência precoce" do grande mestre patricio professor Wassily Chuc. Para o professor Chuc haveria no esquizofrênico, de modo precoce, uma dificuldade de empatização.

Entendemos a esquizofrenia como uma forma de existência delirante que comporta experiências delirantes primárias e sua elaboração autística (secundária) na constelação de um novo mundo. A perda do contato vital da realidade se forja esquematicamente: Vivência de estranheza do percebido — vivência delirante — experiência delirante primária — estruturação do delírio. Este, caminhando com síndrome de automatismo mental e o processo de dissociação da vida intrapsíquica (Stransky) vai elaborar o delírio autístico.

CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

Trabalho apresentado pelo Serviço de Odontologia do HCE sob a chefia do Ten Cel Dent Roberto Batista da Silva

Cap Dent ARIEL SOUZA COELHO

Cap Dent JOSÉ PEREIRA MATTOS
Dr. YTAY ABREU LESSA

O HCE desde o ano de 1966 vem procurando concretizar uma das maiores aspirações da Técnica cirúrgica, qual seja a de limitar em terreno próprio o funcionamento de diversas especialidades visando ao melhor aproveitamento de resultados como o do aprimoramento dos que desejam se dedicar ao emprego de novas Técnicas que vão se libertando da conceituação geral do emprego da atividade cirúrgica. No terreno da traumatologia e da ortopedia, que vão se afastando da célula mater a clínica cirúrgica, os frutos já vão também sendo colhidos e se liberando para constituírem novas aparições ou organograma do Hospital Central do Exército.

Entre estes ressalta o Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial que já vem despontando com acentuada ênfase e criando uma mentalidade muito especial pois ligando-se ao Serviço de Odontologia, deixou de ser uma especialidade suplementar de ortopedia para constituir a entidade onde médicos e cirurgiões-dentistas se irmanam no sentido de alcançarem melhor grau de recuperação dos casos que se enquadram nas características especializadas deste novo capítulo do esquema do HCE.

A título de contribuição, apresentamos três casos operados num serviço onde pontificam elementos especializados da odontologia, procurando levar seu apoio às intervenções buco maxilo facial que correspondem ao terreno da cirurgia em que têm de agir.

CASO N.º 1

PACIENTE: NPB, estudante, 21 anos branco, solteiro.

HISTÓRICO: O paciente baixou ao Hospital Central do Exército, no dia 7-11-68, proveniente do Colégio Militar. Causa do acidente: queda do 3.º andar das dependências do C. M. Lesões encontradas: fratura do colo do côndilo da mandíbula com mergulhamento do mesmo pela

face interna do ramo ascendente da mandíbula ao nível da chanfradura sigmóide; apresentava mordida aberta e cruzada da mandíbula e perda da bateria labial inferior. Foi o paciente entregue ao serviço de buco facial 15 dias após o acidente. Apresentava concomitante um traumatismo crânio encefálico, o que não nos permitiu intervir de imediato, aguardando-se o esclarecimento do quadro neurológico. Somando-se o tempo do acidente até a data da cirurgia, levou-se 25 dias para a intervenção. Além deste problema neurológico, apresentava um hematócrito e a série vermelha baixas. Como a cirurgia era de emergência relativa, aguardou-se a normalização do quadro clínico.



Maj Méd Dr Burlamaqui, do HCE, toma posse como membro associado do CBC.

ATO CIRÚRGICO: Com o paciente sob narcose, intubação nasotraqueal, foi feita a antisepsia do maciço facial. A técnica eleita para este caso, como via de acesso foi a pré-auricular de GILLER. Após a incisão na pele, ligadura das artérias temporal superficial, zigomática e transversa da face, com catigut dois (2) zeros; atingimos a capsular articular onde não foi encontrada a cabeça do côndilo que se achava mergulhada na região já descrita. Ao tentar a sua remoção, verificou-se que o mesmo encontrava-se aderido à parede óssea, sendo necessário o uso de escopro para a sua remoção. Deparou-se com um problema: havia necessidade de executarmos uma condilectomia do lado oposto, o que não daria resultado satisfatório pois o paciente ficaria sem a mordida cruzada, porém aumentaria a mordida aberta,

criando sérios transtornos articulares. Resolveu-se então substituir a cabeça do côndilo, por uma peça de SILICONE. Esculpimos na hora a peça, que foi introduzida na cavidade glenóide com prévia retirada do menisco articular para evitar o deslizamento da peça na cavidade glenóide. Foi feita na sua parte inferior uma cavidade para que o côto do restante da mandíbula pudesse encaixar na peça, formando na sua parte inferior uma pseudo-artrose. Feita a sutura muscular por planos com catigut 3 zeros e na pele com mononyllon 6 zeros, refratamos a região mental. O pós-operatório foi feito normalmente como de rotina. Uma semana após, procedeu-se a uma aplicação de corticosteróide intramuscular. O paciente recebeu alta curado no dia 6-12-68, com os movimentos mandibulares normais e com sua articulação dentária normal.

CASO N.º 2

PACIENTE: AMO, estudante, 20 anos, branco, solteiro.

HISTÓRICO: O paciente baixou no dia 8-11-68, removido do Hospital Miguel Couto, com as seguintes lesões: fratura cominutiva do mento, fratura do colo de côndilo extracapsular lado direito. O primeiro socorro foi feito no hospital de origem, com a colocação de uma barra de ERICH para pôr em alinhamento a arcada dentária, porém depois verificou-se que a articulação do paciente estava cruzada e apresentava um prognatismo mandibular classe III que dificultou ao colega que o atendeu no 1.º socorro. Na radiografia de praxe, constatou-se as lesões já descritas e optou-se pela cirurgia. Somadas estas lesões ocasionadas pelo acidente, ao prognatismo resolveu-se executar a técnica de KOSTECA modificada, para redução do prognatismo. Feitos os exames complementares e pré-operatório, estando o paciente em boas condições, marcou-se imediatamente a cirurgia para evitar que se complicasse mais ainda.

ATO CIRÚRGICO: Com o paciente sob narcose com intubação nasal-traqueal para melhor facilitar o campo operatório, na antisepsia com mertiolate em todo maciço facial. Incisão cutânea com bisturi de lâmina n.º 11 aproximadamente 1 cm, mais divulsão romba com tesoura de MENTZBAUER mais incisão perióstica ao nível da borda posterior direito e esquerdo da mandíbula, mais desinserção do perióstico pela borda interna da mandíbula até a prega do bucinador na sua face intra-oral. Destacado o periosteio, utilizamos uma pinça hemostática de HALSTED curva para penetrarmos na cavidade e passarmos a serra de GIGLE em posição de fora a fora. A posição da serra será uma linha imaginária que passa do ponto de incisão até a região do canino e pré-molar superior do mesmo lado. Feita a osteotomia bilateral, colocamos a mandíbula por deslizamento na articulação desejada e imobilizamos a articulação, mais a osteossíntese bilateral. A sutura sendo bucal, foi feita com catigut simples 3 zeros

e a cutânea com mononyllon 6 zeros. A Borda cutânea suturada, foi protegida com colódio; feito um curativo compressivo pelo lado cutâneo. O pós-operatório foi feito de acordo com a rotina, pois a perda sanguínea foi desprezível. A dieta do paciente líquida. Foi dada a alta provisória, no dia 12-12-68, tendo o caso evoluído ôtimamente.

CASO N.º 3

Paciente: J.R.S.F, funcionário do Estado, solteiro, 22 anos, branco.

HISTÓRICO: O paciente se apresentou ao Hospital, à procura do serviço Bucomaxilofacial por apresentar um problema congênito (BOCA DE SERPENTE) ausência da região mental correspondente à estrutura óssea e carência da bateria labial inferior.

Relata o paciente que há dois anos foi submetido a uma intervenção com a mesma finalidade, não tendo obtido sucesso, quer estética, quer funcional.



Recepção do Colégio Brasileiro de Cirurgiões ao HCE.

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente portador de um problema congênito, ausência da região mental correspondente à estrutura óssea e ausência da bateria labial inferior. Simulação de uma pseudo-artrose, com mobilidade das hemimandíbulas. Ausência de articulado dentário, movimentos de protusão e abdução. Fonação alterada com má articulação das palavras labiais incisivas.

EXAME RADIOLÓGICO: Confirmando a parte clínica, "Ausência da região mental e incisivos inferiores, bateria labial inferior; côndilos de forma e posição normais. Demais ossos de esqueleto facial dentro dos limites da normalidade.

O exame radiológico do tórax: ausência de osteogênese completa do 2.º arco costal — demais imagens dentro do índice de normalidade.

Radiografia dos pés apresentando anormalidades dos ossos do pé.

EXAMES CLÍNICOS PRÉ-OPERATÓRIOS: Eletrocardiograma — dentro dos índices de normalidade.

EXAMES DE LABORATÓRIOS: Dentro dos índices de normalidade.

EXAME CLÍNICO DE APARELHOS: Dentro dos índices de normalidade.

CONCLUSÃO: Paciente com as lesões descritas, em bom risco cirúrgico com indicação de cirurgia reparadora.

Com fins de documentação, foram levantados modelos e máscara do paciente para complementação.

Paciente operado no dia 3-6-69, sob anestesia geral, intubação nasotraqueal, com duração de 3h 30min.

PLANO OPERATÓRIO: foi confeccionada uma placa de Vitallium, com finalidade de sustentar o enxerto e fixar as hemimandíbulas (placa tipo SHERMAN recurvada).

ATO CIRÚRGICO: Paciente sob narcose, antissepsia, atingindo as regiões mentais, masseterinas, genianas, labiais e pescoço, com mertiolate incolor, mais incisão cutânea na região submental, mais divulsão romba com tesouras, mais incisão perióstica, mais descolamento do perióstio em ambos os segmentos, mais ressecção do tecido fibroso interposto entre os fragmentos ósseos, mais lavagem da cavidade com soro morno, mais colocação de osso cortical aposto na face posterior da ferida, mais colocação de osso esponjoso aposto ao primeiro (retirados do osso ilíaco do paciente), mais tentativa de colocação da placa pré-fabricada, sem resultados, pois as faces das hemimandíbulas remanescentes, eram sinuosas e que não apresentava na radiografia, impedindo a fixação da placa em um plano sólido. Em recurso de técnica, foi utilizada a fixação das hemimandíbulas pela sua parte basal tangenciando o teto do conduto dentário inferior, com dois fios de KIRCHINER, que se entrecruzavam um centímetro e meio acima do plano epitelial e fixado após a sutura dos planos com acrílico autopolimerizado a frio, concomitantemente foi colocada a articulação em posição cêntrica e feita a imobilização intermaxilar pela técnica de STOUT.



Assistência do CBC ao serem recebidos os médicos do HCE como membros associados.

MATERIAL EMPREGADO: Ligadura e sutura muscular com catgut 3 zeros simples e sutura epitelial com mononyllon 6 zeros. Fios de KIRCHINER com espessura 0,076.

CURATIVO EXTERNO: O de rotina.

EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA: Ausência de hemorragia localizada, índice T P R dentro da normalidade, pouca secreção, ausência de edema pós-operatório.

CONCLUSÃO: Boa evolução pós-operatória imediata. Remoção da sutura com 8 dias, apresentando a ferida seca, sem secreção. Remoção do fio de KIRCHINER com 30 dias, sendo mantida a imobilização intermaxilar.

CONCLUSÃO FINAL: Assimilação perfeita do enxerto. Paciente pronto para um segundo tempo de cirurgia (confecção da protuberância mentoniana com enxertia ou inclusão).

IMPRESSÕES DE ONTEM E DE HOJE SOBRE O SÁBIO ROCHA LIMA

ATTILA BARBOSA LIMA

Tenente-Coronel Farmacêutico do HCE

Resumo e adaptação de uma conferência realizada pelo autor na Associação Brasileira de Farmacêuticos, nas comemorações do cinquentenário da descoberta do agente etiológico do tifo exantemático, recebendo do Governo a "Medalha e Prêmio Cultural Rocha Lima", por indicação do Instituto Brasileiro de História da Medicina.

— I —

Tive a felicidade de, com a idade de 12 anos, conhecer pessoalmente um sábio da Medicina Mundial, na Alemanha, onde realizou suas famosas descobertas no campo das doenças infecto-contagiosas.

Refiro-me ao grande brasileiro, professor Rocha Lima, que viveu quase toda a sua vida nesse país amigo e cujo nome se encontra hoje, aureolado de glórias, em todos os tratados de Microbiologia e de Doenças Tropicais. — É Rocha Lima, o descobridor do agente etiológico do tifo exantemático, abrindo assim um novo capítulo no estudo da Bacteriologia, com a introdução do gênero: — "Richettsia".

Filho de oficial da Marinha, viajamos em companhia de toda a família para a Alemanha ou mais precisamente para a cidade de Hamburgo, onde o destino nos reservaria a honra e o privilégio de conhecer e fazer amizade com o sábio brasileiro que dirigia o setor de pesquisas do Instituto e Hospital de Doenças Tropicais de São Paulino.

Em Hamburgo e como brasileiro, meu pai desejou, com toda a família, visitar Rocha Lima, pois já tinha um conhecimento amplo sobre o seu valor. — Dêsse encontro surgiu uma amizade com nossa família. — Muito amável e solícito, fez-nos conhecer, de início, todo o Instituto de Doenças Tropicais, o maior e o mais importante, no seu gênero, em todo o mundo.

Lembro-me bem das palavras de meu pai e que ficaram gravadas em meu espírito: — "Meu filho, conhecemos um grande médico brasileiro, dedicado às pesquisas de doenças tropicais; vive aqui na Alemanha porque aqui ele é considerado um sábio".

Recordando aquelas palavras paternas, nunca mais esqueci aquela extraordinária figura humana, bondosa, cativante e que mais tarde influenciaria em minha vida profissional.

Pouco tempo depois Rocha Lima viajaria definitivamente para o Brasil, onde encontraria terríveis decepções, na sua brilhante carreira de pesquisador.

— II —

Foi com o pensamento no sábio Rocha Lima, do meu tempo de juventude na Alemanha, onde êle passou cerca de vinte anos, prestando serviços à humanidade, que, mais tarde, aluno de Arlindo de Assis na Faculdade Fluminense de Medicina, dediquei-me, como farmacêutico, desde o início da minha carreira, à especialização de Bacteriologia, Análises e Pesquisas Clínicas. — Mais tarde, assistente do Prof. Dr. Heraldo Maciel, no Instituto Naval de Biologia, colhi grandes ensinamentos com a equipe formada em Manguinhos, hoje, todos Almirantes (José Nobre Mendes, Renato Campos Martins, Jabour, Custódio Martins — falecido, e outros). — Durante esse tempo entusiasmei-me pela vida científica de Rocha Lima. — Excursionei assim nos numerosos trabalhos sobre o mestre, que magistralmente foram escritos por Martim Ficker, Otto Bier e outros.

Ingressei após no Serviço de Saúde do Exército e durante muitos anos chefei Laboratórios de Análises Clínicas de Hospitais, pois jamais esquecera minha proveitosa passagem pelo Instituto Naval de Biologia.

— III —

Que diremos hoje de Rocha Lima?

Falar de Rocha Lima é, sem dúvida, uma feliz oportunidade de homenagear um dos maiores valores da Medicina Mundial, admitindo como veraz o conceito de Augusto Comte: — “Os mortos necessariamente governam e orientam os vivos...”.

Procurarei resumir algo de sua maravilhosa vida, científica e humana, pois se trata de um homem fora do comum, ao qual tributamos profunda admiração e respeito à sua memória. — Foi, infelizmente, no Brasil, quando veio definitivamente para São Paulo, injustiçado, atraído mesmo, pela cobiça, inveja e desrespeito de maus colegas, pelo que muito sofreu moralmente. — Por isso, sua vida no Instituto Biológico de São Paulo foi de uma tremenda luta, titânica mesmo, cujos aspectos principais êle próprio foi relatando em artigos periodicamente publicados e corajosamente atirados contra autoridades irresponsáveis, culpadas pelos descabimentos que denunciava, pois Rocha Lima tinha horror a falsa e a meia-ciência e sem temer consequências num país de irresponsáveis” desmascarou a trama armada contra êle em sua preciosa conferência: “Vicissitudes da Vida Científica”.

Sofreu por dizer a verdade, a “verdade nua e crua, numa terra de meias palavras, de complacências e de cómodas irresponsabilidades”, no dizer de seu discípulo e amigo querido José Reis. — Mais amargurado ficou, porque em sua própria terra, que êle amava com sadio patriotismo, teve que viver na posição de um quase exilado, por não querer endeusar a pseudociência, além de sua aversão ao elogio fácil e ao profundo desprezo pelos títulos e diplomas acadêmicos. — Era, assim, um homem simples, devotado unicamente à Ciência Médica.

Grande Rocha Lima: — Por isso, os homens mediocres o combatiam e chegaram mesmo à audácia de tentar diminuir-lhe a estatura científica. — Pobres homens: — O sábio da Alemanha era, na própria casa, um “homem torturado pelas injustiças, martirizado pelo asco que nêle provocavam os motivos da falsa ciência, insultos pelo desrespeito de alguns potentados da classe médica, indignos das funções que exerciam”. — Esse, o depoimento de José Reis, que o conhecia profundamente.

Rocha Lima: — O injustiçado no Brasil, era precisamente o sábio que conquistara admiração, respeito e prestígio na douta Alemanha; aquêle, que figura com destaque na História da Microbiologia, como o pesquisador dos mais rigorosos que a ciência conheceu e a quem não faltava sequer a palma do martírio, pois também, fôra vítima na própria carne, da terrível moléstia, cujo agente etiológico procurava descobrir e que quase lhe arrebatava a preciosa vida em pleno vigor científico. — Ricketts e Prowazek, êste último seu companheiro de pesquisas, já haviam pago com a vida, na descoberta do agente causal do terrível mal.

— IV —

Façamos pequena incursão na história desta notável façanha de Rocha Lima, que lhe deu fama e prestígio universal. — Retrocedamos ao ano de 1914. — Neste ano foi incumbido pelo Governo Alemão para, em Constantinopla, estudar uma epidemia de tifo exantemático, que vitimava as tropas turcas de volta da guerra balcânica. — Esses trabalhos foram bruscamente interrompidos pelo desencadeamento da primeira grande guerra.

Entremos no ano de 1915, ano que precedeu a comunicação da notável descoberta da Richktsia Prowazek, nome dado em homenagem aos seus colegas mártires.

O mundo já se encontrava em plena Guerra Mundial. — Estava êle na Alemanha, onde se aperfeiçoava em Medicina Tropical e já se impunha pela sua capacidade de pesquisador. — Fô então comissionado pelo governo alemão, para fazer parte do grupo que procedia a investigações sobre o tifo exantemático, que vitimava os

soldados e dizimava grandemente os prisioneiros de guerra. — Assim Rocha Lima partiu para um campo de prisioneiros russos e franceses, em Kotteus, cidade alemã não muito distante de Berlim.

Sabemos que antes, em 1909, Ricketts, pesquisador norte-americano iniciara as pesquisas neste setor, nos Estados Unidos, encontrando corpúsculos semelhantes a riquetsias no sangue de doentes com febre maculosa e em esfregaços de sangue de casos de tifo como também em esfregaços de piolhos alimentados em tais pacientes. — Ricketts, porém, achou prudente não afirmar serem estes corpúsculos cobacilares por ele observado o agente etiológico, pois que também os havia encontrado em piolhos normais. — Durante suas pesquisas, acabou vitimado pelo terrível mal.

Logo depois, em 1913, na Sérvia, Prowazek, seu dileto amigo, também encontrara corpúsculos semelhantes nos leucócitos de doentes de tifo.

Mas... voltemos ao campo de concentração de Kotteus. — Acompanhemos Rocha Lima que inicia de imediato suas pesquisas. — Colhe os piolhos dos primeiros cadáveres autopsiados e faz-lhes esfregaços. — Coravam mal, mas, aceitavam bem o Giemsa. — Assinala logo numerosíssimos corpúsculos, os quais havia mais tarde de denominar de Riquetsias, como justa homenagem ao mártir norte-americano. — Quinze dias após o início de seus trabalhos, junta-se a ele, seu colega e amigo dileto Prowazek, protozoologista de fama mundial, também do Instituto de Doenças Tropicais de Hamburgo. — Infelizmente se infecta, falecendo pouco depois, em 17 de fevereiro de 1915.

Como todos os médicos que então penetraram nesses campos de prisioneiros, foi Rocha Lima também acometido do terrível mal, do qual foi nesta ocasião o único a escapar com vida.

Essa perigosa missão valeu-lhe a condecoração com a Cruz de Ferro, conferida pelo Imperador da Alemanha.

Ainda mal restabelecido volta a Hamburgo, com o precioso material de piolhos colhidos e se empenha em seguida de corpo e alma no seu exame histológico. — Sua terrível dúvida era a de que seus antecedentes também haviam encontrado Riquetsias tanto nos piolhos colhidos de tifo, como em piolhos normais. — Mas, a sorte o ajudou e um Recurso veio salvá-lo, por intermédio de sua hábil colaboradora Sikora, descobrindo excelente técnica para a obtenção de cortes de piolhos. — Estava assim, com a chave do problema na mão! Insistiu... Fêz cortes e mais cortes... e finalmente descobre que, enquanto nos piolhos normais as Riquetsias são extracelulares, nos Piolhos Infectados encontram-se células epiteliais repletas de Riquetsias ou melhor — que nos piolhos colhidos de doentes de tifo exantemático, as Riquetsias penetram nas células epiteliais de intestinos e aí se multiplicam grandemente, provocando alterações características.

A partir desta verificação fundamental, pairou no espírito do pesquisador a convicção *que estava diante do agente etiológico*, isto porque, estabelecida a diferenciação, entre as Riquetsias de piolhos normais e de piolhos infectados, convenceu-se de que os últimos eram de fato o agente causal do tifo exantemático.

Estava assim realizada a descoberta: — Deu-lhes, então, o nome de Rickettsia Prowazek, como justa homenagem aos mártires pesquisadores.

Fêz estudos ainda sobre a capacidade infectante do sangue dos doentes, sobre a conservação e a multiplicação do vírus no corpo do piolho, sobre a filtrabilidade, sobre a aglutinação das Riquetsias pelo soro dos doentes, bem como sobre a imunização ativa com o tifo. — Com esses trabalhos complementares, Rocha Lima não só esclareceu a etiologia do tifo exantemático, como também fomentou a epidemiologia e a profilaxia desse terrível mal.

E, mais ainda, com o resultado de sua descoberta, acabava de criar em Bacteriologia, Um Novo Grupo Especial de microrganismos patogênicos, o Gênero Rickettsia — Rocha Lima —, com que abriu um Novo Capítulo nos domínios microbianos e da patogenia, ou seja: — “Rickettsias” e “Rickettsioses”. — Além de precioso achado nos domínios da Biologia em geral, abria, assim, também, novos rumos para a descoberta de uma série de outras Rickettsias, estudando a diferenciação entre a Rickettsia Prowazek e outras Rickettsias encontradas no piolho em carrapato, como a Rickettsia Pediculi, a Rickettsia Melophagi, a Rickettsia Rochalimai e outras, agora com acerto e proveito, todas reunidas em um só grupo.

Desses novos micróbios já são conhecidos hoje numerosas espécies, entre elas as causadoras da febre petequial das montanhas do tipo exantemático de São Paulo, etc. Esta última, foi estudada e descrita em 1931, por Lemos Monteiro, e O. Fonseca com o nome de Rickettsia Brasiliensis. — São elementos cocóides e bacilares, idênticos às formações que se observam na Rickettsia Prowazek. São visíveis principalmente nas células peritoniais de animais infectados experimentalmente. — Coram-se mal pelos corantes comuns e muito bem pelo método de Giemsa. — Experimentalmente tem-se verificado a sua transmissibilidade, principalmente por meio de carrapatos.

É interessante frisarmos que todos os trabalhos de Rocha Lima foram, depois, sem exceção, confirmados pelos pesquisadores de todos os países.

A 26 de abril de 1916, Rocha Lima publicou, na mais famosa revista médica alemã o trabalho em que anunciava ao mundo científico o sensacional descobrimento. A douta Alemanha reconheceu o mérito do pesquisador e conferiu-lhe a Cruz de Ferro, a mais alta distinção alemã.

Em julho do mesmo ano, compareceu ao Congresso Alemão de Medicina Interna, reunido em Varsóvia e lá comunica seus resultados.

Dai por diante, tem que atender a numerosos convites, onde relata e demonstra suas experiências, em Congresso e Sociedades sábias, por toda a Europa.

Quem ler seus trabalhos verá excelentes figuras ilustrando os textos, mostrando não só sua técnica brilhante, como a descrição de minuciosos métodos de investigação.

Também destaca-se em outros setores da Medicina Tropical, nos quais deixa sempre contribuição relevante, quer no estudo da "verruga peruana", quer nas blastomicoses, na doença de Chagas, na febre amarela, etc...

Mas, o segundo sucesso científico de maior vulto de sua brilhante carreira, obteve Rocha Lima investigando a histopatologia das lesões da "verruga peruana", conhecida como "doença de Carrión". Estas pesquisas levaram-no a reconhecer a natureza e a origem das lesões características da doença e a descobrir a forma intracelular do vírus causador delas, firmando assim, definitivamente, o quadro histopatológico das alterações específicas. Seus trabalhos foram confirmados, neste setor, por outros pesquisadores, como Mayer, na Alemanha, Noguchi, nos Estados Unidos, Cunha e Muniz, no Brasil e outros.

Na blastomicose demonstrou que o agente etiológico era um cogumelo blastomiceto e não um protozoário como fôra descrito por Darling e descoberto no Panamá, sob o nome de "histoplasma capsulatum". A seguir, Rocha Lima estabeleceu a classificação dos vários tipos de blastomicoses, hoje a mais adotada desse importante grupo de doenças.

No campo das doenças animais, já muitos anos antes, salientavam-se os seus estudos sobre o carbúnculo sintomático, concorrendo assim para o sucesso da vacina contra a peste da manqueira dos bezerros e a descoberta do processo para demonstrar o vírus da boubas das aves, no interior das inclusões características dessa doença.

Também sobre a doença de Chagas, a febre amarela e a peste bubônica, deixou Rocha Lima importantes contribuições.

— V —

Tracemos, para terminar, em rápidas pinceladas, seus traços biográficos, mostrando sua personalidade científica e humana.

Filho de notável clínico do Rio de Janeiro, era Rocha Lima carioca, aqui fazendo todos os seus estudos, até a formatura na Faculdade de Medicina.

Embora formado em Medicina, certo é que nunca exerceu a profissão de médico, partindo, desde estudante, gloriosamente para a ciência experimental, por vocação, o que vale dizer, para o bem da humanidade. Assim, desde cedo, publicou vários trabalhos de biologia aplicada, incursionando definitivamente pela investigação das causas e lesões das doenças infecciosas dos homens e dos animais.

De início frequentou o Instituto de Manguinhos, a convite de Oswaldo Cruz, onde ficou cerca de seis anos. Segue para Berlim, a fim de estagiar no Instituto de Higiene, com o Prof. Ficker e no Instituto Patológico da Universidade, iniciando assim a especialização de Anatomia Patológica, com o Prof. Keiserling, correlata para suas pesquisas.

De volta ao Brasil, com Oswaldo Cruz, diretor de Saúde Pública, é convidado por este para ministrar cursos em Manguinhos.

Em 1909, volta à Alemanha, a convite de seu mestre, o Prof. Duerek, para assumir o cargo de assistente-chefe do Instituto de Anatomia Patológica da Universidade de Yona, indo a seguir, também por honroso convite do Prof. Prowazek, para fazer parte do corpo de cientistas do célebre Instituto de Doenças Tropicais, de Hamburgo, no qual colaborou por cerca de quase 20 anos, até 1929, quando regressou ao Brasil, em caráter definitivo.

Em 1919, dava sua aula inaugural, como livre-docente, na Universidade de Hamburgo, tornando-se mais tarde professor efetivo.

A sua obra científica publicada, consta de mais de 60 *trabalhos originais*, na maioria em língua alemã.

Rocha Lima contribuiu também com importantes monografias para as maiores enciclopédias médicas alemãs, destacando-se, o trabalho do Prof. Mense sobre Doenças Tropicais, os trabalhos de Wassermann, sobre Microbiologia, os de Prowazek, sobre Protozoologia e outros.

Criou Rocha Lima nesta longa jornada na Alemanha grande prestígio, pois possuía, como chave da vitória, os dotes dos espíritos excepcionais. Extraordinário talento, probidade, espírito inovador, amor à verdade, sinceridade das convicções, a lealdade do comportamento e a delicadeza no trato, fizeram de Rocha Lima um cientista altamente respeitado. Além de tudo, nunca lhe faltou o vigor físico, testado admiravelmente pela recuperação, ao ser infectado pelo tifo exantemático e ter sido o único do seu grupo de pesquisadores a escapar com vida.

Cremos sinceramente que o seu biógrafo definitivo, *que já tarda*, terá diante dessa vida edificante um quadro para inspirações superiores.

Caracterizava-o, além disso, um dosado espírito crítico, discernindo com rara precisão os fatos insuficientemente demonstrados.

Os Professores Orth, Keiserling e Duerek, que o conheceram de perto, deixaram um retrato fiel da personalidade científica e humana de Rocha Lima.

Procurava sempre a perfeição máxima em seus trabalhos e o desejo constante do saber cada vez mais. Fêz a feliz combinação da Microbiologia com a Anatomia Patológica, pela qual viu resultar as suas mais importantes realizações científicas, consolidando assim o alicerce de sua monumental obra, nos domínios da ciência pura e aplicada.

Sua atividade foi extraordinária. Nunca parou um dia sequer e em todos os seus trabalhos está a marca da profundidade dos grandes pesquisadores. Sua palavra, falada ou escrita, era expressiva e perfeitamente modulada. Suas monografias eram consideradas pequenas obras-primas, figurando nos grandes tratados, inclusive de Dermatologia.

Grande Professor e conferencista, conquistava auditórios e entusiasmava seus alunos.

Em 1920, recebeu um convite do Governo de São Paulo, para Diretor do Instituto Butantan. Deixou de aceitar o convite por lhe recusarem garantias, a fim de organizar um centro puro de ciência.

Em 1929, vindo ao Brasil em missão científica, foi novamente convidado pelo Governo de São Paulo, para dirigir o Instituto Biológico, que há pouco fôra criado. Na esperança de bem servir ao Brasil, aceitou e ficou definitivamente em São Paulo, iniciando a formação de uma equipe de verdadeiros cientistas pesquisadores, que deram excelentes frutos.

Com Rocha Lima, tornou-se o Instituto Biológico um dos Centros científicos mais fecundos e mais acatados do País e mesmo do continente. Isto, entretanto, como vimos atrás, custou-lhe caro. Sofreu a inveja, a calúnia e o martírio moral, por desejar servir bem à sua Pátria estremecida.

Além da Cruz de Ferro e a de Cavaleiro da Ordem do Aguiá, da Alemanha, recebeu alta condecoração do Papa Pio XI, as insígnias de honra da Cruz Vermelha Alemã e membro efetivo de várias sociedades sábias nacionais e internacionais.

Em 1939, foi escolhido para vice-presidente do Congresso Internacional de Microbiologia que se reuniu nos Estados Unidos.

Faleceu há dez anos, como um dos grandes vultos da Ciência Universal.

Feliz o País possuidor de homens com as qualidades científicas e humanas de um Rocha Lima!

O PROGRESSO DA TECNOLOGIA EM PROL DO ENGRANDECIMENTO DO BRASIL

Gen Méd

DR. GALENO DA PENHA FRANCO
Diretor do Hospital Central do Exército

Em todos os setores das Forças Armadas comemora-se a data do Reservista, 16 de dezembro, como homenagem àqueles que cumprindo uma determinação da Constituição, passaram pelas fileiras daquelas Forças a fim de adestrarem-se e tornarem-se aptos ao conhecimento indispensável dos meios que cada cidadão brasileiro precisa para, a qualquer momento, defender a nossa Pátria empunhando a "Arma" necessária e compatível com seus conhecimentos.

Deve-se êsse fato ao arrebatamento patriótico de nossos antepassados e desde então consolidado pela heróica palavra e ação de Olavo Bilac — com o fim de, em atividade ou em potencial, ter todo o homem brasileiro as condições indispensáveis da defesa de nossa soberania.

Afigura-se, logo, a idéia de vermos todos de armas nas mãos, enfileirando-se para o ataque ou entrincheirando-se para defenderem-se dos maus instintos do inimigo interno ou externo.

Entretanto muito evoluiu tudo daquele tempo a essa parte, o estudo da tática, o emprêgo de uma estratégia.

As técnicas evoluíram não só em referência ao uso das armas, como no apoio a elas e a quem as conduz.

Foi o aparecimento da logística que se resume numa parte de ação que apóia o emprêgo do guerreiro.

As próprias guerras foram a causa dêsse desenvolvimento, as indústrias sentiram seu reflexo e assim tôdas as atividades inclusive aquela que nos fala mais de perto, os soldados do serviço de saúde, em que os meios de atendimento em campanha, como o desenvolvimento dos meios de cura, médica ou cirúrgica, em paz ou longe das frentes, também evoluíram.

Dai a importância de nesse dia 16 de dezembro, haver a necessidade do contato do homem que serviu à caserna e retirou-se para os quadros da reserva. Isso porque reserva constitui o que o próprio vocábulo traduz. É o meio que se lança mão para complementação dos quadros da ativa. Essa é o mínimo em ação que instrui aquela, dá-lhe forma e unidade.

Ao apresentar-se nessa data, o Reservista revive os dias passados no âmbito das instituições militares e completa assim a parte sentimental do evento, porém muito mais do que isso contribui ele com essa sua "ressurreição" isto é, com sua visita à organização militar que serviu porque vem informar o progresso que alcança na sua vida após a exclusão do serviço militar e então vamos observar que apresentam-se portadores das mais variadas profissões alcançadas pelo estudo, pela técnica, pela disposição que tiveram após deixarem o Serviço Militar a ingressarem nos diversos destinos para constituírem a base tecnológica do desenvolvimento de nossa Pátria.

Isso é na verdade o que se passa e cada ano vem se acentuando mais a necessidade de especialização para elevar o mais alto possível o nível de conhecimento de todas as profissões.

Acontece, porém, que nas próprias Forças Armadas, o contingente de conhecimento que proporciona a seu pessoal da ativa e, em consequência na formação do pessoal da reserva, modificou-se completamente no avançar dos anos e, aquela preparo militar de que os leigos tinham uma noção já naquela época antiga, falsa, de que o militar apenas prodigalizava instrução de formação de soldados, nas próprias Forças Armadas, repetimos, tudo modificou completamente.

Em qualquer dos tipos de Armas ou Serviços das três Forças, a tecnologia invadiu implacavelmente, sem o que as instituições estagnariam, e o que vamos ver é o crescimento das pesquisas, a manipulação das mais complicadas invenções no terreno da engenharia, das comunicações, da saúde, das ciências contábeis, da física, da matemática, etc., demonstrando que as Forças Armadas Brasileiras correm paralelamente com o desenvolvimento técnico de outras instituições civis e não poucas vezes são pioneiras, são desbravadoras, nesse terreno da tecnologia como da sociologia, como da instrução. Poderiam ser citados inúmeros centros de estudos daquelas grandes funções em prol do engrandecimento da nossa Pátria e alicerces para aqueles que, vindo prestar o serviço militar retiram-se para a vida civil mas, como Reservista, Homens da Reserva, preciosa Reserva de nossas Forças Armadas que, repetindo, dizemos que é a vitória de Olavo Bilac que sonhou ser o nosso imenso Brasil provido de filhos com patriotismo necessário para unificá-lo, contraí-lo em um só pensamento. É pergunta ou incógnita muito comum, entre nós, como explicar essa unidade de pensamento neste imenso torrão, com influências e costumes regionais, falando a nossa língua mas

com alguma coisa que entrelaça a mesma atitude, o mesmo amor, o mesmo pensamento indestrutível da unidade nacional. Não seria essa grande vitória do Bilac, "minando" todo brasileiro desse germe da uníssona consequência, o amor ao Brasil, senão através do seu preparo no serviço militar. Mesmo aqueles que não privam de oportunidade e são considerados Reservistas sem ter servido, vivido o ambiente da prestação de serviço, sentem-se tanto quanto os outros porque a mística do Reservista foi criada e em volta dela as mais variadas derivações surgiram e os tempos de ontem já não são os de hoje, deste século que tivemos a primazia, nós destas gerações, de vermos o desenvolvimento das maiores descobertas tecnológicas. E como Reservistas é chegado o momento de terem recebido nas unidades militares os ensinamentos mais modernos para aplicação, desenvolvimento de pelo menos deslumbramento para as mais aprimoradas técnicas em prol do desenvolvimento de nossa querida Pátria. É indubitável que após a Revolução de 31 de março, vencidos aqueles que malsinavam a trilha a ser seguida pelo nosso país, não só o grau de desenvolvimento tecnológico melhorou extraordinariamente, as obras delas emanadas, as oportunidades oferecidas, os grupos de formação e aperfeiçoamento em qualquer dos níveis tornaram-se mais acessíveis e os planejamentos existentes muito mais elevaram o nível de nossa técnica e de nossos estudiosos. Tal preocupação foi programa do pranteado Marechal Humberto de Alencar Castelo Branco, teve continuidade com o não menos pranteado Marechal Arthur da Costa e Silva e, agora, com o eminente Gen Emilio Garrastazu Médici já se anuncia com perspectiva digna de ser notada, pelas palavras do nosso presidente empossado.

Meus senhores, é esse o panorama de nossa Pátria que sugeriu essas divagações no momento em que as Forças Armadas recebem seus Reservistas que são na verdade, não delas, mas o acervo precioso desse Grande Brasil, uno, indivisível e de precioso futuro, para o qual devemos completar seu quadro aureolado com as características sociais, familiares e religiosas bem nossas e, aproveitando a idéia em causa, recrutando forças para alijarem e repelirmos costumes, atitudes e uso estranhos e sem razão ou motivo de existirem neste Brasil tão singular, tão puro e que somente a cobiça e a inveja são injetadas pelas hidras malignas para a sua destruição e invasão camuflada a título de falso desenvolvimento e neocivilização.

Reservistas do Brasil! Propugnem pelo desenvolvimento do Brasil, mas o da verdade e das características bem brasileiras e das Nações coirmãs que ainda não se encontram contaminadas! Sêde bem-vindos.

Palavras do Diretor do HCE na oportunidade das comemorações do Dia do Reservista e recepção aos mesmos no HCE, em 1969.

ANEMIA HEMOLÍTICA CONGENITA

Dr. JORGE COELHO DE SA
Cap Médico Pediatra do HCE

Dr. JOÃO PEREIRA BORGES
2.º Ten Méd Pediatra, estagiário do HCE

SINONÍMIA: Doença de Minkowski-Chauffard, esferocitose hereditária, microesferocitose familiar.

HISTÓRIA: A primeira descrição clínica da doença foi atribuída a Minkowski em 1900. Como Chauffard descobriu os sinais característicos da doença, a enfermidade passou a se chamar Doença de Minkowski-Chauffard.

MECANISMO DE PRODUÇÃO DA DOENÇA: A esferocitose hereditária se considera herdada de acordo com as leis mendelianas, caráter dominante. Segundo este conceito devem estar afetados pelo menos um dos progenitores e 50% dos descendentes do paciente. Entretanto têm sido observadas exceções a esta regra em famílias estudadas com muito cuidado; alguns autores admitem que neste caso haja um erro no estudo.

Os pacientes com anemia hemolítica congênita apresentam os sinais de um processo hemolítico com aumento do urobilinogênio fecal e da bilirrubina indireta do plasma, esplenomegalia, reticulocitose e hiperplasia normoblástica da medula óssea. Dacie e Molli-son observaram que um defeito intracorporcular era causa primária do aumento da hemólise.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS: A esferocitose hereditária se observa em ambos os sexos, sendo rara em pessoas da raça negra. Os primeiros sinais da doença podem aparecer logo após o nascimento ou um pouco mais tarde.

A gravidade da doença varia de acordo com o paciente. Existem casos em que as manifestações clínicas são tão ligeiras que a enfermidade é assintomática e leva o paciente uma vida normal; em tais casos o diagnóstico é mais difícil e só pode ser dado após um estudo cuidadoso.

Em muitos pacientes a doença evolui por "crises". Estas crises se caracterizam por começo brusco, com febre, dores abdominais, náuseas, vômitos, debilidade e palidez acentuada. Podemos ter taquicardia e pressão arterial baixa.

As alterações mais importantes são a esplenomegalia e a icterícia.

EXAMES DE LABORATÓRIO: Os exames a serem pedidos são os seguintes: 1) hemograma completo; 2) reticulócitos; 3) bilirrubina total, direta e indireta; 4) urobilinogênio fecal e urinário; 5) fragilidade globular.

No hemograma é freqüente encontrar-se anemia em torno de 3.000.000 a 3.500.000 de hemácias por mm³, podendo ter índices mais baixos nos períodos de crise. O VCM é quase sempre normal ou pode estar ligeiramente diminuído. Na contagem de reticulócitos podemos ter reticulocitose de 6% a 80%. Nas bilirrubinas temos aumento da bilirrubina indireta e o urobilinogênio fecal e urinário também estão aumentados. O aumento da fragilidade globular às soluções salinas hipotônicas é característica da esferocitose hereditária. Podemos ter hemólises iniciais em concentrações de 0,50% a 0,75% e ter completa a hemólise em 0,40%. Em alguns casos em que o paciente é quase assintomático podemos recorrer ao teste de fragilidade globular após incubação por 24 horas, a 37° das hemácias.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Normalmente encontrando-se anemia, esplenomegalia, icterícia e tendo-se uma reticulocitose, aumento da excreção do urobilinogênio, aumento da bilirrubina indireta pensamos em anemia hemolítica. A anemia hemolítica congênita distingue-se dos outros tipos de anemia hemolítica, pelos antecedentes familiares e a prova de fragilidade globular às soluções salinas hipotônicas, que se acha grandemente aumentada (ex: 0,75 a 0,40). Lógico é que devemos fazer as outras provas importantes no diagnóstico diferencial tais como o teste de COOMBS direto e a eletroforese das hemoglobinas.

TRATAMENTO: Existe somente um tratamento eficaz: a esplenectomia. Lógico tratarmos o paciente em suas crises com transfusões de sangue; sendo desnecessário o uso de corticóides, ferro, vitamina B12. A esplenectomia deve ser realizada quando o paciente atinge a idade de 5 anos, podendo ser antecipada ou protelada. Esta solução terapêutica é de acordo com o número de crises e o estado geral do paciente.

CASO ILUSTRATIVO

IDENTIFICAÇÃO: S.L.S., branca, feminino, 3 meses de idade, Guanabara, residência na Rua João Luso, Realengo.

QP: Icterícia.

HDA: Informa a genitora ter a criança apresentado icterícia com 36 horas de vida, antes de iniciar a alimentação ao seio, tendo recebido apenas água com açúcar. Urina e fezes não sofreram alteração em seu aspecto e cor. Passados alguns dias procurou o médico (nesta época apresentava temperatura de 37,3° e icterícia), sendo-lhe receitado glicose com vitamina C e Terramicina. Como não cedesse o quadro icterício, voltou ao médico, sendo a criança encaminhada pelo mesmo a este hospital, a fim de esclarecer diagnóstico.

HPP: Diarréia de fezes semilíquidas, 10 a 12 evacuações diárias a partir do 5.º dia de vida, com duração de 10 dias. Desde o nascimento a temperatura oscilou entre 37° a 37,5°.

HISTÓRIA PERINATAL: Gestação a termo, parto normal porém em casa, 2.900 gramas. Chorou ao nascer. Alimentação com leite materno e Nestogeno. Fêz BCG.

HISTÓRIA FAMILIAR:

Pai — Vivo, 31 anos, mecânico de automóvel, surtos diarreicos temporários. Não refere outra patologia.

Mãe — Viva, 20 anos, doméstica, esplenectomizada aos 11 anos de idade devido a anemia intensa e persistente, apesar de várias transfusões sanguíneas consecutivas. Não refere abortamentos.

Irmãos — Um nascido com 7 meses de gestação, falecido aos 4 dias de vida, com icterícia acentuada, surgida no segundo dia de vida.

Avó — Esplenectomizada pela mesma indicação da genitora.

EXAME FÍSICO: Desenvolvimento físico e psíquico compatível com a idade.

Anemiada, ligeiramente icterica.

Aparelho circulatório e respiratório normais.

Abdome: baço e fígado palpáveis.

LABORATÓRIO: 6.3.69 — grupo sanguíneo O, fator Rh positivo. Hemograma completo: hemácias 3.500.000, hemoglobina 6,48 g%, hematócrito 23%. Leucócito 12.800/mm³ — eozinófilos 6, bastões 2, segmentados 30, linfócitos 54, monócitos 8. Resistência globular 0,75 — 0,40.

Intensa anisopoikilocitose, 6% eritroblastos, numerosas hemácias policromatófilas.

Bilirrubina: direta 0,4 mg% — indireta 1,6 mg% — total 2 mg%

Urobilinogênio urinário: traços

Urobilinogênio fecal: presente

TRATAMENTO: Celestone, Poliplex, sangue total, Novalgina, Espasmo-Cibalena.

RESUMO

Os autores fazem um resumo das características da Microesferocitose Familiar, ilustrando com a apresentação de um caso atendido no Hospital Central do Exército.

BIBLIOGRAFIA

1. Chauffard, A.: Pathogénie de L'ictère congénital de L'adulte. *Semaine Med.*, 27:25, 1907.
2. Chauffard, A., y Flessinger, N.: Ictère congénital hémolytique avec lésions globulaires. *Bull. et mém. Soc. Med hôp. Paris*, 24:1169, 1907.
3. Dacie, J. V.: Familial haemolytic anaemia, acholuric jaundice, with particular reference to changes in fragility produced by splenectomy. *Quart. J. Med.*, 12:101, 1943.
4. Dacie, J.V., y Mollison, P. L.: Survival of normal erythrocytes after transfusion to patients with familial hemolytic anaemia. *Lancet*, 1:550, 1943.
5. Leavell, Byrd S. and Thorup Jr., A. Oscar: *Fundamentals of Clinical Hematology*, pag 147/152, 1960.
6. Minkowski, O.: Ueber eine hereditäre, unter dem Bilde eines chronischen Ikterus mit Urobilinurie, Splenomegalie und Nierensiderosis verlaufende Affektion. *Verhandl. Dtsch. Cong. f. inn. Med.*, 18:316, 1900. (Quoted from Dacie, J. V., Ref no. 16:4).
7. Wintrobe, M.M.: *Clinical Hematology*. 4^a Ed. Lea & Febiger, Philadelphia, 1956.

PSICOSES DELIRANTES AGUDAS

DR. PAULO RICARDO CANTALICE LIPKE

2.º Ten Méd R/2 Convocado

Também chamadas de "bouffées" delirantes, psicoses alucinatórias agudas, estados oníroides, se caracterizam pelo aparecimento inopinado de um delírio polimorfo, não duradouro. Aqui as experiências delirantes se impõem em decorrência da desestruturação da consciência.

Muitos autores não lhe dão entidade nosográfica como Baruke que entende como crises atípicas da psicose maniaco-depressiva. Kleist a entende nos estados crepusculares epilépticos e Nages-Giors como estados oníroides; Pave Petit, como delírios de perseguição curáveis.

No estudo clínico temos que compreender: a experiência delirante, a alteração da consciência, a desordem tímica e o critério evolutivo e o prognóstico.

O aparecimento é súbito, daí ser chamado "délire d'emblée" que irrompe violentamente e se desenrola de modo polimorfo. As imagens oníricas são caleidoscópicas (perseguição, grandeza, transformação sexual, posse, influência, riqueza) e se mesclam. Acompanhando o delírio polimorfo, surgem as convicções e intuições delirantes, que dão à experiência delirante vivenciada, uma atmosfera de mistério apocalíptico.

As modificações do humor, a atividade psicomotora, parecem obedecer ao quadro delirante e alucinatório, o primeiro não sistematizado. O delírio tornando a consciência como uma experiência irrefutável pode gerar reações afetivas (às vezes médico-legais) intensas, levando a uma correção imediata (Magnum "delírio súbito dos degenerados").

Uma das características destas psicoses é o estado hipnóide, de fascinação pelo imaginário. A análise do processo de desestruturação da consciência, observa-se que o doente ora se polariza na realidade ou no pólo da experiência delirante. Assim se observa nestes doentes, distraibilidade, tendência a se ensimesmar, vivendo o doente como espectador e autor das suas experiências delirantes.

Acompanhando a atividade delirante, súbita, temos a desordem tímica. O doente ora se apresenta exaltado (como um maníaco), ora em mutismo, ou, como é mais freqüente, prêso de intensa angústia, dependendo das flutuações do estado delirante. As alterações dos estados de excitação e inibição podem levar o médico menos avisado a um diagnóstico errôneo de uma psicose periódica.

Temos ainda a presença de perturbações somáticas, sendo a mais importante a insônia, sendo freqüente na mulher a suspensão da menstruação.

EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

O prognóstico é geralmente favorável. Do mesmo modo que o início, o término é súbito.

Importante para o especialista é procurar fazer uma correlação ou um diagnóstico diferencial entre estas psicoses delirantes agudas e as verdadeiras psicoses esquizofrênicas que evoluem por surtos um tanto espaçados.

FORMAS CLÍNICAS

Henry Ey distingue as formas sintomáticas e as formas etiológicas.

a. **Formas Sintomáticas** — incluem-se aqui as psicoses imaginativas agudas (de Dupré); as psicoses interpretativas agudas (de Jericó) e as psicoses alucinatórias agudas.

b. **Formas Etiológicas** — aqui se relacionam com uma causa desencadeante exógena, dando-se importância aos fatores tóxicos delirógenos, destacando-se as intoxicações pelo haxixe, cocaína, álcool, atefrina, esporão do centeio, LSD.

Citam-se ainda a Encefalite epidêmica, em que se podem observar os "dream state".

Alguns autores se referem aos "choques emocionais", como capazes de desencadear uma reação deste tipo, contudo parece-nos mais importante valorizar o terreno.

DIAGNÓSTICO

É necessário positivar certos elementos para o diagnóstico diferencial com os acessos maníacos-depressivos e os brotos da psicose esquizofrênica.

Elementos importantes para o diagnóstico:

- a. começo brusco;
- b. polimorfismo das experiências delirantes;

- c. variabilidade do quadro clínico;
- d. exacerbação das perturbações nas fases pós-rítmicas;
- e. agravamento do quadro quando os pacientes são colocados em narcose;
- f. oscilações bruscas das desordens tímicas;
- g. estado de perplexidade em relação ao delírio;
- h. estado oníróide da consciência.

TRATAMENTO

O fundamental consiste em se estabelecer o fator causal, responsável pela eclosão da psicose.

Impõe-se sempre a hospitalização com vigilância, sendo essencial se observar os seguintes cuidados gerais: cuidados clínicos (alimentação, hidratação, vitaminoterapia, desintoxicação, antibióticos, etc.); tratamento psicofarmacológico.

Em nossa experiência achamos excelente a utilização dos derivados bezodiazepínicos por via endovenosa; pode-se associar clorpromazina em pequenas doses (25-75 mg) diárias; devendo-se evitar os barbitúricos. Nos quadros de grande agitação com intenso colorido alucinatório pode-se utilizar do Haloperidol.

O Eletrochoque só deve ser usado nos casos extremos, embora normalmente promova a remissão rápida e completa; isto porque quase sempre estes pacientes apresentam problemas clínicos de certa intensidade.

Após a remissão da sintomatologia se impõe a psicoterapia para evitar a estruturação dos quadros neuróticos que não são raros (fobia e hipocondríaca).

DIGRESSÃO SOBRE O TEMPO PÁTICO

DR. PAULO RICARDO CANTALICE LIPKE
2.º Ten Méd R/2

INTRÓITO

O homem é um ser que antes de tudo se encaixa na moldura temporal. Não podemos violar nos fenômenos duas incógnitas fundamentais: tempo e espaço, já dizia Heráclito. Para o filósofo, há uma preeminência básica, contudo, do tempo sobre o espaço, embora o suceder transcorra obrigatoriamente dentro das coordenadas de tempo e espaço. Dentro de nossas intuições sensíveis (atividade perceptiva), o suceder psíquico é mais pavimentado pelo tempo embora haja sempre uma conotação cronoespacial.

Se tanto teremos que falar sobre tempo, tempo urge de o definir. O socorro que pedimos a Santo Agostinho obtém a seguinte resposta: — “Se ninguém me pergunta o que é o tempo, eu sei; mas se tento explicar a alguém que indaga, eu não sei”. Isto já nos serve de partida para entender a irracionalidade temporal, nos obrigando a explicar que existem dois tempos: um tempo objetivo (mensurável cientificamente), e outro, imanente, subjetivo. Este é o tempo pático, o tempo essencial do transcorrer psíquico que dialoga com o suceder de vivências psíquicas. Em sendo assim, é óbvio, este tempo subjetivo implica a concepção do passado presente e futuro.

DIGRESSÕES PSICOPATOLÓGICAS — Na verdade tudo se imbrica, pois o tempo não pode ser seccionado; assim o tempo originário da vida psíquica inclui em cada momento presente, o passado e o futuro. Aqui já se gerou dentro de mim e dos senhores um dado de especulação.

Eu meço o tempo objetivo pela égide de prospecção do passado até atingir o futuro. Sei por exemplo que a experiência da conquista do homem à lua começou a tanto e terminou a tanto. Já o tempo psíquico é diverso; é um tempo adesivo que vem do futuro, que criara um passado, sendo que em cada momento está primariamente dirigido para o futuro, e, é, exatamente esta vivência de

futuro que a cada momento desemboca no momento presente, que finalmente vai mergulhar no passado. Mas na verdade estes três tempos são processamentos que coexistem na estratificação psíquica: dentro de cada um de nós o passado que dormita, só é passado à medida em que ele é presente, ou seja na medida em que ele é um passado-presente em nossas vivências, e, também na medida em que este passado-presente se integra dentro das dimensões do futuro. Vimos que os três tempos, praticamente, se tornam simultâneos. Assim a êxtase da temporalidade nos ensina, que no momento em que tomamos conhecimento do presente, ele já é passado e objetivamente o presente só terá valorização se existir uma ilação futura. Tudo o que nós fizermos é algo que está dirigido ao futuro de cada um de nós; cada intimidade está pelo futuro, diante das mesmas realidades objetivas (mensuráveis e palpáveis), que implicam o futuro (diferente) subjetivo de cada um.

Assim tento explicar que o tempo conceptual não existe objetivamente; o que existe são as diferentes apresentações dos objetos a nós, invariáveis, que propiciam derivadas de variáveis, dentro da subjetividade de cada um: ou seja o tempo objetivo acarretará diferentes tempos páticos. Assim, quando dividido o tempo em dias e noite e ausculto os relógios apenas o faço de modo artificial, para me delinear nas possibilidades de um co-mundo, de uma participação, de um comungamento de vivências do tempo com outros seres, e, assim determinamos, arbitrariamente, dentro de uma coficiação, o tempo.

Exemplificação boa é a simultaneidade do tempo no sonho em que o tempo está carregado de passado, passado-presente, e, em que o futuro é também presente.

Em similitude, a infância tem um tempo muito lento; à medida que passam os anos, o ritmo se acelera e quase não há tempo para nada (adolescência); à medida que envelheço o tempo parece custar-me a passar. Cada vivência, diz Rilke, tem um ritmo próprio no qual tem que ser vivida, para que seja boa e frutífera. Para Comte a sabedoria estaria em descobrir o ritmo correto de cada vivência, sem preocupação com o discorrer do tempo.

A alegria encurta o tempo (maníaco), e a tristeza o alonga. Sabemos que o melancólico vê desdobrar-se diante de si o dia como algo interminável, como a querer estancar a seta do futuro (citação do poeta Lamartine). O passado, pelo contrário, se acha dilatado; sua diástole pesa gravemente sobre ele; os menores fatos tornam a reviver e a adquirir vida e por isso o sentimento de culpa é despertado, ativo e inclemente. Nos obsessivos observa-se uma alteração do tempo. Não podem avançar de um passo para outro, como se cada um estivesse carregado com vivências de uma inércia especial.

Na ansiedade, o tempo é vivido afanosamente. O enfermo deglute o tempo como se este fosse lhe faltar. Vive a ação antecipadamente. Tão vivo é o futuro que o presente se desenrola em pura possibilidade para o ansioso. Outra anormalidade interessante é a coisificação do tempo em que o tempo passa a ser quase um objeto. Os pacientes se queixam de que estão sendo empurrados, pelo passado, como se fosse para uma força concreta. Tudo isto aqui dissemos para despertá-los para outra realidade, do sentido do valor do tempo. Quando indagamos se algo é real teremos que entender que a realidade está intimamente ligada ao tempo; o que existe são as coisas que têm sua adequação dentro da ocupabilidade de um tempo e um espaço. Assim, falemos sobre digressões filosóficas.

DIGRESSÕES FILOSÓFICAS — Foi Descartes que começou a criar confusões necessárias e a abalar os sistemas filosóficos e religiosos do mundo ocidental. Dans les Discours de La Methode, Descartes asseverou que realmente o que está mais próximo de nós quando pensamos não é propriamente a coisa: quando eu penso numa coisa, o mais próximo de mim não é a coisa, mas o meu pensamento. Assim para o conhecimento indubitável, o pensamento precede as coisas (cogito ergo sum).

Nesta atitude idealista o conhecimento vai do sujeito ao objeto, embora a relação sujeito-objeto se mantenha. Ao contrário o realismo diz que o essencial é a coisa que induz o pensamento.

Para dar tempo ao auditório a elucubração é prudente retroagir no passado e radiografar o que se passa 480 a.C. Heráclito de Éfeso, crítico acrimonioso de sua época nos dá fragmentos, como iniciador da Metafísica; nos ensina que tôlas as coisas estão em continuo movimento: "tudo flui e nada permanece como é". Para ele todas as coisas constituem o um e este um é igualmente múltiplo, por estar sujeito a uma tensão dialética. O que desabrocha no múltiplo, realiza-se na unidade (se reduz). Assim calor e frio, bem e mal, vida e morte, são unos e múltiplos.

O criterismo jônico, guiado pelo evoluir de logos, subordina a razão do indivíduo a uma razão universal; o problema é que muitos querem viver, como se fossem o fluxo de todos os acontecimentos (o tempo só passa por eles) dizem os filósofos da época.

Mas foi um empregado de repartição de Berna, Albert Einstein, que indaga através da relatividade qual a relação existente entre nossas idéias habituais de espaço e tempo e o caráter de nossas experiências palpáveis. Responde-nos que existe em cada indivíduo um tempo próprio, subjetivo, que não pode ser medido em si. Podemos enumerar cada acontecimento de tal forma que ao último corresponda o maior número, porém a maneira de enumerar pode

ser inteiramente arbitrária e relativa. Assim, o que se responde, quando nos perguntam: o que causa maior surpresa: a morte pela fome em Biafra, ou o feito fabuloso da Apollo 11? A relatividade generalizada de Einstein nos diz que o conceito de tempo está vinculado ao conceito de espaço e movimento e por assim dizer ao potencial energético. Assim, duas pessoas vivendo o mesmo tempo, no sentido cronometátrico, vivem tempos diferentes, conforme seus potenciais energéticos.

Para o cientista Herman Minkowski, a quarta dimensão na determinação das coordenadas de um acontecimento, é a derivação do coeficiente de tempo.

Talvez seja oportuno regredir no tempo, e exigir do raciocínio dialético, para disciplinar a intemperança do sofisma em relação às noções do tempo. A maiêutica de Sócrates (Parto das idéias) nos tenta dar a verdade clara e diáfana sobre o tempo. Sócrates se propunha através de perguntas habilidosas obter da incongruência e contradição dos adversários, a solução de problemas, diminuindo o tempo de raciocínio através de dialética. Hegel considerado o pai da dialética moderna diz que o espírito como o universo se acham em movimento dialético, mas as transformações das idéias é que determinam as transformações da Natureza. Assim um inventor



Palavras do Cel Dr. Gastão ao tomar posse no CBC como membro associado.

tem uma idéia e a transforma em matéria — o tempo que medeia até a formação desta matéria não poderá ser contado pateticamente sem a subordinação do princípio do tempo ideativo de nosso inventor.

A verdade para a dialética é que cada coisa é uma marcha, um tornar-se, se examinamos uma laranja, vejo uma síntese momentânea de um processo, antes foi flor, e, depois poderá ser uma árvore (amanhã). Conclui-se que todas as coisas estão em realização e se transformam em virtude das leis internas do seu autodinamismo. Há uma diferença entre o tempo mecânico e o tempo dialético em consequência da nova noção inserida de movimento dialético. O evoluir em espiral de uma maçã, dando milhões de maçãs, nos dá apenas um coeficiente de integração temporal mensurável, mas não nos dá o coeficiente interno do movimento reprodutor das mesmas, não nos sendo fornecida a noção de tempo desta maçã, até suas ancestrais. Que importará isto, dirão os senhores. Importa em muito porque houve despendimento energético, se ouvirmos Einstein.

Para Hegel cada coisa é ela própria e sua contradição. Assim, a morte é síntese e antítese da vida, não se podendo mensurar ao certo o tempo medeado simplesmente pelas leis mecânicas.

Os senhores talvez já estejam entendendo que o tempo é uma confusão de idéias e que o “evoluir, encontraria respostas diferentes se aqui estivessem diferentes filósofos, matemáticos, biólogos, etc. Se aqui estivesse Empédocles (430 a.C.) diria que o tempo poderia ser mensurado pela evolução da civilização grega; Malthus mediria o tempo através dos fragmentos da evolução das populações; Spencer dentro da evolução da Sociologia e Tylor a antropologia, e todos teriam seus tempos e razões. Leslie White acha que o tempo se mediria, escoimando-se nos excessos e erros da Humanidade, não importando o tempo físico. A importância de tempo para o químico alemão Stahl é mensurada diferentemente nos seus tubos de ensaio, do que a entelêquia aristotélica. A idéia de mudança fez a evolução sócio-econômica-cultural mudar também a noção do espaço e assim eclipsar a do tempo, como diz Simpson e Crick.

Agora devemos auscultar um pouco Kierkegaard: em cada ser há essência e existência. A essência de uma coisa é sua própria natureza, possibilidade de existir à espera de realização. A existência é uma forma concreta e particular da realização da essência no tempo. Martin Heidegger em sua obra *Sein und Zeit* (Ser e Tempo) — 1927, ao dizer “eu sou Homem, diz eu pertencimento à Humanidade, designando a essência “o humano”; e quando digo “eu sou”, designo minha existência, realização, concreta e particular de alguém no tempo e no espaço. São dois tempos filosoficamente diferentes, referentes ao algo similar.

Para o existencialista Louis Levelle a noção de tempo pático é completamente diversa para um alemão que nasce hoje, vendo a era dos Apolos e um alemão ferido e mutilado na 1.^a Guerra, sem nos precisar valer das diferenças de culturas. O alemão ferido dirá: a morte me espreita doente, levando tempo para me buscar; já o alemãozinho: a vida passa rápido, faltando-me tempo para viver.

Para nos ajudar, aprendamos algo com Edmund Husserl, o iniciador do movimento filosófico da Fenomenologia.



Dr. Poggi, do HCE, ao ser recebido como membro associado do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

DIGRESSÕES FENOMENOLÓGICAS — Para Husserl no conhecimento comum, por uma espécie de encantamento nossa percepção se detém no tempo, em afinidade com a relação objetal externa, desligando-se a atenção do que se passa na estratificação do interior. Assim, suponhamos, eu balançando esta caneta o agitar desperta no interior de cada um, um murmúrio reflexivo. Posso medir o tempo do balouçar da caneta que se diferencia em cada temporalidade peculiar na indução gerada nas camadas internas de cada um. Aqui, ocorreu o que Husserl chama *L'époche*, o ato de libertar a atenção do exterior para se deter na análise do puramente vivido ou experimentado, podendo eu descrever a realidade externa sem poder descrever os conteúdos suscitados em cada um então não suscetíveis de medida. A fenomenologia entende por mando aquela noção psíquica

que as pessoas têm da realidade. Inicialmente o homem como ser biológico se encontrava no mesmo plano que as coisas, mas com o aperfeiçoamento do psiquismo coletivo, o individual começou a construir o mundo a partir do seu Eu — mundo. O homem é sempre um ser “situado”, isto é, pôsto dentro de um contexto histórico-geossocial. O mundo ao qual estou presente é a minha situação e não o mundo na sua totalidade, porque eu devo reconhecer que além desta situação que me envolve há toda uma outra continuidade do mundo em infindas situações, mas que já não são minhas (idéias para uma Fenomenologia pura — Husserl — 1913). Aqui talvez entenda por que varia o tempo para o homem deprimido, normal, maniaco, e o dos cientistas. A Apollo-11, como outras conquistas deverão estreitar o tempo objetivo e dilatar nossos tempos páticos, com a fertilização de nossas imaginações.

O progresso para o homem moderno trouxe-nos um paradoxo — andamos muito rápido sem tempo de dar vazão às dimensões de nossos tempos objetivos, num mundo que transmuda célere, desconhecendo nossa substantividade. Observamos o índice da vitalidade do progresso sem o poder vivenciar e corremos rapidamente da vida para a morte, que não tem tempos objetivos, nem tempos páticos.

O fisiologista Carrel afirma: os tecidos parecem reconhecer o espaço e o tempo, sentindo e se adaptando ao remoto e ao próximo, ao presente e ao futuro.

Husserl criticando o empirismo psicológico, instaura o meio original — a Fenomenologia. Para ele a objetividade sensível não é mais do que realidade segunda saturada de elementos acidentais, que é preciso pôr entre parênteses, se se quer aprender o objeto em sua realidade pura e transcendente, e, em sua identidade essencial. O instrumento apropriado para pesquisa fenomenológica é a intuição eidética (*Wesemscham*), a visão das essências pois a consciência não se pode diferenciar por si mesma, por uma simples visada de intenção. A intuição é dirigida pelas situações provocadas por meio de agentes bem selecionados capazes de inventariar e descrever as vivências de modo neutro, honesto e controlado.

CONCLUSÕES — Há na natureza uma categoria de fenômenos, exatamente os mais interessantes ao nosso intento que escapam às leis físicas e às explicações satisfatórias dentro das extrapolações científicas: são os fenômenos vitais e, entre eles, os fatos psíquicos, que não podem ser totalmente perceptíveis pelos sentidos, muito mais pela intuição, apreensível pela compreensão estática (descrição da vivência em si), ou genética (através das seqüências ou concomitância psicofisiológica).

As dificuldades de entender o tempo vivido e o tempo matemático, nos lembra a necessidade de relembrar o humanista Isidoro de Se-

vilha (ano 560 d.C.); é preciso viver ativamente como se fôsse morrer amanhã, e aprender, intensamente, como se fôsse viver para sempre, não importando o tempo perdido.

Para finalizar, ouçamos Nietzsche — Teoria da Vontade e do Poder — qualquer desquiação do período que medeia entre a Vida e a Morte terá uma mera redução gnosiológica de métodos científicos, em suas mensurações, sempre havendo de viver o Homem, sobressaltado entre as lacunas do tempo post-mortem.

BIBLIOGRAFIA

- LUDWIG BINSWANGER — *Daseinanalytik un Psychiatrie — Nervenarzt* — 1959, n.º 1;
HONÓRIO DELGADO — *Ecología, tiempo animico y existência* — Buenos Aires, 1948;
PAUL SHILDER — *Psychopathology of time* — J. M. M. D. — 1936/T. 83;
EDMUND HUSSERL — *Formale und transcedental e Logik* — 1929;
EDMUND HUSSERL — *Erfahrung und Usterl* — 1939;
MARTIN HEIDEGGER — *Sun und Zeit* — 1927;
JACQUES MARITAIN — *Les degres dux savoir* — 1932;
J. BURNET — *The Hlstory of Greek Philosophy* — 1941;
H. HOFFDING — *Histoire de les philosophi moderne* — Trad. 1942;
EDMUND HUSSERL — *Idéias Relativas a uma Fenomenologia Pura e Investigação Lógica*;
KIERKEGAARD — *O Desespêro Humano*;
GABRIEL MARCEL — *Diário Metafísico*;
JEAN PAUL SARTRE — *O Ser e o Nada*;
HEGEL — *Fenomenologia do Espírito*;
KARL JASPERS — *Introdução à Filosofia*;
KARL JASPERS — *Psicopatologia*;
KANT — *Crítica da Razão Pura; A Crítica da Razão*;
DESCARTES — *Discours de la Methode*;
NIETZSCHE — *Genealogia da Moral*;
HENRY EY E BRISSET — *Tratado de Psiquiatria*;
LERSCH — *As Capas da Personalidade*.

PÊNFIGOS

Dr. JOSÉ RABINOWITS

Maj Méd Chefe do Serviço de Dermatologia do HCE

Dr. ANTONIO CARLOS AYRES

1.º Ten Méd, aluno do CFOM DA EsSEX e Estagiário do Serviço de Dermatologia do HCE

Neste grupo estão incluídas doenças com comprometimento cutâneo e sistêmico, caracterizadas pela formação de bôlhas acantóticas.

ETIOLOGIA — ainda desconhecida, sendo aventadas hipóteses autoimune virótica, deficiência de zinco, etc.

HISTOPATOLOGIA — caracterizada pela formação de bôlhas intraepidérmicas por acantólise.

FORMAS CLÍNICAS:

- 1) Pênfigo vulgar
- 2) Pênfigo vegetante
- 3) Pênfigo foliáceo
- 4) Pênfigo eritematoso.

PÊNFIGO VULGAR — aparecimento súbito de bôlhas em qualquer parte do corpo e mucosas, tendo preferência entretanto, pelas dobras cutâneas. As bôlhas rompem-se, exsudam-se e exulceram-se. O "sinal de Nikolsky" está presente em tôdas as formas de pênfigo. As lesões da mucosa oral e faríngea acarretam dor e dificuldade à deglutição, favorecendo a caquexia.

PÊNFIGO VEGETANTE — é uma variedade de Pênfigo vulgar, cujas lesões bolhosas iniciais rompem-se, exulceram-se e tornam-se vegetantes. As lesões predominam nas axilas, regiões inguinais e genitais. É forma bastante rara no Brasil e a mais grave.

PÊNFIGO FOLIÁCEO — é a forma mais freqüente, sendo encontrado endêmicamente na região rural dos Estados de São Paulo, Mato Grosso, Minas Gerais, Goiás e com menos incidência na Guanabara e Sul do Brasil. Inicia-se com bólhas na face e tórax, principalmente região pré-esternal, tendendo a universalização das lesões, quando então dá lugar ao quadro final: eritrodermia esfoliativa. Não há lesões de mucosas. As lesões são dolorosas e fétidas. Pode haver remissões parciais na evolução da doença.

PÊNFIGO ERITEMATOSO ou **SÍNDROME** de **SENEAR-USHER** — muitos autores o consideram como uma variedade do Pênfigo foliáceo. Caracteriza-se pela presença de três tipos de manifestações: a) *seborréicas*, semelhantes às eczematides do couro cabeludo; b) *eritematosas em vespertílio*, parecidas com as do lúpus eritematoso descóide, na face; c) *bolhosas*, idênticas às do Pênfigo foliáceo, no tronco e membros. As lesões bolhosas são dolorosas e fétidas.

EVOLUÇÃO DOS PÊNFIGOS

O *Pênfigo vulgar* — a doença evolui por surtos sucessivos, podendo haver remissões parciais, porém, é progressivo e a morte sobrevém geralmente no decurso dos dois primeiros anos.

O *Pênfigo vegetante* — o prognóstico é péssimo, pois é uma variedade mais grave do Pênfigo vulgar e o êxito letal ocorre em meses ou no máximo dois anos.

O *Pênfigo foliáceo* — evolui progressiva e lentamente, com surtos de exacerbação e remissões parciais, chegando ao quadro final da eritrodermia esfoliativa. A evolução é de muitos anos, havendo casos de 20 anos de duração.

O *Pênfigo eritematoso* — não há tendência a generalização. A doença surge por surtos mais ou menos prolongados e pode manter-se estacionária por muitos anos. Pode haver involução completa ou mais raramente generalização.

RELAÇÃO PÊNFIGO — IDADE

O Pênfigo foliáceo e o eritematoso acometem crianças e adultos e as outras formas somente adultos.

FISIOPATOLOGIA:

A gravidade da doença decorre da desidratação e hipoproteïnemia produzidas pela exsudação das bólhas. Além disso, a hipoproteïnemia que se faz acompanhar da hipogamaglobulinemia, favorece a infecções

graves: pneumonias, septicemia, etc... Junta-se a isto no Pênfigo vulgar e no vegetante, a dificuldade de deglutição devida às bólhas no orofaringe.

TRATAMENTO:

- 1) *Corticóides*: administração sistêmica em doses elevadas
- 2) *Banhos*: com permanganato de potássio
- 3) *Antibióticos*: nas infecções secundárias
- 4) *Dieta*: hiperprotéica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Dr. Vinicius de Arruda Zamith — "Noções de Dermatologia Prática".
- 2 — F. Noussitou — A. Cordero A. M. MOM — "Compêndio de Dermatologia".
- 3 — Luiz M. Bechelli e Guilherme V. Curban — "Compêndio de Dermatologia".
- 4 — Andrews e Domonkos — "Compêndio de Dermatologia".

RESUMO DE DADOS DO RELATÓRIO ANUAL REFERENTE AO PERÍODO DEZ 68/NOV 69

EFETIVO EM PESSOAL

OFICIAIS:

Médicos	73
Dentistas	11
Farmacêuticos	11
IE	3
QOA	3
QOE	12
Infantaria	1
Capelão	2
Convocadas (ex-Enfermeiras da FEB)	3
Total	117

PRAÇAS:

Subtenente	1
1.º Sargento	24
2.º Sargento	51
3.º Sargento	38
Cabo	11
Soldado	50 (*)
Total	175

CIVIS:

Quadro Permanente	597
Amparados pela CLT	263
Irmãs de Caridade	39
Total	899

(*) Em determinado período dobra esse número.

RESUMO:

Oficiais	117
Praças	175
Civis	899
Total geral	1.191

MOVIMENTO BUROCRÁTICO**AJUDÂNCIA:**

Ofícios expedidos	180
Partes	46
Encaminhamentos	44
Radiogramas e telegramas	88
IPM	5
Sindicâncias	5
Elogios individuais	327

ALMOXARIFADO:

Partes recebidas	102
------------------------	-----

CONTINGENTE:

Ofícios expedidos	816
Ofícios reservados expedidos	67
Encaminhamentos	92
Partes expedidas	125
Notas p/ Boletim	32
Processo de concessão de Licença Especial	3
Referências elogiosas	213

ESTATÍSTICA GERAL:

Documentos recebidos	139
Mapas nosográficos expedidos	8
Mapas nosográficos recebidos	161
Movimento radiográfico e cadastro Raios-X	12
Ofícios expedidos	33
Partes expedidas	68
Programa de Inquérito Estatístico expedido	1
Relatório Anual	1
Relatório Sucinto	1

JMS E JMISC DO M. EX.:

Partes	100
Processos informados	60
Ofícios expedidos	140
Ofícios recebidos	3.150
Ofícios enc. cópias de Atas	1.182

OFICINAS GERAIS E OBRAS:

Ordens de serviços executados	3.595
Partes atendidas	720
Atendimentos sem partes	1.740
Partes expedidas	192
Mapas Mod. 11	12

PAVILHAO DE ISOLAMENTO:

Partes recebidas	218
Memorandos	77
Pedidos de exames	366
Pareceres	415
Documentos reservados expedidos	4

SERVIÇO MEDICO-LEGAL:

Partes e informações	169
Preenchimento de sanidade em Atestado de Origem	242

SECRETARIA:

Ofícios expedidos	12.131
Ofícios reservados expedidos	1.467
Ofícios recebidos	12.810
Ofícios reservados recebidos	349
Telegramas expedidos	2.147
Radiogramas expedidos	1.022
Cópias autênticas	339
Certidões	277
Declarações	23
Requerimentos	289
Inquérito Administrativo	1
Fólias de alterações	64
Térmos de compromisso	60
Processos diversos	187

SERVIÇO DE VIATURAS:

Partes expedidas	74
Fichas de serviço de viaturas	2.047
Relatórios	3

Térmo de Averiguação e Exame (Mat. de Moto)	3
Parecer técnico (Mat. de Moto)	3
Alienação de viaturas	3
Preenchimento de Mapa de Situação (SRMM/1)	1
Preenchimento de Ficha de Situação de Viaturas (SRMM/1) ..	1
Mapas de dados relativos à gasolina (1ª RM)	2
Pedidos trimestrais de lubrificantes	4

SEÇÃO ADMINISTRATIVA:

Ofícios recebidos	181
Ofícios expedidos	147
Partes expedidas	62
Documentos diversos recebidos	29
Documentos diversos expedidos	9
Descarga de material	15
Recebimento de carga	13
Notas p/Boletim	100

TESOURARIA:

Documentos transitados	5.620
Ofícios expedidos	517
Partes e informações	51
Guias de Remessa	279
Radiogramas e Telegramas	30
Ofícios de cobrança	4.468

ATIVIDADES DIVERSAS

BIBLIOTECA

1 — Partes expedidas	32
2 — Partes recebidas	6
3 — Memorandos recebidos	2
4 — Livros técnicos retirados pelos médicos através de recibos arquivados na Biblioteca	65
5 — Consultas feitas pelas enfermeiras	6
6 — Consultas na Biblioteca, feitas diariamente por consultantes diversos	28
7 — Consultas feitas por Oficiais, Sargentos e alunos de Cursos com estágios no HCE	38
8 — Revistas, boletins e folhetins técnicos consultados pelos mé- dicos, enfermeiros ou Oficiais baixados e consulentes diversos ..	40
9 — Movimento de recebimento de livros e revistas durante o pe- ríodo de janeiro a dezembro	472

CENTRO DE ESTUDOS

1 — Sessões ordinárias realizadas no período de janeiro a dezembro de 1969: — 5.

2 — Sessão Solene:

- Reabertura das atividades do CE do HCE — 25 de abril do corrente ano.
- Solenidade de encerramento da Semana da Enfermagem.
- Homenagem do Patrono do Serviço de Saúde do Exército — 27 de maio do corrente ano.
- Solenidade de abertura do Curso de Especialização em Psiquiatria.
- Solenidade do Curso de Auxiliares de Serviços Médicos.
- Encerramento do Curso de Psiquiatria.

3 — Cursos Realizados:

- Hematologia — 17 de junho a 15 de julho do corrente ano.
- Especialização em Psiquiatria — 20 de junho a 19 de dezembro.
- Auxiliares de Serviços Médicos — 1.º de julho a 27 de dezembro.

4 — Conferências:

- Câncer Oral — 8 de maio de 1969.
- Lesões Cancerígenas — 15 de maio.
- Glândulas Salivares — Sialografia — 22 de maio de 1969.
- Psicogênese da Traição de Judas — 30 de maio de 1969.
- Pontos de Referências Anatômicos Normais dos Maxilares — 9 de junho de 1969.
- Radiologia Moderna — 26 de junho de 1969.
- Casos de Traumatologia da Buco Facial — 3 de julho de 1969.
- Introdução aos Estudos dos Antibióticos — 11 de agosto.
- Transplante Renal — 11 de agosto.
- Deformidades Congênitas da Mão — 21 de agosto.
- Pseudo Artrose — 25 de setembro.
- Importância da Avaliação Corpocitária — 30 de outubro.
- Icterícias — 27 de novembro.
- Relações Humanas — 11 de dezembro.

5 — Reuniões Mensais: — 6.

6 — Filmes projetados no período de janeiro a dezembro: — 8.

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA RELIGIOSA

Atividades do Grupo "A": Apostolado da Palavra:

Pregação	175
Catequese	48
Instrução	1
Conferências	32
Contatos pessoais	75
Reuniões diversas	60

Atividades do Grupo "B": Apostolado da Caridade:

Visitas a doentes	3.620
Visitas a presos	55
Visitas a domicílio	—
Processos matrimoniais	22
Habilitações civis	2
Casos sociais	38
Serviços diversos	18

Atividades do Grupo "C": Apostolado do Culto:

Batizados	45
Crismas	—
Missas celebradas	652
Comunhões distribuídas	17.950
Confissões	1.105
Unção dos enfermos	535
Encomendações	320
Procissões (internas)	9
Benções do SS.	12

Obs.: Incluídos entre os serviços diversos (Grupo "B") campanhas de boa leitura, propagandas de Evangelhos, Novos Testamentos, Bíblias, propaganda de revistas católicas (Família Cristã, Renovação Cristã) e Vidas de Santos.

MAPA DEMONSTRATIVO DAS INSPEÇÕES MÉDICAS

Para um total de 145 sessões de dezembro de 68 a novembro de 69, foram realizadas 3.398 inspeções, assim discriminadas:

Dezembro de 68	309
Janeiro de 69	337
Fevereiro	249
Março	310

Abril	266
Maio	253
Junho	243
Julho	265
Agosto	261
Setembro	300
Outubro	284
Novembro	321

Total 3.398

Apto para o exercício de sua função	1.044
Apto para admissão	551
Apto licença para pessoa da família	16
Convém baixar	55
Contrôle de saúde	49
Documento sanitário de origem	7
Gestante	30
Incapaz temporariamente	1.522
Incapaz definitivamente admissão	16
Inválido	66
Incapaz temporariamente admissão	3
Licença tratamento pessoa da família	36
Readaptação	2
Reversão	1
Total	3.398

SEÇÃO ADMINISTRATIVA

A Seção Administrativa superintende as atividades do Hospital através das dependências subordinadas: Tesouraria, Almoxarifado, Aproveitamento, Oficinas Gerais e Serviço de Viaturas que se desdobram em pequenas frações para execução dos serviços concernentes à administração financeira e econômica deste Nosocômio, como sejam: arrecadação, pagamentos, compras, guarda e distribuição de material, etc.

Tem, ainda, a atribuição de coadjuvar o Diretor no planejamento, na coordenação e no controle administrativo de acordo com os dispositivos vigentes, bem assim exercer, secundando a Diretoria, constante fiscalização sobre os pormenores da Administração, a cargo dos diversos agentes, examinando a exatidão das operações realizadas, quer sobre fundos, quer sobre material, esforçando-se para que sejam mantidos em dia todos os registros, o que tem conseguido face a colaboração recebida dos demais responsáveis, para cumprimento de sua complexa missão.

A Seção Administrativa está, no momento, passando por uma fase de transição, de acordo com o novo RAE (Portaria n.º 345-GB, de 18 Out 68), face a modificação no sistema de controle de carga geral, criando para tal fim as seguintes fichas: Ficha Geral de Material Permanente, Ficha de Material Permanente em Uso, Ficha Auxiliar de Material Permanente por Grupos e Classe (geral e dependências), Ficha de Material Numerado e Ficha Auxiliar de Distribuição.

Apesar dessa inovação vem a Seção mantendo em ordem e em dia toda a escrituração do material permanente distribuído às diversas dependências do Hospital, no valor de NCr\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil cruzeiros novos) aproximadamente.

As mencionadas dependências desenvolveram no período suas atividades de forma a apoiar os órgãos técnicos de saúde, que se dedicam à análise, exame e cura das enfermidades, finalidade precípua do Hospital.

Estas atividades estão evidenciadas nos seguintes dados:

Tesouraria:

Prestação de contas: — Foram prestadas mensalmente dentro dos prazos regulamentares todas as contas desta Unidade Administrativa, referentes ao Pessoal, Material e outros encargos.

Carga: — A carga distribuída à Tesouraria encontra-se rigorosamente em ordem e em dia.

Movimento financeiro — Economias Administrativas: — O movimento de Receita e Despesas do título "Economias Administrativas", no período a que se refere o presente relatório, foi o seguinte:

Receita:

	NCr\$
a) Saldo em 30 Nov 68	218.013,55
b) Recebido de Rendas Internas	458.589,29
c) Recebido de Despesas Hospitalares	543.109,11
d) Recebido de Diárias de Hospitalização	1.916.994,70
e) Recebido de Descontos Internos	28.565,50
f) 8% do Saldo do Rancho	208.545,55
Soma	3.373.817,70
Despesas realizadas	3.334.383,74
Saldo	39.433,96

Rancho: — O título "Rancho" apresenta no período considerado o seguinte movimento:

Receita:	NCr\$
Etapas de Alimentação	2.523.179,02
Outras Receitas de Rancho (Refôrço)	4.782,16

Despesas:

Despesas realizadas até 30 Nov 69	2.081.060,01
Saldo transferido para a COSEF	52.136,40
Saldo transferido para as EEAA	394.764,77

Serviços Técnicos e Gabinete de Clínicas Especializadas:

A soma das indenizações pelo tratamento de ambulatórios nos diferentes serviços e gabinetes de Clínicas Especializadas e indenizações de hospitalização, à vista, a importância de NCr\$ 458.589,29 (quatrocentos e cinquenta e oito mil, quinhentos e oitenta e nove cruzeiros novos e vinte e nove centavos), a qual foi incluída como rendas internas no título "Economias Administrativas", e integralmente empregada na aquisição de materiais e em uso nos próprios Gabinetes e Serviços de que provieram.

Vencimentos e vantagens: — Foi requisitada ao Estabelecimento Central de Finanças, à conta das respectivas dotações, a importância de NCr\$ 11.130.296,49 (onze milhões, cento e trinta mil, duzentos e noventa e seis cruzeiros novos e quarenta e nove centavos), destinada ao pagamento de vencimentos e vantagens do pessoal em serviço neste Hospital, bem como a diária de hospitalização e etapas dietéticas de Oficiais e Praças. Neste total estão incluídos: Consignações, Indenizações, Despesas a anular e Importâncias não Relacionadas, a cargo do Estabelecimento Central de Finanças, Descontos Internos a cargo desta Unidade, Transferências para o Rancho e EEAA, a título de indenizações diversas.

Quantitativos de material: — O orçamento analítico do Ministério do Exército para o exercício relatado, atingiu a esta Unidade, para atender aos seus encargos em relação a material, dotações no total de NCr\$ 370.707,00 (trezentos e setenta mil, setecentos e sete cruzeiros novos), sendo que neste montante não está incluída a verba para pagamento às Irmãs de Caridade, estando assim discriminados:

	NCr\$
— 07.05.08.2.010 — Coordenação dos Serviços Administrativos Operacionais	84.533,00
— 3.1.2.0 — Material de Consumo	63.700,00
— 3.1.3.0 — Serviços de Terceiros	222.354,00
— 3.1.4.0 — Encargos diversos	120,00
Total	370.707,00

Suplementação: — Recebemos durante o período suplementação num total de NCr\$ 74.984,00 (setenta e quatro mil, novecentos e oitenta e quatro cruzeiros novos), assim discriminados:

	NCr\$
Restos a pagar, exercício de 1958	5.000,00
Irmãs de Caridade	69.984,00
Total	74.984,00

APROVISIONAMENTO

Cozinhas: — Possui o Hospital três cozinhas que estão assim discriminadas:

Cozinha Geral: — destinada à confecção das dietas das praças hospitalizadas, está, no momento, passando por reforma completa.

Cozinha do Pavilhão Marechal Ferreira do Amaral: — destinada à confecção das dietas do pessoal baixado nos seguintes Pavilhões: PI, PCPC, PMFA, PCHM, PMHL, e confecção dos alimentos fornecidos aos sargentos, funcionários e acompanhantes.

Cozinha do Pavilhão de Oficiais: — confecciona a alimentação destinada àquele Pavilhão.

Depósitos de gêneros: — Possui dois depósitos com capacidades para armazenar gêneros para um consumo aproximado de dez dias, um próximo à Cozinha Geral e outro no Pavilhão Marechal Ferreira do Amaral.

Rancho: — Atualmente o Aprovisionamento possui seis refeitórios, estando assim distribuídos: um designado aos Oficiais do efetivo, localizado no Pavilhão Central; outro instalado no PMFA, sendo este, dividido em refeitório A e B. O refeitório A é destinado aos funcionários civis e aos acompanhantes de baixados, o refeitório B é destinado aos sargentos em serviço, refeitório dos cabos e soldados que funciona no Pavilhão do Contingente; refeitório dos serventes e o do Pavilhão de Oficiais.

Alimentação: — A alimentação é confeccionada com gêneros de primeira qualidade, obedecendo-se rigorosamente ao sistema dietético em vigor no Exército, de que trata a Tabela publicada no Boletim n.º 93, de 3 de fevereiro de 1932. A alimentação dos acompanhantes, sargentos e funcionários civis é feita com cardápio aprovado pela Administração deste Nosocômio.

Aquisição de gêneros alimentícios: — A aquisição de gêneros é feita no Armazém Reembolsável do Estabelecimento Pandiá Calógeras e em firmas particulares, na conformidade do art. 126, § 2.º, letra "d", artigo 126, § 2.º, letra "i" e do art. 127, § 5.º, do Decreto-lei n.º 200, de 25 Fev 67.

Valor e número de rações: — A etapa, no período relatado, teve os seguintes valores:

	NCr\$
— Mês de dezembro de 1968:	
Oficiais e Sargentos	3,64
Cabos e Soldados	3,26
— Meses de janeiro e junho de 1959:	
Oficiais e Sargentos	4,52
Cabos e Soldados	4,06

— Meses de julho a novembro de 1969:

Oficiais e Sargentos	4,95
Cabos e Soldados	4,45

Foram fornecidas durante o período, aproximadamente, 2.350.410 refeições (café, almoço e jantar), a baixados, oficiais, sargentos, funcionários e acompanhantes.

QUADRO DEMONSTRATIVO DO MOVIMENTO FINANCEIRO DO SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO NO PERÍODO RELATADO

M E S	RECEITA	DESPESA	SALDO
Dezembro de 1968	208.902,03	161.566,30	47.335,73
Janeiro de 1969	155.089,92	151.885,61	3.204,31
Fevereiro de 1969	159.489,91	159.489,91	—
Março de 1969	250.094,38	209.237,17	40.857,21
Abril de 1969	216.032,79	165.597,25	50.435,54
Maio de 1969	193.587,45	167.850,45	25.737,00
Junho de 1969	219.488,24	177.528,69	41.959,55
Julho de 1969	202.402,19	179.157,50	23.244,69
Agosto de 1969	244.383,53	230.914,40	13.469,13
Setembro de 1969	223.416,58	190.259,60	33.156,98
Outubro de 1969	219.247,73	204.808,94	14.438,79
Novembro de 1969	231.918,70	225.969,10	5.949,60

OFICINAS GERAIS

As Oficinas Gerais deste Hospital funcionam em ritmo intenso no que concerne à conservação dos bens imóveis, compreendendo readaptações, reparos, pinturas gerais de imóveis e mobiliário, recuperação e manutenção das instalações elétricas, rede hidráulica, esgoto e gás, equipamentos e acessórios em geral; atendendo dentro de seus recursos as inúmeras ordens de serviços em todos os setores do Nosocômio, esforçando-se no sentido de dar maior colaboração à orientação da Administração, apresentando o seguinte movimento:

Durante o período mencionado o movimento de obras, reformas e adaptações, foram executadas, entre outras, as seguintes:

1 — SERVIÇO RADIOLÓGICO: Conclusão das obras de reforma e pintura geral interna e externa compreendendo ainda adaptações e melhoramentos das dependências internas como salão de exames, câmara escura, vestiários, construção de um banheiro completo, construção de uma copa com pia de aço inoxidável, instalação de um aparelho de ar condicionado. No Laboratório de Análises Clínicas, que fica no andar superior do Pavilhão onde funciona o Serviço de RX, rebaixamento do fôrro da ala direita de aplicações técnicas; substituição das instalações elétricas; instalações de exaustores e revestimento do piso de uma sala de espera com vulcapiso.

2 — PAVILHÃO CENTRAL (ADMINISTRAÇÃO): Restauração das paredes externas, pintura externa inclusive cúpula, compreendendo renovação da pintura antiga e aplicação de super concretina e aluminolac e a óleo nas esquadrias; nas dependências da Tesouraria, no 3.º Pavimento, foram construídos 4 (quatro) banheiros completos e uma copa, com azulejos em côr, piso marmorizado, armário de aço, balcão em fórmica e forrado em chapa de aço inoxidável, mictório de aço inoxidável, boxe de alumínio e acrílico e louça de côr.

3 — PAVILHÃO DE CIRURGIA HUMBERTO DE MELO: Instalações de persianas nos 1.º e 3.º pavimentos, instalação de aparelho de ar condicionado nas salas de operação e recuperação; reparos na caldeira e instalações de água quente; restauração de pisos de cerâmica.

4 — 1.º PAVILHÃO: Construção de boxes nas dependências das 1.ª e 2.ª Enfermarias que são destinadas à sala de exames, de enfermagem e refeitório — com móveis forrados em fórmica; substituição das vidraças quebradas.

5 — 13.ª ENFERMARIA: Serviços de reparos e pintura nas dependências internas e externas e restauração de piso de cerâmica.

6 — PEDIATRIA: No ambulatório foram executados trabalhos de reforma geral, compreendendo restauração dos gabinetes de consultas, nas salas de admissão e enfermagem; construção de dois sanitários completos, um gabinete para chefia, instalação de oito boxes (quartos) em chapas de aço, para hospitalização; aplicação de vulcapiso; reforma da copa.

7 — PÁTIO: Preparação de uma área de 2.300 m² nos fundos do Hospital e outra de 3.000 m² ao lado do muro e mais 12.000 m² das alamedas entre Pavilhões e dos portões de acesso ao interior do Hospital e asfaltamento das ditas áreas, (colaboração da Nova Usina de Asfalto — SURSAN), construção de novos canteiros de ajardinamento e de estacionamento.

8 — PAVILHÃO CANROBERT PEREIRA DA COSTA: Foram iniciados os trabalhos de reparos gerais e pintura. Construídos quatro sanitários completos em côr no 2.º pavimento; instalação de divisões de aço nos Hall dos 2.º e 3.º pavimentos; instalação de um balcão de aço no Hall do térreo para o serviço de admissão e portaria iniciados os serviços de restauração dos sanitários coletivos compreendendo substituição dos pisos, ladrilhos, descargas, louças e tanque; reforma das copas e armários.

9 — PAVILHÃO MARECHAL HENRIQUE LOTT: Foram iniciadas obras de adaptações de quatro salas nas dependências destinadas ao aparelhamento do serviço de RX, e câmara escura; reforma de um banheiro coletivo no 2.º pavimento.

10 — PAVILHÃO DE OFICIAIS: Reforma nas dependências e instalações de água quente, constando a recuperação total de uma caldeira; impermeabilização do poço do elevador; substituições e reparos gerais; reforma do apartamento "J" — compreendendo substituição do piso em

vulcapiso, pintura geral, restauração do sanitário, com aplicação de azulejos em côr, piso em marcopiso, armário de aço inoxidável; louças e banheiro em côr, rebaixamento do teto em gesso e boxe de alumínio e acrílico.

11 — PAVILHÃO DE ISOLAMENTO: Conclusão das obras de construção do novo Pavilhão anexado àquela dependência e execução de reparos nas Enfermarias do antigo Pavilhão.

12 — PAVILHÃO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA: Reparos nas dependências das Enfermarias A, B, C e D e instalações hidráulicas e elétricas, pintura e reparos gerais.

13 — PAVILHÃO MARECHAL FERREIRA DO AMARAL: Instalação de BRISES SOLEIL nas varandas dos 2.º e 3.º Pavimentos; restauração do ambulatório de obstetrícia. Substituição das vidraças quebradas; reforma geral das caldeiras e das instalações de água quente a vapor.

14 — CONTINGENTE: Reparos nas instalações sanitárias, pintura do Rancho e construção de uma copa; reforma do balcão do rancho com lavabos e tampos de aço inoxidável.

15 — OFICINAS GERAIS: Atêrro e cimentado nos pisos dos boxes e substituição de equipamentos principalmente da Carpintaria.

16 — CAPELA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS (Igreja): Restauração do fôrro em eucatex; substituição das instalações elétricas das novas calhas fluorescentes e pintura interna.

— ANÁLISES DOS SERVIÇOS E DAS OBRAS EM ANDAMENTOS: Quanto às obras constantes do nosso planejamento face às necessidades mínimas no que diz respeito a assistência aos militares e seus dependentes, se faz mister a execução das obras estudadas e aprovadas, prosseguimento das iniciadas, restauração dos antigos pavilhões e conservação e adaptações dos demais pavilhões, cujas exigências visam alcançar um melhor padrão nos atendimentos na parte de aplicação técnica como na assistência social.

— ESBOÇO DO PLANO DE TRABALHO A SER CUMPRIDO EM 1970 E EXERCÍCIOS SEGUINTE: Fazem parte do plano de obras para o exercício de 1970 e exercícios seguintes, entre outras, já incluídas no plano piloto do HCE, em colaboração com a Diretoria de Obras, os seguintes itens:

1 — COZINHA GERAL: Restauração e aumento das dependências bem como depósito de gêneros e novo Refeitório (Obra iniciada).

2 — ALMOXARIFADO: Construção de um novo depósito de material para o Almoxarifado.

3 — CALÇAMENTO: Prosseguimento dos serviços de calçamento dos canteiros de estacionamento e de ajardinamento e reparos das calçadas.

4 — PAVILHÃO DE ISOLAMENTO: Reforma do antigo Pavilhão que se encontra em péssimo estado e instalação do Gerador.

5 — CAPELA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS: Modificações nas posições das mesas de mármore e do altar do Santuário.

6 — CASA DAS IRMÃS: Substituição dos pisos, lavabos e peças das instalações sanitárias.

7 — CASA DE FORÇA: Aumento de carga, de 160 para nova potência de 450 Kwa com a modernização da Subestação Transformadora.

8 — 7.º PAVILHÃO — Ampliação das instalações do SO e da clínica Uroproctológica.

9 — SERVIÇO DE ANESTESIA E TRANSFUSÃO DE SANGUE: Pintura interna e reparos nas instalações de Serviço de Anestesia e Transfusão de Sangue.

10 — PAVILHÃO CANROBERT PEREIRA DA COSTA E PAVILHÃO FERREIRA DO AMARAL. Construção de apartamentos especiais.

11 — PAVILHÃO DE OFICIAIS E PAVILHÃO MARECHAL HENRIQUE LOTT. Reparos e pintura geral.

12 — FARMÁCIA: Reinstalação da seção hipodérmica.

13 — PAVILHÃO CENTRAL: Revisão da cobertura.

14 — INTERLIGAÇÃO DOS PAVILHÕES: Prosseguimento da execução do plano de construção visando a interligação dos pavilhões.

15 — LAVANDARIA: Instalação e atualização dos serviços de Lavandaria face a demanda de suas tarefas. Isto é, atendimento decorrente do movimento de hospitalização de 1.250 leitos-dia, em média.

16 — RÊDE DE ESGOTO: Restauração total da rede de esgoto.

17 — OFICINAS GERAIS: Modificação de infra-estrutura no que tange às Oficinas Gerais deste Hospital, julgando na sua reorganização dar uma base mais funcional, isto é, criação de uma seção de ferramentas e equipamentos, uma sala única (PC) de concentração do pessoal de serviços braçais (vestiário e banheiros).

Remodelação do almoxarifado e escritório com escrituração na base de fichários, visando melhor domínio e controle de material.

Para execução deste plano é necessária a dinamização de providências no escalão de obras (DOFE), no sentido da construção do prédio já projetado de dois pavimentos desde o Contingente até as Oficinas de Viaturas, inclusive.

ALMOXARIFADO

Como determina a legislação em vigor ao Almoxarifado cabe a gestão e contabilidade do material a seu cargo, efetuar as compras, mandar realizar os consertos ou reparos no respectivo material, extrair os pedidos regulamentares de material ou prestações de serviços, dentre outros encargos que lhe são afetos.

Assim, o Almoxarifado no período observado imprimiu um ritmo de trabalho ativo e ininterrupto para atender aos múltiplos interesses do Hospital, não obstante a escassez de meios para a demanda de solicitações.

As reais necessidades do Hospital, no tocante a material, podem ser classificadas as linhas gerais nas seguintes classes:

a) Material de Expediente (abrangendo artigos de papelaria e impressos);

b) Material Técnico Permanente (abrangendo a aparelhagem médica usada, como estetoscópios, aparelhos de pressão, estufas, esterilizadores, aspiradores, focos, mobiliários, etc.);

c) Material Técnico de Consumo (abrangendo fios de sutura, luvas, filmes de raios-X, seringas, sondas, equipamentos, cateteres, etc...);

d) Material de limpeza (abrangendo desinfetantes, desodorizantes, sabões para Lavandaria e outros fins, vassouras, etc...);

e) Material de Ferragens (abrangendo peças de reposição, como canos, fechaduras, vidros, louças, talheres, ventiladores, condicionadores de ar, geladeiras, tecidos, etc...);

f) Material de Construção;

g) Reparos em aparelhos não especializados (abrangendo consertos em câmaras frigoríficas, centrais de ar condicionado, lavadoras de roupa, geladeiras, bebedouros, elevadores, persianas, etc...);

h) Reparos em aparelhos especializados (abrangendo bisturis elétricos, aspiradores de secreção, raios-X, autoclaves, estufas, camas Fawler, etc...);

Durante o ano de 1969, cercou-se o Almoxarifado do máximo cuidado nas relações com os fornecedores visando principalmente o interesse do Hospital. Assim é, que diversas medidas tomadas anteciparam-se à regulamentação saída em meados do p.f., tais como:

a) inscrição de cada fornecedor para constituição do "Cadastro Geral de Fornecedores";

b) apresentação de atestados de idoneidade das Firms, como "Registro no DFC", "Contratos Sociais", etc...

c) exigências quanto ao prazo de entrega e de validade de preços, etc... Tais precauções revelaram-se de grande valia na prática e foram consagradas pela inclusão na Portaria Ministerial n.º 278-GB, de 17 de julho de 1969, proporcionando à Administração a satisfação de ter agido com acerto preconizado pelas autoridades.

QUANTITATIVOS:

Fornecedores inscritos	102
Média mensal de despesa	NCR\$ 90.000,00
Material de maior consumo. Filmes de Raios-X e Fios de Sutura.	

Depósito: Ressente-se o serviço de um depósito amplo, onde pudesse apropriadamente ser estocado e controlado o material, trazendo significativa economia de tempo e recursos.

Atualmente, o sistema de atendimento direto, quase sempre urgente não permite maiores especulações sobre fornecedores e preços. Se se dispusesse de local adequado, poder-se-ia planejar aquisições maiores, por preço mais vantajoso, e o atendimento seria bem mais eficiente.

SERVIÇO DE VIATURAS

O Serviço de Viaturas, pôde, como nos exercícios anteriores, sobrepor-se às dificuldades e manter em serviço as 20 (vinte) viaturas de que dispõe o Hospital, não obstante 50% delas se encontrarem desgastadas pelo constante uso.

Além da manutenção das viaturas, aquêlê Serviço, através de sua Seção de Pinturas, realizou trabalhos de restauração de armários, camas e aparelhos diversos pertencentes às dependências dêste Nosocômio.

A economia eficiente que êste Serviço oferece ao Hospital, através dos trabalhos que realiza com baixo custo operacional e aproveitamento da matéria-prima e do material rodante, indispensável às nossas atividades, evidencia-se nos números abaixo, relativos ao consumo de combustível e lubrificantes:

Consumo de gasolina	45.690 litros
Recebido	46.600 litros
Movimento de viaturas	2.047

LAVANDARIA

Peças lavadas durante o período:

Aventais	21.698
Ataduras	17.847
Calças	22.223
Camisas	21.239
Campos	31.909
Colchas	161.757
Compressas	20.302
Envelopes para luvas	25.263
Fronhas	130.246
Gorros diversos	16.100
Guardanapos	14.881
Jalecos	15.524
Máscaras	18.466
Macacões	13.602
Panos para louça	3.841
Lençóis	273.396
Pijamas	88.800

Sacos diversos	38.679
Toalhas de rosto	102.297
Toalhas de banho	7.923
Toalhas de mesa	15.464
TOTAL	1.061.457

SEÇÃO DE COSTURAS

Peças confeccionadas:

Aventais	342
Capas de colchões	88
Capas de balão de oxigênio	46
Camisas de cretone branco	2
Calças de brim branco	76
Calças de mescla	38
Camisolas de cretone	96
Cortinas	12
Capas de travesseiros	50
Capas para máquinas	3
Consertos de fronhas	100
Cobertores marcados	57
Consertos de lençóis	29
Colchões	40
Campos duplos	95
Campos	1.243
Campos fenestrados	120
Campos ginecológicos	6
Envelopes	305
Fronhas	156
Gorros	684
Jalecos	478
Lençóis	129
Lençóis plásticos	20
Luvas para doentes	6
Máscaras	606
Panos de prato	20
Pijamas	1.460
Reformas de jalecos	425
Sacos de roupa	79
Sacos de café	82
Suspensórios	131
Toalhas	57
Uniformes	786
Total	7.867

MOVIMENTO TÉCNICO

RESUMO GERAL DOS PRINCIPAIS MOVIMENTOS TÉCNICOS

Atendimentos (inclusive consultados)	66.449
Anestesias	2.684
Abreugrafias	4.696
Aparelhos gessados	314
Anestesias dentárias	2.220
Altas do HCE (total)	14.164
Anestesiados no Arsenal Cirúrgico	725
Atendimentos na Farmácia	35.050
Aptos	3.603
Atendimentos dentários	6.978
Baixas ao HCE	13.995
Broncografia	7
Broncoaspiração	12
Broncoscopia	15
Curativos de queimados e plastias	45
Curativos diversos	19.579
Cobaltoterapia	3.704
Cancerologia	615
Curados (Altas)	4.570
Consultas dentárias	6.978
Curativos dentários	1.933
Curativos nas puérperas	1.923
Curativos umbilicais	2.153
Curativo retal	3.134
Dentaduras	149
Exames do ACD e Sanidade	1.847
Embalsamamentos	16
Extrações dentárias	2.326
Existiam baixados	1.181
Exames hematológicos	33.203
Exames imunológicos	6.713
Exames bioquímicos	22.151
Exames citológicos	497
Exames bacterioscópicos e parasitológicos	2.135
Esofagoscopia	18
Entrada de cadáveres	32
Entraram p/baixa no HCE	13.995
Ficam existindo (baixados)	1.012
Falecimentos (crianças — maternidade)	14
Fetos (SML)	10
Ginecologia	374
Gemelar	10
HCI (transferido para)	287

HPMG (transferido para)	1
HG S. Paulo (transferido para)	2
Intervenções cirúrgicas	2.606
Injeção venosa	17.492
Injeção muscular	20.586
Injeção subcutânea	837
Incrustação dentária	128
Intervenções cirúrgicas no Arsenal Cirúrgico	725
Inspeções da JMS	1.992
Inspeções da JMISC do ME	3.398
Intervenções pela Clínica Otorrinolaringológica	1.363
Incapazes definitivamente	302
Laudos de ACD	139
Laudos de necropsias	40
Lavados brônquicos	356
Laringoscopia direta	9
Laudos de sanidade	12
Massagens fisioterápicas	4.267
Massagens prostáticas	13.509
Necropsias	26
Nebulizações (aplicação)	132
Nascimentos { sexo feminino	359
Nascimentos { sexo masculino	350
Nascimentos prematuros	31
Nascimentos natimortos	14
Óbitos ocorridos no HCE	264
Obturação a silicato	54
Ondas curtas	2.629
Oxigênio (litros)	3
Operações cirúrgicas	728
Operações realizadas no Arsenal Cirúrgico 3	725
Óbitos de crianças	14
Óbitos de senhoras	4
Pareceres p/diversas juntas	2.394
Pontostat	1.142
Parto normal (masculino)	350
Parto normal (feminino)	359
Parto cesáreo	102
Parto a fórceps	26
Por outras causas (altas de pacientes)	8.673
Pareceres de doentes	445
Radiografias	26.729
Radiografias dentárias	2.428
Receituário grátis	NCr\$ 978.534,62
Receitas de entorpecentes	2.609
Receitas médicas atendidas	72.156

SMI (transferidos para)	64
Transferidos p/diversos hospitais	355
Tele-radiografias	1.120
Vendas à vista pela Farmácia	NCr\$ 179.494,77
Vendas a crédito aos baixados	NCr\$ 143.687,11
Transfusão de sangue	1.125 — 601,500 litros
Transfusão de plasma	305 — 71,250 litros

HOSPITALIZAÇÃO

Existiam	1.181
Entraram	13.995
Saíram	14.164
Ficam existindo	1.012

CLÍNICA DERMATOLÓGICA

Militares da Ativa	120
Militares da Reserva e Reformados	74
Dependentes de militares	185
Funcionários Cíveis	46
Dependentes de funcionários civis	64
Parecer para outras Enfermarias do HCE	148
Parecer para JCS	23
Parecer para JMISC	46
Parecer para JMS/1.ª RM	10
Parecer para JMM/Gu-VM	6
Parecer para JMS/2 Gu-VM	4

Toal de atendimentos	726
----------------------------	-----

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

Betaterapia	462
Consultas	3.829
Curativos	1.144
Operações	226
Parecer p/JMS	350
Vaporizações	22

CLÍNICA OTORRINOLARINGOLÓGICA

Atendimentos	1.355
Curativos	1.065
Inalações	647
Operações	1.363

PCPC (3.º andar)

Aparelhos gessados	314
--------------------------	-----

SERVIÇO DE ANESTESIA, GASOTERAPIA E TRANSFUSÃO DE SANGUE

Anestesias executadas	2.684
Transfusão de sangue (601,500 litros)	1.125
Transfusão de plasma (71,250 litros)	305

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

Massagens	4.267
Pantostat	1.142
Ondas curtas	2.629
Infravermelho	341
Ultravioleta	491
Calor úmido	1.988
Tração cervical	964
Mecanoterapia	2.522
Atend. a baixados	5.553
Atend. em ambulatório	8.845

PMHL

Cobaltoterapia	3.704
Roentgenterapia	867
Cancerologia	615
Ginecologia	374

PCHM

Curativos	7.544
Clínica Cirúrgica	285
Atendimento em ambulatório	708
Consultas	1.095
Injeções musculares	10.252
Injeções venosas	9.185

CLÍNICA PROCTOLÓGICA

Atendimento a baixados	1.583
Atendimento em ambulatório	2.667
Colheita de material	73
Curativo retal	3.134
Matrículas	1.741
Parecer p/JMS	139
Pequenas intervenções	84
Retossigmoidoscopia	125

CLÍNICA UROLÓGICA

Quadro Demonstrativo das Atividades do Ambulatório:

Atendimento a baixados	2.326
Atendimento em ambulatório	2.581
Cateterismo uretral	3.539
Cateterismo ureteral	368
Cistoscopia	386
Chapas simples	307
Curativo geral	30
Colheita de material	2.078
Dilatação uretral	5.292
Instilação vesical	1.118
Injeções venosas	186
Lavagem de sonda e bexiga	8.538
Massagem prostática	13.509
Matrículas	1.570
Nefrografias	220
Parecer para JMS	237
Pequena intervenção	205
Pielografia retrógrada	112
Uretrografia	102
Urografia excretora	95
Total de Atendimentos	34.261

MOVIMENTO CIRÚRGICO

Adenomectomia	1
Biópsia (orquite)	1
Cistolitotomia suprapública	2
Cistectomia parcial (Exérese de tumor vesical)	1
Cistostomia evacuadora	1
Cura cirúrgica de CORDEE	1
Diverticulectomia	1
Eletrocoagulação endoscópica (Pólipo vesical)	2
Exérese e eletrocoagulação de tumor vesical	2
Cura cirúrgica de hidrocele	2
Exploração cirúrgica	1
Fistulectomia transvesical	1
Fistulectomia	4
Nefropexia (KELLY-DEMING)	1
Nefrolitotomia	1
Nefrectomia	5
Orquiectomia	1
Prostatectomia suprapública	16

Postectomia	3
Pielolitotomia	2
Ressecção endoscópica	1
Talha hipogástrica	2
Uretroplastia	1
Ureterostomia bilateral	1
Ureterolitotomia	6
Ureterotomia	1
Ureterolitotomia endoscópica	1
Total	62

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

MOVIMENTO

Pacientes atendidos e número de exames realizados no período:

ATENDIMENTOS

Generais	521
Oficiais	2.746
Subtenentes e Sargentos	2.537
Cabos e Soldados	7.068
Dependentes de militares	4.223
Funcionários Civis	1.549
Ex-Combatentes	912
Dependentes de funcionários	1.157

Total de Atendimentos 20.713

Total de Exames Realizados 64.695

Valor Total dos Exames Realizados NCr\$ 110.619,45

DESPESAS

	NCr\$
Aquisição de reativos	10.370,68
Aquisição de vidraria	5.406,68
Aquisição de instrumental	1.870,36
Aquisição de gráfico	8.385,66
Aquisições diversas	1.492,80
Total	27.426,18

Durante o ano de 1969, foram realizadas 13.404 radiografias e 4.696 abreugrafias, das quais 7.387 em doentes internos e 4.407 em doentes externos, 1.204 a pedido de Juntas Militares de Saúde e 406 em funcionários deste Hospital e respectivas famílias.

Continuam armazenados no Estabelecimento Central de Material Sanitário do Exército os dois aparelhos de Raios-X adquiridos em 1967 para o Serviço de Raios-X, ambos de fabricação Philips, sendo um de 500 M.A. e outro, um Tomógrafo Universal (Polytone), os quais aguardam a preparação das salas já em fins de construção no Pav. Lott, para sua instalação, em virtude de não possuir o Gabinete espaço necessário para sua montagem.

Foram realizadas obras de melhoramentos nas várias dependências do Serviço incluídos ampliação da Câmara Escura com instalação de novos tanques de aço inoxidável, refrigeração da sala de laudos, além de serviços correlatos de alvenaria, pintura geral, reforma da instalação elétrica, e dotação de recursos indispensáveis de molde a proporcionar maior conforto ao pessoal em serviço e melhores condições de atendimento aos pacientes.

Para melhor atender suas finalidades e situar o Serviço à altura das tradições do HCE — Hospital padrão do Serviço de Saúde — solicitamos, no corrente ano, o seguinte material e benfeitorias para nossas instalações:

— Substituição dos aparelhos antigos, por possuírem mais de 30 anos de uso, por outros modernos e mais aperfeiçoados no sentido de aprimorar o padrão técnico dos trabalhos e aumentar o seu rendimento.

Em razão desses motivos solicitamos ao Escalão Superior 2 aparelhos de 500 M.A. e um de 300, além de um portátil para exame nas enfermarias e a domicílio.

Visando ainda a modernização das instalações solicitamos o fornecimento de um circuito fechado de televisão a ser acoplado a um dos aparelhos, 1 máquina de revelação automática para revelação e secagem em 90 segundos.

Um Intercomunicador para comunicação rápida com os vários setores de trabalho do Gabinete.

Armário especial, à prova de luz, para guarda de filmes nas Câmaras Escuras.

Conclusão das obras da Câmara Escura com a substituição do aparelho de ar refrigerado e colocação de novo piso isolante, instalação de sistema acústico de comunicação com a Câmara Clara etc.

Têm sido realizados, nas medidas das nossas necessidades, os reparos indispensáveis à aparelhagem existente, quando, em razão da sobrecarga de trabalho, sofrem alguma pane.

É neste particular que se tornam mais urgentes as nossas necessidades.

Em épocas passadas a dotação do Gabinete, em oficiais médicos, era de 4 radiologistas, quando o número de atendimentos era bem menor que o atual. É desnecessário frisar que a demanda cresce a cada dia que passa e o efetivo não acompanha, na mesma proporção, essa evolução criando sérios problemas, não só no ponto de vista técnico como administrativo. Tal situação vem ocasionando grandes restrições no desempenho dos inúmeros encargos que nos estão afetos, sobretudo o atendimento, com urgência necessária, dos casos graves que são encaminhados e os conseqüentes riscos daí decorrentes, assim como o retardamento dos períodos de hospitalização e tantos outros problemas correlatos, tudo isso em virtude da deficiência de meios para superar as dificuldades atuais.

Dêsse modo, visando minimizar as dificuldades apontadas, fomos forçados a modificar o plano de férias regulamentares, que são semestrais, em virtude da natureza do serviço, a fim de não permitir o afastamento, de uma só vez, de mais de dois elementos.

Dos 11 sargentos manipuladores existentes em nosso efetivo, um desempenha suas funções no Serviço de Radioterapia há cerca de 4 anos, outro se encontra em licença para tratamento de saúde há mais de 2 anos, e, dos 9 restantes, freqüentemente, temos um ou dois em gozo de férias.

Compulsando os dados relativos ao número de atendimentos do ano corrente, existentes em outro trecho deste relatório, concluiremos, facilmente, as dificuldades que temos de superar para desempenhar as nossas múltiplas atribuições.

A situação tornar-se-á mais difícil, em futuro próximo, quando forem inauguradas as novas instalações que receberão mais dois aparelhos, como aludimos linhas acima, além de uma nova Câmara Escura e respectiva Câmara Clara, para os quais necessitaremos de mais 4 manipuladores.

Não há, em absoluto, nenhuma possibilidade para, com o efetivo atual atendermos ao volume de serviço existente num hospital de cerca de 1.300 baixados, onde funcionam duas Juntas Militares de Saúde, com a responsabilidade ainda de atender os casos de emergência originários dos ambulatórios, notadamente da ortopedia, pediatria e obstetrícia, geralmente no mesmo dia, além de outros que nos são solicitados, perfazendo um total diário de cerca de 60 (sessenta) exames, excluindo-se as abreugrafias, cujo número é geralmente mais elevado, sem contar com as demais obrigações inerentes ao cargo.

O quadro abaixo, cujos dados foram extraídos dos mapas mensais, nos dará uma idéia comparativa do movimento de Gabinete, durante os anos de 1968 a 1969, para aquilatar-mos o número de atendimento em todos os setores.

**QUADRO DEMONSTRATIVO DE DOENTES ATENDIDOS
NO SERVIÇO, DURANTE OS ANOS DE 68-69:**

<i>Doentes atendidos</i>	<i>Ano de 1968</i>	<i>Ano de 1969</i>	<i>Diferença entre 1968 e 1969</i>
Doentes internos	7.119	7.387	268
Doentes externos	4.315	4.407	92
Doentes do HCE	389	406	17
Doentes de Junta	1.293	1.204	89
Abreugrafias	5.835	4.696	1.139
TOTAL	18.951	18.100	1.605

**DEMONSTRATIVO DOS EXAMES REALIZADOS NO SERVIÇO DE
RADIOLOGIA, ESPECIFICANDO AS REGIÕES EXAMINADAS**

<i>T í t u l o s</i>	<i>T o t a i s</i>
Pulmões	4.425
Pulmões e Coração	84
Coração e vasos	782
Ossos	6.613
Estômago e Duodeno	589
Ceco Apêndice	6
Colecistografia	168
Pielografia	121
Trânsito Intestinal	16
Nefrografia	320
Vesícula S/C	1
Esôfago	49
Clister-Opaco	77
Cistografia	8
Feto	37
Uretografia	—
Corpo-Estranho	—
Colangiografia	6
Tomografia	249
Trajeteto-Fístul	—
Arteriografia	4
Pneumo-Encefalografia	—
Mielografia	3
Laringe	9
Sialografia	—

Aortografia	1
Broncografia	—
Flebografia	5
Mamografia	1

DIFERENÇA DE DOENTES ATENDIDOS

<i>Discriminação</i>	<i>Ano de 1968</i>	<i>Ano de 1969</i>
Internos	7.119	7.387
Externos	4.315	4.407
Do HCE	389	406
De Juntas	1.293	1.204
Abreugrafias	5.835	4.696
TOTAIS	18.951	18.100

DOENTES EXAMINADOS

<i>Discriminação</i>	<i>Soma</i>
Internos	7.387
Externos	4.407
Do HCE	406
De Juntas	1.204
Radiografias	2.729
Abreugrafias	4.696
TOTAL	20.729

MATERNIDADE

**MOVIMENTO DA MATERNIDADE DO PAVILHÃO MARECHAL
FERREIRA DO AMARAL DURANTE O PERÍODO**

I — DIAGNÓSTICO :

Parto normal — feto único	560
Parto normal — gemelar	8
Parto cesáreo — feto único	100
Parto cesáreo — gemelar	2
Parto a fórceps — feto único	26
Parto a fórceps — gelemar	—
Parto com grande extração pelvi-podálica	3
Total	699

II — EXAMES :

Fator Rh — negativo	56
Rupturas do perineo	32
Episiotomias	425
Total	513

III — NASCIMENTOS :

Sexo masculino	350
Sexo feminino	359
Ob.: (31 prematuros e 14 natimortos).	
Total	709

Óbitos :

Crianças	14
Senhoras	4
Total	18

2º PAVILHÃO — 4ª ENFERMARIA

INSTALAÇÕES : — Acha-se a enfermaria instalada no térreo à direita no 2.º Pavilhão, tem a capacidade para 40 leitos, destina-se ao atendimento de: cabos, soldados, ex-combatentes e funcionários civis de níveis equivalentes aos de cabos e soldados; na especialidade clínica de: doenças do aparelho respiratório. Suas dependências bem arejadas, com piso e fôrro de madeira, em bom estado, sendo que as camas foram pintadas recentemente.

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS ÓBITOS DURANTE O PERÍODO

Dezembro de 1968	Sem alteração
Janeiro de 1969	Sem alteração
Fevereiro de 1969	Sem alteração
Março de 1969	Sem alteração
Abril de 1969	Sem alteração
Maio de 1969	Sem alteração
Junho de 1969	Sem alteração
Julho de 1967	Sem alteração
Agosto de 1969	1 (um) 501
Setembro de 1969	Sem alteração
Outubro de 1969	Sem alteração
Novembro de 1969	Sem alteração

MOVIMENTO TÉCNICO DO PERÍODO

Injeções intramusculares	3.984
Injeções venosas	2.545
Injeções subcutâneas	96
Curativos	58

5ª ENFERMARIA

Relatório anual das atividades nesta enfermaria durante o período de 1.º de dezembro de 1968 até 30 de novembro de 1969.

A — Pessoal

- 1) Chefia — Estiveram à chefia desta enfermaria:
 - a) Dr. Hargreaves Figueiredo Rocha — Cap Méd;
 - b) Dr. Nestor Pereira Mattos — Cap Méd.
- 2) Auxiliares :
 - a) Omenas Soares Barros — 3.º Sgt Auxiliar de Enfermagem;
 - b) Fridman Pereira de Almeida — Civil Auxiliar de ambulatório.

B — Material

INSTALAÇÕES : — Acha-se a Enfermaria instalada no térreo à direita no 2.º Pavilhão, tem a capacidade para 40 leitos, destinada ao atendimento de: cabos, soldados, ex-combatentes e funcionários civis de níveis equivalentes aos de cabos e soldados na especialidade Clínica de: Cardiologia, Urologia e Reumatologia. Suas dependências bem arejadas, com piso e fôrro de madeira, em mau estado, que embora, às vezes reparadas, surgem diversas goteiras, que durante os tempos chuvosos acarretam grande desconforto aos baixados, exigindo constantes mudanças nas posições dos leitos e outros mobiliários.

DEMONSTRATIVO DE ÓBITOS DURANTE O PERÍODO:

Dezembro de 1968	Sem Alteração
Janeiro de 1969	Sem Alteração
Fevereiro de 1969	1 (433.0 + 431 + 434) — 1 (592 + 442)
Março de 1959	Sem alteração
Abril de 1969	1 (519.1)
Maio de 1969	Sem alteração
Junho de 1969	Sem alteração
Julho de 1969	Sem alteração
Agosto de 1969	1 (434.1 + 411 + 410)
Setembro de 1969	1 (410 + 433.1 + 434.4) — 1 (260 + 434)
Outubro de 1969	1 — M39
Novembro de 1969	1 (444 + 454 + 450)

MOVIMENTO TÉCNICO

Injeções intramuscular	3.516
Injeções intravenosa	2.344
Injeções subcutâneas	83
Curativos	36

6.ª ENFERMARIA

Instalações: Acha-se a enfermaria instalada no 1.º andar, sobre a entrada do 2.º Pavilhão; tem a capacidade para 18 leitos; destinados ao atendimento de cabos, soldados, ex-combatentes e funcionários civis de nível equivalente ao de cabo e soldado, na especialidade clínica de Tisiologia, suas dependências bem arejadas, com piso em cerâmica e fôrro de madeira, em mau estado, que embora, às vezes reparados, surgem diversas goteiras, que durante os tempos chuvosos acarretam grande desconforto aos baixados, exigindo constantes mudanças nas posições dos leitos e outros mobiliários.

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS INCAPACITADOS

Mês e ano	Quantidade	Diagnostico	Observações
Dez 68	6	—	Sem alteração
Jan 69	—	—	
Fev 69	—	—	—
Mar 69	—	002	—
Abr 69	—	—	—
Mai 69	—	—	—
Jun 69	—	—	—
Jul 69	—	—	—
Agô 69	—	—	—
Set 69	—	—	—
Out 69	—	—	—
Nov 69	—	—	—
Injeções Intramusculares	9.680		
Injeções Intravenosas	7.260		
Curativos	15		

SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Localizado no 2.º andar superior do SML, o Serviço de Anatomia Patológica apresenta-se com instalações modernas, divididas em salas para Técnica Histológica, de Congelação, Microscopia, Câmara Escura, Arquivo, Depósito, Sala de Espera e da Chefia, e sanitários.

MOVIMENTO DO SERVIÇO

Durante o período, o Serviço de Anatomia Patológica apresentou o seguinte movimento de exames recebidos e entregues os laudos com os devidos resultados:

Exames Histológicos por técnica normal	131
Exames Histológicos por técnica especial	4
Exames Histológicos por congelação	1
Exames Histológicos em necropsia	2
Total dos exames realizados	138

PAVILHÃO DE CIRURGIA HUMBERTO DE MELLO

No dia 20 de junho de 1968 foi comemorado o 66.º aniversário de instalação do HCE, de cuja programação constaram atos científicos, sociais e recreativos. Nesta data, o Hospital foi visitado pelo Ex.º Sr. Ministro do Exército Gen Aurélio de Lyra Tavares.

Na oportunidade foi inaugurado o Pavilhão de Cirurgia Humberto de Mello, destinado à internação de sargentos, soldados e seus familiares, necessitados de cirurgia.

Constitui-se de 19 apartamentos, 9 enfermarias, 1 centro cirúrgico e outras dependências necessárias à Administração do Pavilhão.

Acompanharam o Sr. Ministro, Gen Ex Aurélio Lyra Tavares, os Generais Antônio Carlos da Silva Muricy, Syseno Sarmento, Moniz de Aragão, Elysio Dale Coutinho, Olivio Vieira Filho, João Maliceski Filho, Jurandir de Bizarria Mamede, Álvaro Menezes Paes, os quais foram homenageados por esta Direção.

A organização do Pavilhão está constituída de 3 andares e dadas as boas instalações em seus apartamentos, têm sido hospitalizados oficiais e seus familiares, inclusive oficiais superiores e até Generais.

1.º ANDAR

Portaria.
Sanitários.
Sala de Administração.
Sala do Médico — Chefe do 1.º andar.
Copa e Refeitório.
Almoxarifado.

ENFERMARIA

Composta de:

	Leitos
4 quartos com seis leitos cada	24
3 alas com 12 leitos cada	36
Total	60

- 1 sala de curativos.
- 1 copa.
- 1 sala de serviço de enfermagem.
- 1 sanitário para o pessoal de serviço.
- 1 sanitário para o pessoal da enfermaria.

2.º ANDAR

	Leitos
1 Enfermaria — Cardiovascular	6
1 " — Urologia	6
1 " — Proctologia	6
1 " — Cirurgia — Pediátrica	4
1 " — Para operados	6 (*)
1 Apartamento para operados	2 (**)
Enfermaria com	36
Total	66

- 1 sala de curativos.
- 1 sala do médico — Chefe do 2.º andar.
- 1 sala de enfermagem.
- 2 copas.
- 2 sanitários para uso geral.
- 1 sanitário para o pessoal da enfermagem.
- 1 sanitário para os baixados.
- 1 sala de clínica médica.
- 2 salas de operações.

3.º ANDAR

- 13 apartamentos para sargentos e seus familiares.
- 2 apartamentos — Urologia.
- 2 apartamentos — Proctologia.
- 1 sala de curativos.
- 1 ambulatório.
- 1 sala de enfermagem.
- 1 sala do chefe do andar.
- 2 salas de operações.
- 1 sala de recuperação.
- 1 sala de esterilização.
- 1 centro cirúrgico.
- 1 sala de Raios X.
- 1 sala para confecção e arrumação de material.
- 2 copas.
- 1 sanitário para o pessoal de serviço.
- 2 sanitários de uso geral.

(*) Camas que não são para crianças.

(**) 1 ocupado com o vestiário do pessoal (feminino do Pavilhão).

MISSÃO DO PCHM

O PCHM tem por missão a Cirurgia Geral estritamente destinado ao atendimento de Sargentos e seus familiares, bem como soldados.

Excepcionalmente têm sido atendidos oficiais e seus familiares, inclusive Oficiais-Generais que ali têm ficado internados.

No 3.º andar, além da internação, funciona um ambulatório destinado a exame de senhoras, tanto ginecológico como de Cirurgia Geral.

Os soldados são operados no Arsenal Cirúrgico pela equipe médica do Pavilhão, onde seguem acompanhados das respectivas fichas retornando ao Pavilhão após a cirurgia.

Sendo suas atividades vastíssimas, a começar pela cirurgia geral que abrange um campo imenso onde nos consome maior parte da missão e que mais adiante, damos um quadro dos números elevados de nossas intervenções nesse campo. Ainda são realizados exames de ambulatório, como complemento dessa missão.

Permitimo-nos dizer que tivemos entre as grandes cirurgias sempre um alto índice de sucesso, o que vem para nosso júbilo, considerando que o Pavilhão é um dos maiores marcos para o enaltecimento deste Hospital.

As equipes, das mais laboriosas e competentes, estão sempre acompanhando as evoluções e grandes empreendimentos da direção do Nosocômio, estando sempre alguns de seus membros frequentando cursos, simpósios, bem como participando de congressos, buscando assim maior atualização e aprimoramento.

Marcamos já em nossa tenra idade de nascimento, cirurgias das mais variadas em espécie e importância, pois podemos citar, como exemplo:

- a) Grande eventração e tumoração pélvica — êxito absoluto na cirurgia (falecimento após 5 dias, motivado por insuficiência cardíaco-renal).
- b) Esplenectomia por anemia hemolítica auto-imune — êxito completo.
- c) Cinco Gastrectomias subtotais — êxito completo.
- d) Quarenta e três Safenectomias (cirurgia de vasos) — êxito completo.
- e) Doze Colecistectomias — êxito completo.
- f) Vinte Histerectomias — êxito completo.
- g) Duas Mastectomias radicais.
- h) Três Pan-Histerectomias.

Ainda como tópico relevante, podemos citar o de um paciente que deveria ser submetido a um transplante de rim. De nacionalidade equatoriana, pertencente ao pára-quedismo, de nome Leonardo Henrique Paredes, tendo aqui baixado a 17 de maio de 1969, vindo do Hospital Silvestre; estávamos prontos, mais uma vez, para uma missão que bem sabíamos das mais relevantes na atualidade, trabalho de colaboração junto ao Dr. Edson Teixeira, quando o paciente, piorando bastante, foi transportado de regresso àquele Nosocômio, sendo submetido a uma Hemodiálise e Nefrectomia preparatória do transplante, o qual foi ali realizado posteriormente, tendo após a cirurgia, voltado a este Hospital e no referido Pavilhão se encontra sob os cuidados da Clínica Médica, aguardando transporte para sua terra.

Patenteamos, assim, nossa missão e nosso alto espírito para bem e cada vez melhor cumprimento das exigências que se nos apresentam.

CENTRO CIRÚRGICO

CIRURGIAS DOS 2.º E 3.º ANDARES DO PCHM

Apendicectomia	33
Alongamento de freios	1
Anastoma artério venosa	1
Abertura e drenag. de mastite	1
Bartolinetomia	5
Biópsia de tumor mandibular	1
Biópsia de tumor de mama	1
Colpoperineoplastia	70
Colecistectomia	12
Colostomia	2
Cura cirúrgica de hidrocele	2
Cura cirúrgica de varizes	1
Cura cirúrgica de varicocele	2
Curetagem uterina	2
Cura cirúrgica de hérnia muscular	1
Conexação de fratura mandibular	1
Cura cirúrgica de cisto dermóide	1
Colocação de Prótese de Vitálio	1
Duodenorrafia	1
Esplenectomia	1
Exérese de cisto sebáceo	6
Exérese de cisto pilonidal	2
Exérese de cisto mamário	5
Exérese de cisto sacro-coccígeo	1
Exérese de cripta	1
Exérese de odontoma	1

Exérese de cisto	4
Exérese de ginecomastia	1
Exérese de cisto tireoideano	1
Exérese de quelóide	1
Exérese de pólipos de duodeno	1
Exérese de hemangioma	1
Exérese de cisto mandibular	1
Exérese de cisto dermóide	1
Fistulectomia	17
Fissurectomia	2
Gastrectomia parcial	3
Gastrectomia subtotal	2
Gastrojejunostomia	2
Hernioplastia umbilical	10
Hernioplastia abdominal	4
Hernioplastia inguinal	47
Hernioplastia epigástrica	1
Hérnia muscular lombar	1
Hernioplastia crural	1
Hemorroidectomia	41
Histerectomia total abdominal	1
Histerectomia total	16
Histerectomia vaginal	2
Hidrocelectomia	9
Histerectomia subtotal	2
Inversão vaginal	2
Laparatomia c/liber. de aderência	1
Ligaduras menores	1
Ligaduras menores ligam. largos	1
Lipomectomia	5
Mastectomia radical	3
Nefrolitotomia	1
Ooforectomia	1
Ooforectomia parcial	4
Ooforectomia total (carcinoma ovar.)	1
Osteossíntese em fratura mandibular	2
Ooforectomia subtotal D	1
Orquidopexia	1
Plástica de cicatriz abdominal	1
Plástica de lábio	1
Postectomia	21
Pan histerectomia	3
Ressecção de veias escrotaes	1
Ressecção de tumor da sigmóide	1
Ressecção de cordão inguinal	1
Redução de fratura do assoalho da órbita	1
Redução de fratura do malar	1
Redução de fratura da face e mandibular	2

Redução e fixação de frat. do malar	1
Remoção de dentes inclusos	2
Ressecção de cicatriz	3
Safenectomia	30
Safenectomia bilateral	17
Salpingectomia	4
Tumorectomia das mamas	1
Tumorectomia	2
Traquelotomia	1
Varicocelectomia	2
Vagectomia	1
Histerectomia abdominal	3
TOTAL	451

15ª ENFERMARIA — CLÍNICA ORTOPÉDICA

(7.º Pavilhão)

A 15ª Enfermaria é constituída de uma enfermaria propriamente dita, um conjunto cirúrgico que funcionou até junho de 1969, estando atualmente suas dependências sendo utilizadas para atendimento de Ambulatório de Ortopedia. A 15ª Enfermaria está instalada no andar térreo, sala esquerda do 7º Pavilhão.

RELAÇÃO DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA DOS PACIENTES OPERADOS NO PERÍODO

Amputação do 4º e 5º dedos	2
Amputação da mão direita	2
Amputação da perna direita	1
Amputação da coxa esquerda	1
Colo de fêmur	1
Correção de consolidação viciosa	1
Cisto sinovial	4
Fratura do rádio	2
Meniscectomia	23
Osteossíntese com Kirschner	12
Osteocondrite dissecante	1
Osteossíntese com parafusos	1
Redução incruenta aparelho gessado osteossíntese	2
Redução e fixação	1
Redução de malar	1
Redução de fratura cominutiva do 1/3 inferior da tíbia	2
Redução de fratura de cúbito direito	1
Redução fratura de fêmur direito	1
Redução de fratura do úmero direito	1
Redução de fratura de maléolo direito	1

Redução de fratura de rádio e do cúbito direito	1
Redução fêmur direito	1
Redução de maléolo interno esquerdo	1
Redução de fratura do fêmur	1
Redução de fratura do rádio	2
Redução de fratura da tíbia direita	1
Redução de fratura do calcâneo	1
Redução de fratura do rádio esquerdo	1
Redução de fratura do fêmur direito	2
Redução de fratura do rádio	2
Redução de fratura da tíbia	1
Redução fratura de rádio e do cúbito direito	1
Ressecção culpula radial, redução imobilização com parafuso três e fio de Kirschner	1
Ressecção de cabeça de rádio	1
Reparação de calo ósseo	1
Retirada (cisto joelho)	1
Retirada de placa	3
Retirada de calha de Kirschner	3
Retirada de parafusos	1
Retirada de fio de Kirschner	5
Retirada de corpo estranho	2
Retirada de fragmento metálico	1
Retirada de menisco interno	1
Retirada de corpo estranho	1
Retirada de menisco	1
Retirada do menisco interno direito	1
Retirada de corpo estranho coxa direita	1
Retirada de menisco interno direito	1
Retirada de menisco	4
Retirada de menisco interno direito	1
Retirada de menisco	4
Retirada de cisto sinovial	3
Retirada de menisco direito	2
TOTAL	115

PAVILHÃO CANROBERT PEREIRA DA COSTA

Desincumbindo-se da missão que lhe cabe dentro do organograma do Hospital, o Pavilhão Canrobert cumpriu tarefa elevada durante o ano que se finda, embora houvesse, no correr do mesmo, alguns contratemplos próprios de uma organização com os encargos do Pavilhão.

O Pavilhão destina-se ao internamento de militares e seus dependentes portadores de enfermidades as mais variadas possíveis destacando-se as seguintes: enfermidades ligadas à neurocirurgia, à ortopedia, à cirurgia plástica e à clínica médica para sargentos dispondo o Pavilhão neste ramo médico de uma enfermaria com 24 leitos.

Os resultados obtidos durante o ano em curso foram satisfatórios pelo índice de recuperados, em contraposição com o número de óbitos.

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS ÓBITOS POR DIAGNÓSTICO

Dezembro de 1968

152	— Neoplasia duodenal	1	
170	— Neoplasia da mama	1	
332	— Acidente vascular cerebral	2	
352	— Paralisia cerebral	1	
434.1	— Insuficiência cardíaca congestiva	1	
440	— Hipertensão arterial	1	7

Janeiro de 1969

351	— Paralisia cerebral infantil	1	
442	— Cardiopatia hipertensiva	1	
450	— Arteriosclerose generalizada	1	
454	— Trombose	1	4

Fevereiro

260	— Diabetes Mellitus	3	
545	— Castropatia hemorrágica	1	4

Março

450	— Arteriosclerose generalizada	1	1
-----	--------------------------------------	---	---

Abril

260	— Diabetes Mellitus	1	1
-----	---------------------------	---	---

Maiο

420.1	— Enfarte do miocárdio	1	
434.2	— Insuficiência cardíaca	1	2

Junho

450	— Arteriosclerose generalizada	2	2
-----	--------------------------------------	---	---

Julho

260	— Diabetes Mellitus	1	1
-----	---------------------------	---	---

Agosto

820	— Fratura do fêmur esquerdo	1	1
-----	-----------------------------------	---	---

Setembro

434.1	— Insuficiência cardíaca congestiva	3	3
-------	---	---	---

Outubro

175	— Neoplasma do ovário	1	
260	— Diabetes Mellitus (Gangrena)	1	
434.1	— Insuficiência cardíaca	1	
466	— Embolia cerebral	1	
792	— Uremia	1	5

Novembro

224	— Tumor de pineal	1	1
TOTAL		32	

RELAÇÃO DAS ATIVIDADES MÉDICO-CIRÚRGICAS REALIZADAS NO PERÍODO

Amputação do 5.º quirodátilo direito	1
Aparelhos gessados	314
Anestesia por bloqueio	2
Anestesia geral	53
Anestesia local	45
Cantoplastia	1
Craniotomia	2
Biopsia	15
Curativos	113
Cura cirúrgica de sindactilia	2
Cura cirúrgica de paralisia facial	1
Enxertos	14
Exploração decubital	3
Enxertia livre autogenia	2
Emersão de neuroma	1
Hérnia umbilical	1
Laminectomia	4
Lipectomia	2
Liberação de retalho	1
Mastoplastia	2
Passagem de tubo	3
Ressecção de cicatriz	9
Ressecção plástica de vestíbulo	2
Ressecção da região infectada occipital	1
Ressecção epidemóide	1
Ressecção de tumor	2
Ressecção de verruga	10
Redução de fratura de face	1
Retoque de cicatriz	6
Prótese acrílico de parietal	1
Rinoplastia	3

Ressecção de dedo supranumerário	1
Regularização de ferida contusa	1
Retirada do globo ocular	1
Retirada de projétil de arma de fogo (balístico)	2
Restauração de tecido	1
Retoque de lábio	1
Retirada de corpo estranho de lábio	1
Ridectomia	1
Redução de lobotomia bilateral	1
Reconstrução de orelha	1
Traqueotomia	1
Sutura de pálpebras	1
Sutura de face	1
Traqueotomia	1
Seccionamento do nervo cubital	1
Zetoplastia	4

PAVILHÃO DE ISOLAMENTO

Já decorreu quase meio século, da data em que foi inaugurado o Pavilhão de Isolamento. Seus vetustos edifícios já preencheram suas finalidades servindo aos militares e seus dependentes portadores das mais variadas doenças infecto-contagiosas se, quando de sua inauguração serviu plenamente ao fim a que se destinava, tendo obedecido sua construção às doutrinas vigorantes na época, o progresso tornou-o nos dias de hoje, completamente obsoleto, malgrado várias modificações lhe tenham sido feitas no decorrer desta década. Há algum tempo atendendo a nossos veementes apelos, técnicos especializados em construções hospitalares do Ministério da Saúde, liderados pelo Dr. Gastão Lobão, juntamente com os engenheiros da DOF e da CO7, elaboraram um projeto à altura de nossas necessidades atuais e que certamente se executado, viria preencher uma lacuna do HCE, no momento desaparelhado para proporcionar internamento condigno aos militares e seus dependentes portadores de moléstias infecto-contagiosas, muitas delas de isolamento compulsório. Motivos alheios impediram na hora precisa de ser autorizado o início das obras e que as mesmas fôssem inexplicavelmente vetadas. O sonho dos que labutam e dos que aqui padecem seus sofrimentos viram-se inteiramente frustrados. Dia virá, contudo, estamos certos, que outros repararão essa injustiça e que o HCE e sua dedicada legião branca, tenha condições condignas de trabalho, e os militares e seus dependentes disporão de instalação à altura de seus graus hierárquicos.

O Pavilhão de Isolamento, construção datada de 1922, como não poderia deixar de sê-lo, passou no decorrer dessas décadas por modificações, visando melhorá-lo ou complementá-lo.

A última foi a construção do Anexo C, cujo início assistimos e colaboramos e cujo término, felizmente chegamos a presenciar. Lamentavelmente, porém, razões que ignoramos impediram que fôsse aparelhado em material e pessoal indispensáveis ao seu funcionamento e assistimos permanecer de portas cerradas, enquanto Oficiais Superiores do Serviço Ativo do Exército são mantidos em situações incompatíveis com suas condições.

Andar Térreo:

Ala "A" — Lado direito do Pavilhão: Constitui-se de uma pequena sala de espera, de uma secretaria, gabinete odontológico, pequena sala para depósito de medicamentos, sala de curativos, pequena rouparia, sala de operações, sala de esterilização, arsenal cirúrgico, copa para pessoal de serviço, gabinete de Raios X com câmara escura, ambulatório externo, duas saletas para exames clínicos, sala para arquivo, enfermaria-xadrez e enfermaria para sargentos tuberculosos com 20 leitos.

Ala "B" — Lado esquerdo do Pavilhão: Constitui-se do Gabinete do Chefe do Pavilhão, sala de espera, despensa da irmã zeladora com rouparia da mesma, pequena sala para depósito de material, copa dos doentes com pequena sala para refeições, dois quartos para Oficiais, enfermarias "A" e "B" para cabos e soldados tuberculosos e um quarto para doente grave.

Andar Superior:

Ala "A" — Lado direito: Constitui-se de uma enfermaria-xadrez, sala da irmã zeladora, pequena sala de espera, saleta para depósito, rouparia, sala, três quartos para Oficiais e outros doentes graves, enfermarias "C" e "D".

Ala "B" — Lado esquerdo: Quarto para enfermeiro de dia, quarto do servente de dia, sala de depósito da irmã zeladora, pequena rouparia, quarto-enfermaria com 4 (quatro) leitos, dois quartos tipo apartamento para Oficiais, enfermarias "A" e "B".

MOVIMENTO DE DOENTES

Foi o seguinte o movimento anual do Pavilhão:

Existentes em 1.º de dezembro de 68	80
Entrados	354
Recebidos de outros pavilhões e enfermarias	122

Saídas:

Curados	261
Transferidos (SMI e HCI)	98
Incapazes definitivamente	16
Óbitos	12
Por outras causas	59

Dezembro de 1968	1
Janeiro de 1969	1
Fevereiro " "	1
Março " "	0
Abril " "	2
Maio " "	1
Junho " "	0
Julho " "	2
Agosto " "	2
Setembro " "	0
Outubro " "	0
Novembro " "	2

Total de óbitos 12

Serviço de Tisiologia:

Atendimentos em ambulatórios	2.855
Pareceres para as diferentes JMS	415
Tele-radiografias	1.120

Sala de Pneumotórax:

a) Broncografia	7
b) Broncoaspiração	12
c) Broncoscopia	15
d) Esofagoscopia	18
e) Lavados brônquicos	356
f) Laringoscopia direta	9

Aplicações técnicas:

A — Ambulatório:

a) Curativos	17
b) Injeções intramusculares	120
c) Injeções endovenosas	104
d) Injeções subcutâneas	—

B — Enfermarias

a) Curativos	271
b) Injeções intramusculares	6.699
c) Injeções endovenosas	7.846
d) Injeções subcutâneas	732

Gabinete odontológico:

a) Extrações	54
b) Consultas	55
c) Curativos	60
d) Radiografias	72
e) Obturações	54

Radioscopias 116

Relação dos baixados neste Pavilhão durante o período:

DEZEMBRO DE 68		JANEIRO DE 69	
Existiam	33	Existiam	12
Senhoras	116	Senhoras	91
Menor	8	Menor	6
Oficial da ativa	3	Oficial da ativa	6
Oficial da reserva	6	Oficial da reserva	6
Civil	5	Civil	5
Aspirante R/2	1	Aspirante e aluno	—
Ficam existindo	12	Ficam existindo	30
TOTAL		TOTAL	
		126	

FEVEREIRO DE 69		MARÇO DE 69	
Existiam	30	Existiam	29
Senhoras	79	Senhoras	153
Menor	9	Menor	16
Oficial da ativa	4	Oficial da ativa	2
Oficial da reserva	7	Oficial da reserva	7
Civil	—	Civil	4
Aspirante e aluno	—	Ficam existindo	35
Ficam existindo	29		
TOTAL		TOTAL	
		211	

ABRIL DE 69		MAIO DE 69	
Existiam	35	Existiam	25
Senhoras	86	Senhoras	108
Menor	7	Menor	7
Oficial da ativa	6	Oficial da ativa	4
Oficial da reserva	3	Oficial da reserva	6
Civil	1	Civil	—
Ficam existindo	35	Ficam existindo	29
TOTAL		TOTAL	
		160	

Existiam	29	Existiam	27
Senhoras	84	Senhoras	106
Menor	14	Menor	16
Oficial da ativa	6	Oficial da ativa	5
Oficial da reserva	4	Oficial da reserva	3
Civil	1	Civil	1
Ficam existindo	27	Ficam existindo	42
TOTAL	138	TOTAL	158

AGOSTO DE 69

Existiam	42	Existiam	30
Senhoras	105	Senhoras	92
Menor	4	Menor	2
Oficial da ativa	6	Oficial da ativa	6
Oficial da reserva	6	Oficial da reserva	8
Civil	3	Civil	1
Ficam existindo	30	Ficam existindo	30
TOTAL	164	TOTAL	139

OUTUBRO DE 69

Existiam	30	Existiam	21
Senhoras	95	Senhoras	89
Menor	7	Menor	7
Oficial da ativa	5	Oficial da ativa	12
Oficial da reserva	7	Oficial da reserva	13
Civil	3	Civil	2
Ficam existindo	21	Ficam existindo	24
TOTAL	147	TOTAL	147

PAVILHÃO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

A 13.^a Enfermaria (Pavilhão de Presos), foi desmembrada, voltando à sua antiga condição de Pavilhão independente conforme Boletim Interno n.º 75, de 1.º/Abr/69.

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Enfermaria "A" — (Praças)	30 leitos
Enfermaria "C" — (Sargentos)	30 "
Enfermaria "D" — (Oficiais)	18 "
Enfermaria "E" — (Praças)	40 "
Enfermaria "F" — (Praças)	30 "
Enfermaria "G" — (Sargentos)	25 "
Enfermaria "H" — (Oficiais)	17 "
Enfermaria "I" e "J" — (crônicos) — Mista	32 "

18 (celas) individuais, em extinção;
 1 (uma) unidade de tratamento pela insulino-terapia;
 1 (uma) unidade de tratamento pela eletroterapia;
 1 (um) setor de atendimento ambulatorial;
 1 (um) setor de pesquisas;
 1 (um) setor de risco terapêutico;

CLÍNICA NEUROLÓGICA

Enfermaria "B" — (Praças) 30 leitos
 Setor de atendimento ambulatorial;
 Setor de pesquisas;
 1 (um) Gabinete de Eletroencefalografia e Neurofisiologia Clínica;

A Clínica atende pacientes externos e baixados. Os primeiros (consultas e pareceres) são servidos por dois gabinetes clínicos e um gabinete de eletroencefalografia. As internações de praças são feitas, nos casos clínicos, na enfermaria "B" com capacidade para 30 (trinta) leitos, enquanto as de Oficiais e Sargentos, são feitas na medida do possível, nas Enfermarias "C" e "D" do SNP ou, na falta de vaga, no Pavilhão de oficiais e Canrobert Pereira da Costa, nos quais são atendidas as baixas femininas. Os casos cirúrgicos são atendidos no Setor de Neurocirurgia, no PCPC.

DEMONSTRATIVO DOS ÓBITOS OCORRIDOS NESTE PAVILHÃO

Neoplasma maligno do intestino delgado, inclusive o duodeno....	2
Neoplasma maligno das vias biliares e do fígado	2
Neoplasma maligno dos órgãos digestivos	1
Neoplasma maligno do reto	1
Leucemia não especificada	1
Anemia não especificada	1
Diabetes Mellitus	1
Hipertensão essencial benigna com doença	1
Doença do coração com comprometimento das coronárias	1
Arteriosclerose generalizada	1
Úlcera com perfuração	1

Eventração	2
Obstrução intestinal	1
Colelitíase	3
Doença do rim e do uréter	1
Parto distórcico	3
Ruptura do períneo	1
Encefalite	1
TOTAL	25

ORGÃOS AUXILIARES

— Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação;
 — Serviço Social Médico-Psiquiátrico;
 — Gabinete de Psicologia;
 — Gabinete Odontológico;
 — Seção de Enfermagem e Auxiliares Técnicos;
 — Secretaria;
 Setor de Ensino e Divulgação;
 Setor de Relações Públicas.

CAUSAS MORTIS VERIFICADAS NO PAVILHÃO

DIAGNÓSTICOS	N.º de casos
300.0 + 527.2 — Esquizofrenia simples	
Edema agudo do pulmão	1
300.1 — Esquizofrenia hebefrênica	1
353.1 + 355 — Epilepsia-grande mal + Edema cerebral	
post convulsões	1
434.3 + 422.2 — Oclusão coronariana + Enfarte do Miocárdio	1
454 + 450 — Acidente vascular cerebral + Arteriosclerose	2
SOMA	6

ELETOENCEFALOGRAMA

Oficiais	47
Subtenentes e Sargentos	43
Cabos e Soldados	88
Dependentes de Oficiais e Praças	460
Funcionários Cíveis	94
Reservistas	85
Dependentes de Cíveis	157
TOTAL	974

MOVIMENTO DE DOENTES

A) Consultas, segundo o sexo :

CONSULTAS	TOTAL	ADULTOS		CRIANÇAS
		Homens	Mulheres	
Primeiras	1.230	902	278	50
Outras	1.227	907	280	40
Total	2.457	1.809	558	90

B) Diagnósticos de primeiras consultas, segundo o sexo :

DIAGNÓSTICOS	TOTAL	ADULTOS		CRIANÇAS
		Homens	Mulheres	
Epilepsias	95	53	31	11
Oligofrenias	15	7	3	5
Psicoses	22	15	7	—
Neuroses	260	175	84	1
Personalidades Psicopáticas	25	18	6	1
Alcoolismo	27	27	—	—
Estados Mentais não classificados	566	422	114	30
Sem perturbações mentais	208	175	31	2
Outros	12	10	2	—
Total	1.230	902	278	50

PAVILHÃO DE OFICIAIS

Número de doentes internados	519
Número de óbitos	90

I — Ocorrência dos Óbitos:

Primeiras 24 horas de internação	6
Primeira semana de internação	18
Primeira quinzena de internação	10
Depois de um mês de internação	44
No primeiro mês de internação	12

II — Grupo Etário:

M/21	1	
21/30	0	
31/40	1	
41/50	8	
51/60	15	
61/70	28	
71/80	26	
81/90	10	
M/90	1	90

III — Causas Mortis:

Afecções cardiovasculares	27
Acidentes vasculares cerebrais	36
Neoplasia maligna	9
Outras causas	18

QUADRO DEMONSTRATIVO DAS CAUSAS MORTIS

I — Afecção Cardiovascular:

Hipertensão arterial	2	
Insuficiência cardíaca congestiva	17	
Insuficiência coronariana	4	
Cardiosclerose	1	
Hipertensão craniana	2	
Miocardiosclerose	1	27

II — Acidente Vascular Cerebral:

Acidente vascular cerebral	13	
Acidente vascular encefálico	11	
Trombose cerebral	10	
Hemorragia cerebral	2	36

III — Neoplasias:

Neoplasia maligna do reto	1	
Neoplasia maligna do estômago	2	
Neoplasia maligna do fígado	3	
Neoplasia maligna do pulmão	1	
Neoplasia maligna do útero	1	
Neoplasia maligna da próstata	1	9

IV — Outras causas:

Coma hepática	1	
Cirrose hepática	1	
Cor pulmonale crônico	1	
Diabete Mellitus	4	
Edema agudo pulmonar	3	
Embolia pulmonar	1	
Pneumonia	2	
Uremia	2	
Linfoma	1	
Anemia hemolítica	1	
Síndrome Quillam	1	18

TOTAL DE ÓBITOS 90

MOVIMENTO DE ELETROCARDIOGRAFIA

Diagnósticos eletrocardiográficos	986
Número de baixados	519
Número de E C G	393

TONOCIOGRAMAS

1 — Tonosclograma dentro dos limites da normalidade	23
2 — Tonosclograma patológico, com variados distúrbios circulatórios	36
a) De origem arteriosclerótica	22
b) De origem diabética	11
c) De origem traumática	2
d) De origem relacionada com hipertonia simpática	1

TOTAL DE ATENDIMENTO EM AMBULATÓRIO 3.016

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

I — INSTALAÇÃO:

Sala de recepção, sala de exame clínico, gabinete do médico chefe, sala para Eletrocardiografia e Fonocardiografia, com futuras possibilidades para Vectocardiografia.

II — FINALIDADE:

Tem como finalidade fundamental o atendimento especializado aos cardiopatas internos. Sua missão consiste em diagnosticar, tratar e complementar as outras clínicas do Hospital. Eventualmente, presta atendimentos a doentes externos.

Atende com grande prioridade às solicitações das Juntas Militares e funcionários civis do Ministério do Exército para fins de pareceres especializados ligados à Cardiologia.

Atende, igualmente com intensidade crescente, às solicitações de risco cirúrgico cardiológico provenientes das mais variadas clínicas.

Além disso, tem como uma de suas finalidades mais fundamentais a feitura de eletrocardiogramas, fonocardiogramas e balistocardiogramas para doentes internados e, eventualmente, para doentes externos.

Finalmente a Cardiologia começa a vigiar o cardíaco grave, através de aparelhos altamente especializados: monitores, Pace-Maker, sincronizadores e desfibriladores.

III — MATERIAL:

O Serviço de Cardiologia conta no momento, para funcionamento, com o seguinte material técnico:

- 1 (um) áudio-visual
- 5 (cinco) aparelhos de pressão arterial
- 1 (uma) balança
- 1 (um) balistocardiógrafo
- 3 (três) eletrocardiógrafo (em funcionamento)
- 1 (um) eletrocardiógrafo (com defeito)
- 1 (um) esteto eletrônico
- 5 (cinco) estetoscópios
- 1 (um) fonocardiógrafo
- 1 (um) medidor de temperatura
- 1 (um) medidor de temperatura a pilha
- 1 (uma) unidade coronariana para vigilância, ressuscitação e cárdio-reversão (MAX); 3 (três) monitores Pace-Maker, sincronizadores, desfibrador, Life-Guard e mesa especial (MAX).
- 1 (uma) unidade coronariana (cardioscópio, Pace-Maker e desfibrilador).

Esperamos para dentro em breve a aquisição de um Vectocardiógrafo, do qual muito depende o Serviço de Cardiologia, e que muito beneficiará aos pacientes do HCE, como excelente método diagnóstico complementar.

IV — MOVIMENTO — EM ANEXO

V — SUGESTÕES DE IMEDIATO:

É de grande necessidade para o Serviço, a designação de um maior número de cardiologistas auxiliares, que seriam destinados para a supervisão de métodos gráficos e do material de vigilância e ressuscitação do cardíaco grave; além disso, auxiliariam na recém-criada (5.^a) de doentes cardiológicos internados.

Esperamos como já expusemos em linhas anteriores, a aquisição de um Vectocardiógrafo, excelente método diagnóstico, indispensável para um moderno Serviço de Cardiologia.

Sugerimos também a criação de um Centro de Tratamento Intensivo (CTI), órgão indispensável para o tratamento de pacientes graves, e no qual a Cardiologia apresenta um fundamental e definitivo papel.

MOVIMENTO ANUAL

I — EXTERNOS:

ESPECIFICAÇÃO	CONSULTAS	ECG	RISCOS CIRÚRGICOS	PARECERES DE JUNTAS
Of. Gerais	166	208	17	12
Oficiais	148	157	28	43
Sub Tens e Sgts	87	202	23	156
Cabos e Soldados	38	94	2	96
Dep. Militares	843	927	147	54
Func. Cív.	151	497	23	777
Dep. Func. Cív.	187	213	17	26
TOTAL	1.620	2.298	257	1.164

II — BAIXADOS:

ESPECIFICAÇÃO	E C G	RISCOS CIRÚRGICOS	PARECERES DE DOENTES
Of. Gerais	54	7	3
Oficiais	66	9	22
Sub Tens e Sgts ...	187	10	134
Cabos e Soldados ..	267	14	186
Dep. Militares	267	24	21
Func. Cív.	101	6	60
Dep. Func. Cív. ..	93	3	19
TOTAL	1.044	73	445

SERVIÇO FARMACÊUTICO

O Serviço Farmacêutico, segundo o organograma de seu funcionamento é composto de:

- 1) — Chefia com assessoramento de direção.

2) — Órgãos de execução, compreendendo:

- a) Farmácia Reembolsável, com seção de manipulação anexa, setor de inflamáveis.
- b) Seção de Hipodermia, a ser reinstalada.
- c) Seção de Farmacotécnica.
- d) Seção de Compras de Medicamentos e Material de Penso.
- e) Depósito de Medicamentos e Material de Penso.

I — Farmácia Reembolsável

A Farmácia Reembolsável em boa hora aqui instalada, ultrapassou em muito as expectativas de seu atendimento, estando hoje acanhada, devido a grande procura feita, não somente pelas diversas Clínicas e Enfermarias deste Hospital, mas também, pelo grande número de usuários que diariamente procuram adquirir os produtos aqui estocados.

A Assistência Social prestada pelo Serviço Farmacêutico é realmente vultosa e maior não o é, devido às dificuldades financeiras por que passa o nosso Hospital.

A verba destinada à aquisição de medicamentos e material de penso é irrisória, considerando que cada dia os produtos farmacêuticos estão mais caros e dispendiosos. É urgente que a direção do HCE, providencie junto aos escalões superiores a triplicação das verbas destinadas à aquisição de medicamentos para que o Serviço mais e mais esteja em condições de fornecê-los a seus usuários, quer sejam aqueles que tenham direito a recebê-los gratuitamente, quer sejam para pagamento à vista ou a crédito. Por outro lado, devido à referida carência de verba, aquele Serviço, muitas vezes, tem deixado de comprar medicamentos de muita saída e de preferência de muitos Clínicos deste Nosocômio.

A Seção de Manipulação também presta relevantes serviços em manipulação de inúmeras fórmulas magistrais, trazendo apreciável economia aos cofres do Hospital, confeccionando pomadas, xaropes, poções, desinfetantes de material cirúrgico e outros que se fossem feitos em outros estabelecimentos farmacêuticos, iriam a muitos milhares de cruzeiros novos.

O Setor de Inflamáveis, devido ao grande perigo, foi instalado em local afastado, perto das oficinas, mas que tem maior segurança.

Durante o período relatado, a Farmácia Reembolsável atendeu ao número de usuários discriminados:

Militares da Ativa e seus dependentes	26.909
Militares da Reserva	5.679
Funcionários Cíveis e seus dependentes	2.462

II — Seção de Hipodermia

Esta Seção integrante do Serviço Farmacêutico deste Hospital, devido a obras para instalação da Farmácia Reembolsável ficou prejudicada não só porque teve sua área reduzida, mas também, porque seu maquinário era obsoleto, não estando de acordo com os últimos progressos da indústria farmacêutica. É uma Seção de grande importância que deverá ser reinstalada, não nas atuais dependências do Serviço Farmacêutico, mas em outro local. Talvez onde funciona, presentemente o almoxarifado, onde se poderá construir uma hipodermia nos melhores moldes, com maquinários e utensílios modernos, o que viria trazer grande economia a esta Organização Militar, assim produzindo injetáveis de alto valor terapêutico e dentro da melhor técnica.

III — Seção de Farmacotécnica

Esta Seção, também em virtude das obras da Farmácia Reembolsável, teve sua área diminuída, mas mesmo assim, vem produzindo a contento, manipulando fórmulas de cunho industrial, trazendo muita economia para este Nosocômio.

IV — Seção de Compras

Em virtude da grande procura de drogas e medicamentos proveniente do Receituário gratuito e indenizável, prova necessidade de se criar uma seção de compras, a qual procura trabalhar dentro do maior critério, não adquirindo aquilo que possa ser considerado supérfluo ou de pouca saída. Essa seção, para melhor atender a todos, escalonou os diversos laboratórios fornecedores de modo a que diariamente haja sempre de cinco a oito representantes ou vendedores para as referidas aquisições. Além desses, a Seção realiza compras na Farmácia Central do Exército e no Laboratório Químico Farmacêutico do Exército.

Em casos excepcionais e para atender ao receituário urgente e indenizável, essa Seção, muitas vezes tem-se recorrido a aquisição das Farmácias Cíveis próximas, obtendo descontos de 10% nessas compras.

Pelo quadro que se segue, pode-se ver o valor das aquisições mensais de medicamentos, material de penso, produtos químicos para serem manipulados e outros, bem assim o valor dos descontos e bonificações obtidas.

Em quadros seguintes mostramos as vendas efetuadas à vista, em descontos internos para servidores cíveis e militares deste Hospital, bem assim dos produtos fornecidos gratuitamente àqueles que têm esse direito, segundo a legislação em vigor.

Essa dependência ocupando atualmente o maior espaço do Serviço Farmacêutico, é da maior importância, de vez que constitui a espinha dorsal.

Foi há pouco tempo modernizada com aquisição e instalação de prateleiras de aço, de bom aspecto. Este depósito tem ao lado um fichário antigo onde se fazem os lançamentos das cargas e descargas dos produtos adquiridos e fornecidos, mostrando o fluxo e afluxo das diversas drogas, medicamentos e material de penso. A estocagem é feita segundo os Laboratórios fornecedores, o que, aliás, está dentro da melhor técnica de arrumação de medicamentos, facilitando o seu fornecimento e a aquisição. Por um exame rápido feito pelas prateleiras e por consulta ao fichário, o encarregado do Depósito de Medicamentos fornece diariamente, à Seção de Compras, as faltas observadas, bem assim o consumo médio deste ou daquele produto, evitando aquisições vultosas ou sem interesse médico.

É no Depósito que, após receber os medicamentos e outros produtos, são feitos os cálculos dos preços de venda das diversas especialidades fornecidas à Farmácia Reembolsável mediante pedidos escritos, por meio do canal de ligação existente entre as duas dependências. Pelo Depósito, diretamente são fornecidos às enfermarias, os soros e material de penso a título precário, isto porque, a respectiva Chefia entende que todos os fornecimentos deveriam ser feitos pela Farmácia Reembolsável.

Sugestões:

Dentre as sugestões para uma substancial melhoria dos nossos serviços esta Direção aventuraria o seguinte:

- 1 — Instalação de uma seção de hipodermia, em local apropriado para esse fim, com maquinário moderno e pessoal plenamente habilitado para uma produção de produtos injetáveis de alto valor terapêutico.
- 2 — Aumento da área destinada à Farmácia Reembolsável, com a retirada da parede existente dividindo a Seção de manipulação a qual passaria para outro local, talvez onde funcionou a antiga hipodermia. Essa obra viria capacitar a Farmácia de um maior dinamismo, instalação de uma seção de perfumaria e artigos de toucador, uma divisão para atendimento, apenas do pessoal encarregado de receber medicamentos das diversas enfermarias e outros, além de dar maior conforto aos usuários.
- 3 — Instalação de uma pequena seção industrial de perfumaria, onde se poderiam fabricar água de colônia, brilhantinas, talcos perfumados, etc. ... Seção esta que por certo traria um grande in-

vestimento para o Hospital, contribuindo com muitos cruzeiros novos para suas economias.

Sua instalação não seria coisa de grande monta, em contraste com os lucros que dela adviriam.

- 4 — Instalação de um pequeno elevador de cargas, ligando o Depósito de Medicamentos à Farmácia Reembolsável em local já existente para esse fim, inclusive com corredeiras laterais ali colocadas.

VENDAS A VISTA

De dezembro de 68 a novembro de 69 NCr\$ 179.494,77

MEDICAMENTOS VENDIDOS A CRÉDITO AOS BAIXADOS

De dezembro de 68 a novembro de 69 NCr\$ 143.687,11

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Dez 68 a Nov 69)

	NCr\$
Lab Civis	1.262.914,74
L Q F E	12.638,48
Farm Central	33.952,55
Farm Civis	16.702,64
Bonificação	10.850,48

MOVIMENTO DO RECEITUÁRIO GRATIS

Dezembro de 68	NCr\$ 49.372,25
Janeiro de 69	NCr\$ 59.912,88
Fevereiro de 69	NCr\$ 72.916,30
Março de 69	NCr\$ 67.129,73
Abril de 69	NCr\$ 71.266,42
Maior de 69	NCr\$ 74.103,53
Junho de 69	NCr\$ 86.589,34
Julho de 69	NCr\$ 106.391,39
Agosto de 69	NCr\$ 95.116,85
Setembro de 69	NCr\$ 112.764,76
Outubro de 69	NCr\$ 88.694,92
Novembro de 69	NCr\$ 94.277,25

Soma Total NCr\$ 978.534,62

Dezembro de 68	NCr\$	1.862,25
Janeiro de 69	NCr\$	2.301,64
Fevereiro de 69	NCr\$	1.832,47
Março de 69	NCr\$	2.631,13
Abril de 69	NCr\$	2.669,86
Maio de 69	NCr\$	2.707,94
Junho de 69	NCr\$	2.442,36
Julho de 69	NCr\$	2.184,40
Agosto de 69	NCr\$	2.996,06
Setembro de 69	NCr\$	3.167,00
Outubro de 69	NCr\$	3.555,54
Novembro de 69	NCr\$	3.352,77

Soma Total NCr\$ 31.433,42

RECEITAS DE ENTORPECENTES

(Dez 68 a Nov 69)

Pago	1.486
Grátis	900
Indenizável	243
Total	2.609
Ext.	2.518
Int.	712

RECEITAS MÉDICAS

(Dez 68 a Nov 69)

Pessoal Militar

Ativa:

Indenizável	4.912
Grátis	21.997

Reserva:

Indenizável	2.281
Grátis	3.398

Indenizável	771
Grátis	1.691
Vendas à vista	37.106

RECEITUÁRIO ENTORPECENTE GRÁTIS

Dezembro de 68	NCr\$	48,98
Janeiro de 69	NCr\$	78,84
Fevereiro de 69	NCr\$	94,45
Março de 69	NCr\$	77,10
Abril de 69	NCr\$	77,64
Maio de 69	NCr\$	58,06
Junho de 69	NCr\$	111,32
Julho de 69	NCr\$	114,05
Agosto de 69	NCr\$	107,05
Setembro de 69	NCr\$	62,52
Outubro de 69	NCr\$	59,88
Novembro de 69	NCr\$	157,15

Soma Total NCr\$ 1.047,04

PENSOS

Fornecimento feito às Enfermarias durante:

Dezembro de 68	NCr\$	15.834,48
Janeiro de 69	NCr\$	17.102,23
Fevereiro de 69	NCr\$	18.070,57
Março de 69	NCr\$	18.579,23
Abril de 69	NCr\$	28.487,77
Maio de 69	NCr\$	22.255,58
Junho de 69	NCr\$	15.349,84
Julho de 69	NCr\$	21.724,62
Agosto de 69	NCr\$	28.294,70
Setembro de 69	NCr\$	20.251,20
Outubro de 69	NCr\$	14.457,65
Novembro de 69	NCr\$	11.475,70

Soma Total NCr\$ 31.883,57

Dezembro de 68	NCr\$	128,59
Janeiro de 69	NCr\$	87,35
Fevereiro de 69	NCr\$	126,10
Março de 69	NCr\$	150,96
Abril de 69	NCr\$	134,24
Maio de 69	NCr\$	114,99
Junho de 69	NCr\$	109,74
Julho de 69	NCr\$	88,43
Agosto de 69	NCr\$	186,32
Setembro de 69	NCr\$	192,20
Outubro de 69	NCr\$	263,93
Novembro de 69	NCr\$	265,33

Soma Total NCr\$ 1.848,18

MOVIMENTO GERAL DO SERVIÇO MEDICO-LEGAL

Exames de A.C.D. e Sanidade	1.847
Laudos de A.C.D.	139
Laudos de Sanidade	12
Laudos de Necropsia	40
Conservação e Embalsamamento	16
Necropsias	26
Preenchimento de Sanidade em A.O.	242
Óbitos ocorridos no H.C.E.	264
Entrada de cadáver	32
Fetos	10

SERVIÇO ODONTOLÓGICO

ATIVIDADES CULTURAIS

Ciclo de conferências feito pela Equipe do I.N. Câncer:

Diagnóstico diferencial do Câncer Oral — 8-5-69 — Dr. Walter Corrêa de Sousa.

Conferências sobre Lesões Cancerígenas — 19-5-69 — Dr. Walter Corrêa de Sousa.

Conferência sobre Glândulas Salivares Sialografia — 22-5-69 — Dr. Édio Juarez.

Conferência:

Diagnóstico, Terapêutica. Foco Dentário — 9-6-69 — Prof. Dr. Aristeu Gonçalves Leite.

Conferência:

Ponto de Referência Anatômica Normal dos Maxilares — Dr. Nunciis Dancinger.

Conferência:

Buco, Maxilo, Facial — 3-7-69:

Dr. Itay Lessa;

Cap Dent Ariel Coelho de Sousa;

Cap Dent José Pereira Matos.

Palestra:

Sobre Higiene Fisioterapia Oral — 21-10-69 — Cap Dent. José Antônio Gomes da Costa.

Curso de Hematologia, para médicos e dentistas realizado por especialistas do Instituto de Hematologia do Estado da Guanabara.

MOVIMENTO TÉCNICO

Consultas	6.978
Anestesias	2.220
Apectomias	3
Aparelhos ortopédicos	11
Curativos	1.933
Consertos	109
Coroas	5
Contrôle de oclusão	12
Dentaduras	149
Dilatação de abscessos	4
Diversos (diagnósticos, pareceres, etc)	12
Exames	1.596
Extrações	2.272
Fratura de malar	10
Fratura de mandíbula	15
Fratura de nariz	3
Incrustações	128
Limpezas	415
Moldagem endobucal	2
Obturação de amálgama	1.178
Obturação de silicato	1.333
Obturação de canal	330
Outras intervenções	19
Preparos de cavidades	2.413

Proteção pulpar	2.111
Pulpectomias	18
Pivots	8
Radiografias	2.356
Roachs	110
Receitas	12
Remoção de projétil de arma de fogo	3
Reimplante	1
Tratamento de canal	330
Tumores	5
Transplantes	2

SERVIÇO DE PEDIATRIA

HISTÓRICO

O Serviço de Pediatria criado anteriormente com a designação de Clínica Pediátrica, foi submetido durante o corrente ano a uma grande reforma, ocasião em que tivemos a grata satisfação de ver com a inauguração em 20 de junho próximo passado, da Enfermaria e demais dependências, realizar-se mais uma aspiração daquele Serviço, no sentido de melhor bem servir aos nossos pequenos pacientes e atender também, dessa forma, mais uma das precípuas finalidades deste Nosocômio.

O Serviço de Pediatria, chefiado pelo Cel Méd. Dr. Silênio Barbosa Soares, consta de Ambulatório com três consultórios e uma sala de espera; a Enfermaria composta de oito boxes contendo cada um capacidade para uma criança e seu acompanhante; a Chefia; a Secretaria; a Sala de Esterilização; a Copa e demais dependências sanitárias.

Encontra-se situado na ala direita do andar térreo do Pavilhão de Oficiais.

O corpo médico do Serviço, além do atendimento no Ambulatório e assistência médica direta às crianças baixadas na Enfermaria do Serviço, Berçário e Enfermaria de Cirurgia Infantil do PCHM, presta também sua cooperação dando Riscos Operatórios e Pareceres a outros Pavilhões e às Juntas de Saúde, quando solicitados.

Movimento de baixados na Enfermaria do Serviço de Pediatria de julho a novembro:

Existiram	18
Entraram	57
Sairam	53
Ficaram existindo	22

Obs.: Durante este período acima especificado, faleceram oito crianças, com vários diagnósticos.

Atividades técnicas do Serviço de Pediatria de julho a novembro:

Grandes cirurgias	2 frascos
Injeções intramusculares	562 aplicações
Injeções endovenosas	56 aplicações
Nebulizações	132 aplicações
Oxigênio	3 litros
Pequenas cirurgias	2 frascos
Plasma	5 frascos
Sangue total	13 frascos

Assim distribuídos:

Sexo feminino	359	Fetos únicos	699
Sexo masculino	350	Gemelar	10
Total	709	Total	709

Obs.: Durante o período acima especificado, faleceram 14 (quatorze) crianças.

Baixados no PMFA, no período:

Dezembro de 68	1
Janeiro de 69	2
Fevereiro	3
Março	3
Abril	6
Maió	3
Junho	4
Julho	—
Agosto	—
Setembro	—
Outubro	—
Novembro	1
Total	23

Obs.: Faleceram duas crianças.

Baixados no PCHM, no período:

Existiam	33
Entraram	79
Sairam	71
Transferidos	6
Ficaram existindo	35

Baixados no PI no período:

Cad. n.º 2.339 — Menor Marilene Freire da Mota — Baixa: 12-3-69. Alta em 25-3-69. Diagnóstico: 055.

Cad. n.º 6.504 — Menor Marcio Almeida Damas — Baixa 25-7-69. Alta: por transferência para a Pediatria em 18-8-69. Diagnóstico: 057.

Cad. n.º 8.923 — Menor Odeva do Nascimento Bastos — Baixa: 4-10-69. Alta: por transferência para a Pediatria em 15-10-69. Diagnóstico: 085-1.

Cad. n.º 10.491 — Menor Paulo Roberto C. de Souza — Baixa: 21-11-69. Diagnóstico: 092.

10.º PAVILHÃO — ARSENAL CIRÚRGICO

I — ORGANIZAÇÃO:

O Arsenal Cirúrgico é chefiado pelo Major Dr. Alfredo Rodrigues da Rocha, constando de três (3) salas amplas de cirurgia, uma (1) sala de curativos, uma (1) sala para preparo e esterilização de material, uma (1) sala de recuperação de doentes, uma (1) sala servindo de vestiário para a equipe técnica, uma (1) sala de assepsia, uma (1) saleta para fins burocráticos e um banheiro servindo de vestiário para as auxiliares técnicas, além de uma sala de espera com banheiro contíguo.

II — LOCALIZAÇÃO:

Situa-se na parte terminal da ala esquerda do andar térreo do Pavilhão de Cirurgia Humberto de Mello, a fim de satisfazer a intercomunicação com o próprio Pavilhão e alguns outros.

III — MISSÃO:

O referido Pavilhão tem como principal missão a realização de cirurgia geral e especialização para os oficiais, sargentos, cabos, soldados, ex-combatentes, funcionários civis e seus respectivos familiares, sendo que a percentagem bem maior recai nos cabos e soldados. São realizadas grandes, médias e pequenas cirurgias no pessoal anteriormente citado, que é posteriormente devolvido às suas enfermarias de origem.

IV — ATIVIDADES TÉCNICAS DO ARSENAL CIRÚRGICO:

Atendimentos	Internos	Externos	Soma
Oficiais	10	9	19
Praças	576	1	577
Civis	92	37	129
Soma	678	47	725
Total das intervenções			728

V — ANESTESIAS:

MÊS	GERAL	RAQUIS	LOCAL	SOMA
Dezembro/68	15	1	36	52
Janeiro/69	25	8	42	75
Fevereiro	17	7	34	58
Março	40	13	18	71
Abril	23	0	16	39
Maio	22	6	21	49
Junho	21	7	20	48
Julho	37	5	38	80
Agosto	24	1	26	51
Setembro	37	1	34	72
Outubro	38	3	21	62
Novembro	40	2	26	68
SOMA	339	54	332	725

RESUMO DOS CIRURGIÕES QUE PARTICIPARAM DAS ATIVIDADES CIRÚRGICAS DO ARSENAL

Cirurgião	Total
Ten Cel Dr. Ivo	44
Ten Cel Dr. Bergson	7
Maj Dr. Moura	2
Maj Dr. Rocha	14
Cap Dr. Joás	78
Cap Dr. Amado	57
Cap Dr. Jório	83
Cap Dr. Jurucey	188
Cap Dr. Galileu	207
Cap Dr. Achilles	6
Cap Dr. Celio	1
Cap Dr. Ramez	2

Dent. Civil Dr. Ytay	12
Doutorando Dr. Peregrino	8
Civil Dr. Pinheiro	1
Civil Dr. Newton	1
Civil Dr. Abel	6
Acad. Afrânio	4
Acad. Cícero Gonçalves	4
TOTAL GERAL	725

13.ª ENFERMARIA

(Pavilhão de presos)

A 13.ª Enfermaria, Pavilhão de Presos está situada na área esquerda do Hospital, em frente ao P C P C, pertencente ao 5.º Pavilhão. Destina-se a Oficiais, Praças e funcionários civis que se encontram presos.

Dispõe de duas enfermarias: uma com capacidade para quinze leitos e a outra para dez leitos, cada qual com suas dependências sanitárias; quatro celas; quatro quartos e um apartamento. Dispõe, ainda de uma sala de visitas, de uma sala de curativos, de uma dispensa, de um refeitório e de uma cozinha. Há também, dois pátios internos sendo um ajardinado e um cimentado separado por um corredor coberto, onde os baixados recebem o banho de sol diário e semanalmente suas visitas.

MOVIMENTO TÉCNICO

MESES	INJEÇÕES		CURATIVOS
	I. M.	I. V.	
Dezembro/68	29	13	5
Janeiro/69	30	11	2
Fevereiro	23	17	10
Março	42	31	18
Abril	39	14	7
Maio	18	9	6
Junho	25	12	8
Julho	32	20	10
Agosto	28	17	5
Setembro	12	5	3
Outubro	11	13	4
Novembro	15	8	9
S O M A	314	171	87

CENTRO SOCIAL MARECHAL FERREIRA DO AMARAL

Comissão Diretora — designada para o exercício de dezembro de 1968 a dezembro de 1969:

Presidente — Gen Bda Méd Dr. Galeno da Penha Franco

Vice-presidente — Dr. Nilson Nogueira de Silva, Cel Méd

Tesoureiro — Walter Galvão da Cunha, Cap IE

Secretário — Dr. José Pereira Mattos, Cap Dent

Assistência à Saúde — Dr. José Elias Monteiro Lopes, Ten Cel Méd

Assistência Econômica e Financeira — Dr. José Rabinowits, Maj Méd

Assistência Cultural e Educacional — Dr. Luiz Carlos Hypólito, Maj Dent

Assistência Alimentar — Paulo Roberto Queiroz Bomfim, Cap IE

Assistência Religiosa — Padre Agostinho Squizzato, Cap Capelão

Assistência Recreativa — Dr. Ariel Coelho de Souza, Cap Dent

Assistência de Confeções e Lavanderia — Fernando Martins, Cap QOE

Durante o período, foram expedidos os seguintes documentos:

Boletim (semestrais)	2
Cartas recebidas	5
Notas p/boletim	12
Ofícios	3
Ofícios-circulares	12
Partes	21

ASSISTÊNCIA A SAÚDE

Consultas Médicas:

Foram atendidos 466 funcionários civis e militares — pelo gestor de Assistência à Saúde, em seu ambulatório, tendo sido fornecidas 435 amostras grátis.

Foi prestada assistência a muitos baixados, entre estes vários soldados mutilados. Os referidos soldados são encaminhados ao CESO pela Fiscalização Adm, a fim de serem conduzidos às Ortopédicas tais como Bralit S. A. e outras.

As seguintes assistências deixaram de funcionar no 2.º semestre do corrente ano:

Assistência recreativa

Assistência de transportes e manutenção

Assistência econômica e financeira

A Assistência cultural e educacional deu continuação ao Curso Auxiliar de Serviços Médicos iniciados durante o 1.º semestre. Este curso terminou aos últimos dias de dezembro e foram todos aprovados.

ASSISTÊNCIA CULTURAL E EDUCACIONAL

No 1.º semestre do corrente ano, o Departamento Cultural e Educacional do CESOMFA, colocou à disposição dos associados as seguintes programações:

Curso de Taquigrafia

Arte culinária

Auxiliar de Serviços Médicos

TV Educativa (Aparelho de TV colocado no salão do CESO)

ASSISTÊNCIA DE TRANSPORTE E MANUTENÇÃO

Durante o 1.º semestre do corrente ano, o setor de Assistência de Transportes e Manutenção realizou, por intermédio do Serviço de Viaturas deste Hospital, o seguinte:

Mudanças	37
Remoções	37
Lavagem e Lubrificação	24
Serviço de socorro	12

ASSISTÊNCIA ALIMENTAR

Foram fornecidos a funcionários do H C E, mediante pequena indenização durante o período:

2.728 almoços, 154 desjejuns no valor total de NCR\$ 625,00 (seiscentos e vinte e cinco cruzeiros novos).

Foi recolhida durante o período a importância de NCR\$ 625,00 (seiscentos e vinte e cinco cruzeiros novos) e ainda fornecidos por intermédio da Cantina do Centro Social, pago pelo Serviço de Aproveitamento, 20.544 lanches noturnos ao pessoal de Serviço no valor de NCR\$ 1,50 (hum cruzeiro novo e cinquenta centavos) cada, perfazendo um total de NCR\$ 30.816,00 (trinta mil, oitocentos e dezesseis cruzeiros novos).

ASSISTÊNCIA ECONÔMICA E FINANCEIRA

Partindo dos princípios básicos do Serviço Social, o Dr. Rabinowits, gestor da Assistência Econômica e Financeira por processos de ajuda monetária (rápidos, empréstimos), faz um auxílio ao indivíduo para que o mesmo sinta haver o interesse humano de corrigir o desequilíbrio oriundo de seus problemas sócio-econômicos. É intuito da Assistência Econômica e Financeira promover ou desenvolver no indivíduo a iniciativa e capacidade para auto-ajuda. Sendo assim, tal como um verdadeiro Assistente Social, o Dr. Rabinowits tem de apurar os fatos e julgar a sua veracidade para dar-lhes um resultado razoável: E esta apuração, e o resultado nem sempre são entendidos pelos solicitantes.

Missão muito difícil e delicada cabe ao gestor, pois para atender as necessidades do indivíduo, ele precisa decompor seus problemas, e isso requer muita habilidade de sua parte, porque ele deve determinar o momento propício no qual as pessoas sejam capazes de aceitar a interpretação dada no caso e de tolerar o reconhecimento do que lhes é desagradável. Para o completo desempenho da Assistência Econômica e Financeira, o Dr. Rabinowits conta com o 1.º Sgt Floriano Pinto do Nascimento, o qual se ocupa do relacionamento social, em casos com indivíduos e grupos. Quando se faz necessário, o Sgt acima citado visita a pessoa a fim de ter uma visão exata de suas condições e a fim de auxiliá-la na resolução dos seus problemas mais prementes. No 1.º semestre, o Sgt Floriano visitou 4 (quatro) pessoas. O movimento da Assistência em geral foi o seguinte, 326 (trezentos e vinte e seis) pessoas atendidas num total de empréstimos de NCR\$44.191,00 (quarenta e quatro mil, cento e noventa e um cruzeiros novos).

ASSISTÊNCIA RECREATIVA

Foram postas à disposição dos associados, no 1.º semestre do ano corrente, as seguintes programações:

HOLIDAY ON ICE — no mês de maio com abatimento de 50% nos ingressos.

CINEMA — Sessões para os baixados às 3.ª, 5.ª e sábados das 18 às 20 horas.

SECRETARIA

Material Distribuído para a Secretaria do Centro Social:

- 1 — Um arquivo c/7 gavetas AB e 58, n.º 28.166
- 2 — Uma cadeira de engraxate c/poltrona, cromada, estofada tipo Marabá, c/banquinhos estofados.
- 3 — Duas colheres de pedreiro
- 4 — Um conjunto de sofás e duas cadeiras de madeira
- 5 — Uma estante c/duas portas de correr, envidraçadas, c/3 prateleiras de 0,80x1,41x0,35
- 6 — Duas enxadas
- 7 — Um livro c/100 folhas n.º 1.118
- 8 — Um livro TEF 721
- 9 — Máquina de escrever imperial n.º 25/6546
- 10 — Uma mesa p/máquina de escrever
- 11 — Duas mesas secretárias c/cadeiras
- 12 — Duas picarêtas
- 13 — Um quadro p/avisos
- 14 — Uma talhadeira
- 15 — Um ventilador contact n.º 08.755

Material Distribuído para a Barbearia dos Oficiais:

- 1 — Um balcão americano c/espelhos de cristal c/duas vitrinas
- 2 — Cadeira p/barbearia n.º 122 luxo, cromada e estofada (duas)
- 3 — Cabide de fórmica c/seis suportes
- 4 — Seis cadeiras de tubo cromado tipo Marabá
- 5 — Um espelho de cristal s/quadro
- 6 — Um espelho de cristal c/quadro
- 7 — Esterilizador de bola, c/depósito de água quente
- 8 — Mesa de vinhático c/pés torneados, c/duas gavetas

Material Distribuído para a Barbearia de Praças:

- 1 — Duas cadeiras de barbeiro n.º 123, estofadas, cromadas
- 2 — Um cabide de madeira c/seis suportes
- 3 — Oito cadeiras de madeira
- 4 — Dois espelhos de cristal c/quadro
- 5 — Um espelho de cristal c/cremalheira e aparadores cromados
- 6 — Um esterilizador de bola, c/depósito de água quente

Material Distribuído à Cantina do Centro Social:

- 1 — Um banquinho p/bar estofado e cromado REF MP n.º 1.078
- 2 — Um balcão frigorífico kibon n.º KV-592
- 3 — Dois botijões de gás
- 4 — Vinte e uma cadeiras tipo Hollywood
- 5 — Um projetor de cinema Victor de 16mm, modelo 60/25
- 6 — Sete luminários
- 7 — Uma máquina p/café elétrica, aço inox, capacidade 5 litros
- 8 — Fogão alfa de quatro bôcas
- 9 — Ventilador de parede de 1 velocidade n.º 570, 571, 572 e 573

ASSISTÊNCIA RELIGIOSA

Atividades da Capelania Militar

GRUPO "A" — APOSTOLADO DE CARIDADE

Casos sociais	28
Doentes visitados	2.120
Habitações civis	1
Processos p/casamento	8
Reuniões	30
Serviços Diversos	15

GRUPO "B" — APOSTOLADO DA PALAVRA

Catequese	30
Conferências	12
Contatos Pessoais	50
Instruções	1
Pregações	105

GRUPO "C" — APOSTOLADO DO CULTO

Batizados	30
Bênção do SS	5
Casamentos	2
Comunhões	9.930
Confissões	660
Encomendações	170
Páscoas militares	19 vezes
Procissão	1
S. Missas	375
S. Unções	215

CENTRO DE ESTUDOS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Foram realizados durante o ano de 1969, no Centro de Estudos do HCEEx, os Cursos de Noções Básicas de Hematologia, Especialização em Psiquiatria, de Auxiliares de Serviços Médicos e Simpósio sobre Câncer Oral.

As aulas do Curso de Hematologia foram proferidas pelos Dr. Jorge Coelho de Sá Cap Méd — que apresentou o tema: Interpretações Clínicas do Hemograma e Mielograma; Dr. J. M. Mendonça, Dra. Mirian Costa S. Coelho e Dr. Luiz Carlos Famadas, que apresentaram os temas: Coagulograma e Síndromes Hemorrágicas; Dr. Gustavo Carvalho e Dr. A. Carlos R. S. Mello que apresentaram os temas: Extrações Dentárias em Hemofílicos — Púrpuras; Dr. Francisco Maria P. Bittencourt e Dr. Ivaí de Almeida — que apresentaram os temas: Transfusão de Sangue: Indicações e Acidentes; Dr. Paulo Martins e Dr. Luiz G. P. Franco, que apresentaram o tema: Leucoses Agudas e Crônicas. O Curso teve a duração de três meses e sua frequência foi numerosa.

O Curso de Especialização em Psiquiatria, promovido pelo Centro de Estudos do HCE, Academia Brasileira de Medicina Militar e a Associação Psiquiátrica do Rio de Janeiro, contou com a colaboração dos seguintes médicos: Coordenação e direção do Dr. Cezar Poggi de Figueiredo Filho, Ten Cel Méd — que apresentou os seguintes temas: Classificação Biotipológica de Interêsse Psiquiátrico — Testes. Neuroses — Teorias Etiopatogênicas — Simulação em Psiquiatria — Homossexualismo — Sua Problemática e o Psiquiatra e os Problemas do Mundo Contemporâneo; Dr. José Luiz Campinho Pereira, Ten Cel Méd, que apresentou os temas: Psicologia Normal e a Patologia da Percepção — Conceituação da Linguagem e da Inteligência — Semiologia Neurológica, Suas Aplicações em Psiquiatria — Noções em Eletroencefalografia Clínica — Aplicações da Eletroencefalografia — Toxicomanias Generalizadas — Oligofrenias (1.º andar) — Paralisia Geral e Progressiva — Psicoses Epilépticas — Epilepsia Versus Eletroencefalografia — O Paciente Epiléptico — Terapêutica Anticomicial no Adulto — Aconselhamento Psiquiátrico no Adolescente — Labotomia — a Terapêutica dos Distúrbios Psiquiátricos da Demência; Maj Méd Dr. Tong Ramos Vianna — que apresentou os seguintes temas:

Psicologia Normal e Patológica da Memória — Observação Psiquiátrica — Toxicomanias — Maconha — Desajuste Situacional Agudo e crônico — Estudo Crítico do Eletrossom — Praxisterapia; Gen Méd Dr. Hugo Kammsetzer — Compreensão, Associação de Idéias e Curso do Pensamento — Psicopatologia da Fonação e da Ação — Estudos da Personalidade — Síndrome Psíquica por Traumatismos Generalizados — Síndrome Psíquica Pós-Traumática — Classificação e Estudo Nosográfico — Barbituroterapia; Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke, Ten Méd — apresentou os seguintes temas: Psicopatologia da Atividade Delirante — Conceituação — Arteriosclerose Cerebral — Psicose de Involução — Confusão Mental — Reações Psicóticas Agudas, Agitação Psicomotora — Psicoses Medicamentosas — Aspectos Psiquiátricos em Cardiologia — Uso de Tranquilizantes na Clínica Psiquiátrica — Avaliação das Principais Especialidades — Técnicas Psiquiátricas com a Família do Paciente — Terapêutica da Insônia — Terapêutica da Pressão; Dr. Luiz Fernando Ferreira Studart, Maj Méd Aer — apresentou o seguinte tema: Psicopatologia da Afetividade — O Código Civil e sua Implicação em Psiquiatria — Código Civil e Penal e suas Implicações em Psiquiatria — Oligofrenias — A Criança Excepcional — Modernos Aspectos de sua Recuperação — José Areal, Cap Méd — apresentou os seguintes temas: Estado, Reação, Síndrome e Processo — Neuroses de Renda, Reações Psicogenéticas Irreversíveis — O Problema da Reforma — A Conduta Médica no Enfermo Psiquiátrico — Dr. Luiz Lerner, 2.º Ten Méd — apresentou os seguintes temas: Psicanálise e Psiquiatria — Moderna Compreensão Patológica do Neurovegetativo — Esquema Corporal — Personalidade Psicopática — Introdução — Aspectos Doutrinários — Personalidade Psicopática — Classificação — O Epiléptico e o Problema da Incompatibilidade Física — Aspectos Psiquiátricos nas Dermatopatias — Aspectos Psiquiátricos do Aparelho Respiratório — Aspectos Psiquiátricos em Ginecologia — Psicoterapia de Grupo (1.ª Parte) — Psicoterapia de Grupo (2.ª Parte) — Indicação de Análise; — Dr. Enio Fabiano, Maj Méd — apresentou os seguintes temas: Alcoolismo — Introdução — Demência Epiléptica — O Uso da Terapêutica nos Distúrbios do Vegetativo; — Dr. Antônio Ferreira Duarte Filho, Cap Méd — Sífilis Nervosa — Epilepsia: Histórico, Conceituação, Classificação — Avaliação Laborativa em Psiquiatria — Critério Previdenciário — Aspectos Psiquiátricos nas Endocrinopatias — Terapêutica Anticomicial na Criança — O Problema da Cefaléia em Psiquiatria — As Indicações Absolutas e Relativas da Punção Lombar; Dra. Dirce Galvão de França — apresentou os seguintes temas: Risco Terapêutico — Eletrochoque; Dr. Juvenal Dias dos Santos — apresentou os seguintes temas: Terapêutica em Emergência Psiquiátrica — Impregnação — Insulinoterapia — A Terapêutica do Psicótico Crônico — A Hipnose, suas Indicações e Técnicas; — Serviço Social e Psiquiátrico (Equipe do Serviço Social do PNP). O Curso teve a duração de sete meses e sua frequência foi numerosa.

O Curso de Auxiliares de Serviços Médicos, promovido pelo Centro de Estudos do HCE e Centro Social Marechal Ferreira do Amaral, contou com professores convidados para proferirem as aulas, destacando-se do Museu da Imagem e do Som o Professor Péricles de Lucena Costa que apresentou uma síntese sobre Relações Humanas com o Público Hospitalar; o Dr. Luiz Carlos Hypolito, Maj Dent, sobre o tema: Integração das Auxiliares nos Serv. Médicos; Ricardo Cantalice Lipke, 2.º Ten Méd, apresentou o tema: Relações Humanas com a Família do Paciente; Paulo Roberto Queiroz Bomfim, Cap IE, que apresentou o tema: Relações Humanas com o Paciente; o Curso contou ainda com a participação dos seguintes professores Edmar Carneiro de Araujo, 2.º Ten QOE, que apresentou o tema: Higiene e Epidemiologia; José Pereira Mattos, Cap Dent, que apresentou o tema: Relações Públicas; Auxiliar de Instrução de R. P. Funcionária Wisle Therezinha Muller do Nascimento, que apresentou o tema: Relações Humanas com o Público Externo e Interno; Sgt Sebastião de Jesus Soares, que apresentou o tema: Técnica de Enfermagem e Ética Profissional; Sgt João Meirelles Moerbeck, que apresentou o tema: Patologia; Sgt Gerson Lopes de Souza e Sgt Manoel Barros, que apresentaram o tema: Anatomia; Sgt Osvaldo Azevedo Araújo, que apresentou o tema: Fisiologia; Enfermeira Mirian Bezerra da Fonte, que apresentou o tema: Prática de Enfermagem. O Curso teve a duração de seis meses e sua frequência foi numerosa, sendo realizada prova de aproveitamento.

Com a colaboração da Sandoz do Brasil S. A. foram projetados durante o ano de 1969 os seguintes filmes: Osteoporose — Exame Neurológico do Recém-Nascido Normal; Ainda com a colaboração do Laboratório Carlo Erba, foram projetados os seguintes filmes: As Pinturas Livres na Psiquiatria, Angiografia, Vírus e Câncer.

Sob o patrocínio do Centro de Estudos do HCE realizaram-se palestras e conferências nos diversos assuntos: Casos de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial apresentada pela equipe de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial. Ainda colaborando com o Centro de Estudos foi proferida a conferência sobre Introdução ao Estudo dos Antibióticos pelo Dr. Nuncer Danciger; — Ainda Palestra do Dr. Paulo Vieira Cavalcante sobre A Importância da Avaliação Copocitológica. Ainda Palestra sobre Icterícias pelo Dr. Mario Barreto Correia Lima do Es. M. C. R. J. Estas palestras e conferências contaram com numerosa assistência. Transcrevemos, a seguir, os resumos das Atas do Centro de Estudos do HCE, redigidas todas elas pelo Capitão Médico Dr. Quirino Pereira Netto.

ATAS

Ata da sessão realizada a vinte e cinco de abril de mil novecentos e sessenta e nove para abertura das atividades do Centro de Estudos

do HCE. A sessão foi iniciada pelo Ex.^{mo} Sr. Gen Bda Méd Dr. Galeno da Penha Franco, que versou sobre a importância do Centro de Estudos para o nosso hospital, solicitando ainda que os colegas apresentem trabalhos para melhor esclarecimento sempre novos, na nossa vida hospitalar. A seguir usou da palavra o Dr. Gastão de Carvalho Souza, Ten Cel Méd, que discorreu a respeito do assunto: Resultados com a Técnica de Onofre Lopes na cura da "Varicocele", conhecedor profundo do assunto, o Dr. Gastão prendeu todo o auditório, sendo delirantemente aplaudido ao término da sua palestra. A seguir foi exibido um filme com o tema: As Pinturas Livres em Psiquiatria Infantil, patrocinada pelo Laboratório Geigy do Brasil. Após a exibição do filme o Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke, 2º Ten Méd, teceu alguns comentários sobre o filme. Logo em seguida usou da palavra o Ex.^{mo} Sr. Gen Diretor Méd Dr. Galeno da Penha Franco, comentou de suas experiências em psiquiatria infantil quando frequentou o serviço do Professor Henrique Roxo. A seguir foi dada a palavra ao Brigadeiro Majela Bijos, que enalteceu mais uma vez o Centro de Estudos. Falou da sua satisfação de estar sempre no HCE e a seguir deu ciência aos médicos e presentes de toda a programação da Academia Brasileira de Medicina Militar para o ano de 1969. A seguir o Ex.^{mo} Sr. Gen Bda Dr. Galeno da Penha Franco deu por encerrada a presente sessão.

Ata da sessão realizada extraordinariamente no Centro de Estudos no dia 25 de abril de mil novecentos e sessenta e nove pelos clínicos neuropsiquiátricos sendo conferencistas os doutores Cezar Poggi de Figueiredo Filho e José Luiz Campinho Pereira, Ten Cel Méd, sendo encerrada às 12 horas.

Ata da sessão ordinária realizada no dia oito de maio de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE.

A sessão foi iniciada às 10h com a palavra do Cel Dent Roberto Baptista da Silva que apresentou o conferencista em nome do Diretor do Hospital. Disse o Cel. Dent. Dr. Roberto da nossa satisfação em receber o Dr. Walter Corrêa de Souza membro do Instituto Nacional do Câncer. A seguir o Dr. Walter Corrêa de Souza disse da honra de poder se dirigir aos odontólogos do HCE e a seguir anunciou o tema de sua conferência: "Diagnóstico Diferencial do Câncer Oral". O conferencista conhecedor profundo do assunto correspondeu à expectativa da numerosa assistência. Após a exibição de "Slides" o conferencista respondeu algumas perguntas formuladas pelos presentes. O Sr. Cel Dent. Roberto Baptista da Silva deu por encerrada a sessão.

Ata da sessão realizada no dia quinze de maio de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE. Foi iniciada às 10h45min com a palavra inicial do Cel Dent Dr. Roberto Baptista da Silva que apresentou o conferencista convidado Dr. Paulo Camisão, membro do Instituto Nacional do Câncer. Versou sobre o tratamento

dos "Neoplasmas da Bóca". De maneira brilhante foi aplaudido pela assistência numerosa. A seguir agradecendo a presença do Dr. Paulo Subdiretor Técnico, o Cel Roberto deu por encerrada a sessão.

Ata da sessão ordinária realizada no dia vinte de maio de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos, por ocasião do encerramento da Semana da Enfermagem. Presentes à sessão o Exmo. Sr. Gen Diretor do HCE Dr. Galeno da Penha Franco que falou sobre a importância da data, passando a palavra ao 2.º Sgt João Meireles Moerbeck do Serviço de Neuropsiquiatria do HCE. O Sgt Moerbeck versou sobre a "Técnica da Eletroencefalografia". Passando a palavra a enfermeira chefe Srta Maria Teresa Costellazzi que falou sobre a enfermagem na neurocirurgia. Após as palavras do Sgt Moerbeck e da Enfermeira Chefe Cortellazzi o Senhor Diretor do HCE agradeceu a presença de todos parabenizando-os pelo brilhante trabalho apresentado. Em seguida convidou-os para um coquetel que foi servido no saguão principal do hospital.

Ata da sessão extraordinária do Centro de Estudo no dia vinte e dois de maio de mil novecentos e sessenta e nove, que teve como palavra inicial apresentando o conferencista em nome do Diretor do HCE, o Cel. Roberto Baptista da Silva, foi dada a palavra ao Dr. Edio Juarez de Andrade Pereira, que discorreu sobre o tema: "Pequenas Cirurgias dos Lábios". Ao terminar sua palestra, o conferencista respondeu a algumas perguntas feitas pelo auditório. Em seguida o Cel. Roberto agradeceu a presença de todos encerrando às 12h a sessão.

Ata da sessão solene realizada no dia vinte e sete de maio de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE, por ocasião das homenagens prestadas ao Patrono do Serviço de Saúde do Exército Gen Médico Dr. João Severiano da Fonseca. Abertura da sessão às 10h30min pelo Exmo. Sr. Gen Div Diretor de Saúde do Exército Dr. Olívio Vieira Filho, que convidou para presidir a mesa o Exmo. Sr. Gen de Exército Jurandir de Bizarria Mamede, como convidados de honra: o Major-Brigadeiro Geraldo Alvim, Sra. Rosa Lucinda da Fonseca, Exmo. Sr. Gen Méd. Diretor do HCE Dr. Galeno da Penha Franco, Gen Rubem Continentino, Diretor de Assistência Social do Exército; Gen Stoessel Diretor-Geral de Veterinária do Exército; Gen Méd Alvaro de Menezes Paes, Diretor Técnico da DGS, simbolicamente demais autoridades presentes. Convidado para falar, o Ex Sr. Gen Méd Dr. Olívio Vieira Filho Diretor Geral de Saúde do Exército exaltou a vida brilhante do General Severiano da Fonseca, passando a palavra ao conferencista Dr. Luiz Castro e Souza, que versou sobre a "Hospitalização Militar" em homenagem ao patrono do Exército. Após a conferência, falou o Exmo. Sr. Brigadeiro Bijos Presidente da Academia Brasileira de Medicina Militar. A sessão foi encerrada pelo Exmo. Sr. Gen. Ex. Jurandir Bizarria Mamede que agradeceu ao Exmo. Sr. Diretor Geral de Saúde do Exército a presidência da mesa.

Ata da sessão solene realizada no dia vinte e nove de maio de mil novecentos e sessenta e nove, a qual realizou o Simpósio Sobre Câncer Oral. Foi aberta a sessão pelo Sr. Cel. Dent. Roberto Baptista da Silva em nome do Exmo. Sr. Diretor do HCE. Presentes os simposistas Dr. Walter Corrêa Souza, Dr. Paulo Camisão, Dr. Edio Juarez de Andrade Pereira e o Dr. Jayme Leão Gusman, do Serviço Nacional do Câncer. Após a exposição de temas pelos simposistas, foram feitas perguntas ao Major Dent. Dr. Luiz Carlos Hypolito da Silva e ao Dr. Ytay Admildo de Abreu Lessa que foram respondidas brilhantemente, encerrando-se o simpósio às 12h pelo Sr. Cel Méd Subdiretor Administrativo do HCE em nome do Diretor.

Ata da sessão extraordinária realizada no dia trinta de maio de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE. Reunião mensal do serviço de neuropsiquiatria versando sobre o tema: Psicogênese da Traição de Judas, palestra proferida pelo Ten. Cel. Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira. Com uma assistência numerosa foi encerrada a sessão extraordinária.

Ata da sessão extraordinária realizada no dia seis de junho de mil novecentos e sessenta e nove, a abertura da sessão foi feita pelo Exmo. Sr. Gen. Diretor do HCE. Após cumprimentar os aniversariantes do mês foram distribuídas medalhas de prata. Logo após uma homenagem prestada pelo Dr. Boia que agradeceu, recitando uma poesia, foi encerrada a sessão pelo Exmo. Sr. Diretor do HCE.

Ata da sessão ordinária do dia nove de junho de mil novecentos e sessenta e nove, sobre o tema: Partes de Referências Anatômicas Normais dos Maxilares. Versou sobre o assunto o convidado de honra Dr. Nuncer Danciger.

Ata da sessão ordinária realizada no dia dezessete de junho de mil novecentos e sessenta e nove, dedicada à abertura do Curso de Hematologia, às 20h45min pelo Exmo. Sr. Gen Diretor do HCE. Tecendo elogios ao serviço odontológico do HCE congratulou-se por ter lançado mão do Dr. Jorge Coelho de Sá estudioso membro do Serviço de Hematologia do Estado. Convidados: Dra. Mirian Coelho, Dr. Luiz Famadas, Luiz Franco, Dra. Deize Almeida, Dr. Gustavo de Carvalho do Serviço de Cardiologia do Estado, Dr. João Maia Mendonça para comporem a mesa. Homenagens foram prestadas ao Gen Dr. Mendonça que dirigiu o IBEX. O Dr. Mendonça a seguir falou da honra de ser o Diretor do Instituto Estadual de Hematologia. Foi dada a palavra à Dra. Mirian Costa Coelho que falou sobre "Coagulograma". Falou também sobre "Síndromes Hemorrágicas" o Dr. Luiz Famadas. Terminada a palestra do Dr. Famadas, S. Exa. o Gen Diretor do HCE encerrou os trabalhos agradecendo a presença de todos.

Ata da sessão ordinária realizada no dia vinte de junho de mil novecentos e sessenta e nove, com a abertura do Curso de Especia-

zação em Psiquiatria. Foi aberta a sessão pelo Exmo. Sr. Gen. Dr. Galeno da Penha Franco que agradeceu a presença de todos. Foi dada a palavra ao Cel Méd Dr. José Luiz Campinho Pereira que versou sobre a "Percepção". Também falaram sobre temas psiquiátricos como assuntos para o Curso ora iniciado: Ten Cel Méd Dr. Cezar Poggi de Figueiredo Filho e o Maj Méd Dr. Tong Ramos Viana. Foi agradecida a todos a presença encerrando a sessão às 12h30min pelo presidente da mesa.

Ata da sessão ordinária realizada no dia vinte e três de junho de mil novecentos e sessenta e nove. Apresentou uma conferência sobre o tema "Psicopatologia da Atividade Delirante" o Ten. Méd. Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke, proferindo também palestra o Ten. Cel. Méd. Dr. Cezar Poggi de Figueiredo Filho. A sessão foi iniciada às 10h30min e finalizou às 12h.

Ata da sessão ordinária realizada no dia vinte e quatro de junho de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE. A sessão iniciou-se com a exibição de um filme sobre Hemoterapia. Após a exibição do filme foi dada a palavra ao Dr. João Maia de Mendonça que abriu os trabalhos. Ao Dr. Gustavo de Carvalho foi dada a palavra para uma palestra sobre "Extrações Dentárias em Hemofílicos"; logo em seguida ao término de sua palestra lhe foram feitas várias perguntas sendo todas respondidas. Agradecendo a presença de todos o Dr. João Maia de Mendonça encerrou a sessão.

Ata da sessão ordinária realizada no dia vinte e seis de junho de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE. Iniciando-se às 11 horas uma palestra pelo Major Méd. Dr. Bartolomeu Burlamaqui que versou sobre o curso que teve a oportunidade de fazer na França, traduzindo o progresso avançado da medicina nos mais modernos centros de pesquisas que percorreu. Sua palestra foi encerrada às 12 horas.

Ata da sessão ordinária realizada no dia vinte e sete de junho de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE, constou da palestra do Ten. Méd. Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke que versou sobre o seguinte tema: Psicopatologia da Atividade Delirante, brilhantemente encerrou sua palestra, passando a palavra ao Ten. Cel. Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira que versou sobre o tema: "Conceituação da Linguagem e da Inteligência". A sessão encerrou-se às 12 horas com muito aplauso.

Ata da sessão ordinária realizada no dia trinta de junho de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos. Foi aberta a sessão pelo Ten Cel Méd. Dr. Cezar Poggi de Figueiredo Filho que convidou após sua conferência, o Maj. Méd. Aér. Dr. Luiz Fernando Studart a apresentar uma palestra o qual foi abordado o tema: "Alterações da Linguagem e da Inteligência". Agradecendo aos presentes o Ten. Cel Dr. Poggi, encerrou a sessão às 12 horas.

Ata da sessão ordinária realizada no dia primeiro de julho de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos. A sessão foi iniciada às 20 dando início às aulas do curso de Hematologia tendo a palavra do Ten Cel. Dent. Dr. Roberto Baptista da Silva que convidou o Dr. Bittencourt que falou sobre "Transfusão de Sangue". Em seguida foi apresentado pelo conferencista Dr. Ivahy os "Acidentes nas Transfusões de Sangue". Brilhantemente foi encerrada a sessão às 22 horas.

Ata da sessão ordinária realizada no dia quatro de julho de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE com a conferência proferida pelo Ten. Cel. Méd. Dr. Luiz Campinho Pereira. Foram-lhe feitas perguntas pela assistência e depois de respondê-las encerrou a sessão às 12 horas.

Ata da sessão ordinária realizada no dia oito de julho de mil novecentos e sessenta e nove, no Centro de Estudos do HCE. A sessão foi iniciada às 20h33min com o curso de Hematologia. Usou da palavra o conferencista Dr. João Maia de Mendonça que após terminar sua conferência concedeu a palavra ao Cap. Méd. Dr. Jorge Coelho de Sá que versou sobre o tema: Hemograma, conhecedor como é do assunto, foi muito aplaudido pela assistência. Em seguida usou da palavra o Dr. Paulo M. Chaves que também falou sobre o tema: "Hemograma e Mielograma".

Ata da sessão realizada no dia quatorze de julho de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE. Início da sessão às 10h30min, com o Curso de Psiquiatria presidindo a sessão o Ten Cel Méd. Dr. Cezar Poggi de Figueiredo Filho que passou a palavra ao Ten Cel Méd Dr. José Luiz Campinho Pereira que versou sobre o tema: "A Vontade". A sessão foi encerrada às 12 horas.

Ata da sessão realizada no dia dezoito de julho de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE. A sessão foi iniciada às 10h40min pelo Ten Cel Méd Dr. Cezar Poggi de Figueiredo Filho que cedeu a palavra ao Ten. Cel. Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira que versou brilhantemente sobre a "Vontade", perguntas lhe foram feitas, sendo respondidas todas. O Ten Cel Méd. Dr. Poggi agradeceu a presença de todos encerrando a sessão às 12 horas.

Ata da sessão realizada no dia vinte e um de julho de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE. A sessão iniciou às 10h30 min tendo tomado a palavra o Ten. Cel. Méd. Dr. Cezar Poggi de Figueiredo Filho, que versou sobre o tema: "Biotipologia", brilhantemente aplaudido respondeu a várias perguntas, dando em seguida por encerrada a sessão às 12 horas.

Ata da sessão realizada no dia vinte e cinco de julho de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE. Falou ainda sobre o tema: Biotipologia, o Ten. Cel. Méd. Dr. Cezar Poggi de Fi-

gueiredo Filho. Logo em seguida foi dada a palavra ao Ten Cel Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira que versou sobre o tema: Psicomo-tilidade. A sessão foi encerrada às 12 horas.

Ata da sessão realizada no dia vinte e oito de julho de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE. A sessão foi iniciada às 10h30min tomando a palavra o Ten Cel Méd. José Luiz Campinho Pereira que versou sobre a "Eletroencefalografia e suas aplicações". A sessão foi encerrada às 12 horas.

Ata da sessão realizada no dia onze de agosto de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE. A sessão foi iniciada às 10h30min, com a palavra versando sobre o tema: "Esquizofrenias", o Ten Méd Dr. Osiris Costeira, que respondeu às perguntas feitas pela assistência, encerrando a sessão às 12 horas.

Ata da sessão ordinária realizada no dia vinte e um de agosto de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE. A sessão foi iniciada às 11h com a palestra do Exmo. Sr. Gen Bda Méd. Dr. Galeno da Penha Franco, que versou sobre a data festiva em homenagem ao Marechal Duque de Caxias. Apresentou as considerações do Hospital Central do Exército quanto aos festejos desta data magna na nossa história. Teceu elogios a Academia Brasileira de Medicina Militar, sobre o decreto do Exmo. Sr. Presidente da República criando a Faculdade de Medicina tendo o patrocínio da Academia Brasileira de Medicina Militar. O Exmo. Sr. Gen Diretor do HCE agradeceu a presença tão honrosa de todos, encerrando a sessão às 12 horas.

Ata da sessão ordinária realizada no dia onze de agosto de mil novecentos e sessenta e nove, teve início às 11 horas com a palavra do Senhor Sebastião Lopes Assumpção que nos versou sobre a "Osteoporose" exibindo em seguida um filme dos Laboratórios Sandoz sobre o mesmo assunto. Encerrou-se a sessão às 11h40min.

Ata da sessão ordinária realizada no dia dezoito de setembro de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos, com a exibição de um filme sobre Hematologia. Logo após foi ouvida a palavra do Dr. Nelio Amorim do Hospital da Lagoa e do INPS sobre o tema: Unidades de Tratamento Intensivo, versando também sobre o mesmo assunto o Dr. Brenildo Meireles Tavares. A sessão foi encerrada às 12 horas.

Ata da sessão ordinária realizada no dia vinte e cinco de setembro de mil novecentos e sessenta e nove. Conferência do Maj. Méd. Dr. Mário de Carvalho sobre o tema: "Pseudoartroses" inclusive também sobre a sua terapêutica. A sessão foi encerrada às 12 h.

Ata da sessão ordinária realizada no dia trinta de outubro de mil novecentos e sessenta e nove. Palestra do Maj. Méd. Dr. Paulo

Vieira Cavalcante que versou sobre "Importância da Avaliação Colpocitológica". A sessão foi encerrada às 12 horas após responder as perguntas da assistência.

Ata da sessão ordinária realizada no dia vinte e sete de novembro de mil novecentos e sessenta e nove. A sessão foi iniciada às 11h30min com a palavra do Cel Méd. Dr. Bandeira que convidou a tomar a palavra para proferir uma conferência sobre o tema: "Icterícias" e principalmente focalizando a sua fisiopatologia", o Professor Dr. Mário Barreto Corrêa Lima. Encerrou-se a sessão às 12 horas.

Ata da sessão ordinária realizada no dia quinze de dezembro de mil novecentos e sessenta e nove no Centro de Estudos do HCE, com a solenidade de encerramento do Curso de Especialização em Psiquiatria.

A aula de encerramento constou de: "Psiquiatria e os Problemas do Mundo Contemporâneo", palestra proferida pelo Ten. Cel. Méd. Dr. Cezar Poggi de Figueiredo Filho. A sessão solene teve início às 10h30min, presidida pelo Exmo. Sr. Gen. Méd. Dr. Galeno da Penha Franco, que convidou para compor a mesa os seguintes médicos: Ilustre psiquiatra Dr. Neves Manta, a Academia Nacional de Medicina, a pessoa ilustre do Brigadeiro Bijos. Após terminada a conferência do Ten. Cel. Méd. Dr. Cezar Poggi, foi dada a palavra ao Dr. Montera, formando, que proferiu brilhante discurso de agradecimentos, recebendo em seguida um diploma simbólico das mãos do Dr. Neves Manta, sendo elogiado em público pelo mesmo, enaltecendo mais uma vez a conferência do Dr. Poggi, sob o ponto de vista psicopatológico e social. Às 12 horas foi encerrada a sessão solene pelo Exmo. Sr. Gen. Méd. Dr. Galeno da Penha Franco, parabenizando a todos pelo brilhantismo do Curso que terminava enriquecendo os valores do nosso Hospital Central do Exército. Em seguida foi servido um coquetel aos presentes.

NOTICIÁRIO

1969

- As 11 horas do dia 27 de janeiro o HCE recebeu a visita do Curso de relações Públicas e Comunicações do Museu da Imagem e do Som sendo recepcionados seus dirigentes pelo Gen Méd Dr. Galeno da Penha Franco, Diretor do Hospital, que em seguida visitaram as dependências do HCE acompanhados pelo Ten Cel Méd Dr. José Elias Monteiro Lopes, Maj Dent Luís Carlos Hipólito da Silva, Maj Dent Eyder Simoneti, 1º Ten Raimundo Viana Teixeira e a funcionária Teresinha Müller do Nascimento.
- O HCE comemorou no dia 22 Jan o 79.º aniversário de sua criação fazendo cumprir uma programação organizada por sua Direção.
- Realizou-se no dia 25 de abril, às 10 horas, no Centro de Estudos do HCE, a reabertura das atividades desse Centro, que foi presidida pelo Gen Méd Dr. Galeno da Penha Franco, Diretor do nosocômio, sendo conferencista o Ten Cel Méd Dr. Gastão de Carvalho Souza, chefe do Serviço de Cirurgia dos Subtenentes e Sargentos e seus familiares.
- Realizou-se, no dia 25 de abril, a comemoração pela passagem do aniversário de criação do Contingente do HCE a cargo do seu Comandante Interino Cap QOA Fernando Martins, com a presença do Gen Méd Dr. Galeno da Penha Franco, Diretor do Hospital.
- O HCE comemorou a Semana da Enfermagem fazendo realizar a seguinte programação no dia 21 de maio: 9 horas missa na Capela N S das Graças; 10 horas solenidade no auditório do Centro de Estudos do HCE com palestras do 2.º Ten QOE Edmar Carneiro de Araújo, do sargento enfermeiro João Meirelles Moebocke, sobre técnica de eletroencefalografia; da enfermeira Maria Teresa Costelazzi sobre a Enfermagem na Neurocirurgia; e do sargento enfermeiro Sebastião de Jesus Soares sobre a Enfermagem na Clínica Médica e na Clínica Cirúrgica. Encerrando as palestras falou o Gen Méd Dr. Galeno da Penha Franco, Diretor do Hospital.

- Realizaram-se no dia 25 de maio no HCE várias homenagens comemorativas pela passagem da data do Patrono do Serviço de Saúde do Exército. Tais comemorações foram organizadas pela Diretoria-Geral de Saúde do Exército, Academia Brasileira de Medicina Militar e Hospital Central do Exército, tendo constado de: hasteamento da Bandeira Nacional, Missa na Capela do HCE, Homenagem junto ao busto do Gen Médico Dr. João Severiano



Gen Méd Dr. Galeno, esposa e filha, durante missa votiva pelo seu aniversário, na Capela do HCE.

- da Fonseca, falando na ocasião o Cel Méd Dr. Nilson Nogueira da Silva, subdiretor administrativo do HCE. Seguiu-se a esse ato a entrega de condecorações a oficiais do AHCE e Placas de Agradecimento a Irmãs de Caridade pelos serviços que vêm prestando ao nosocômio. As 10h30m foi efetuada uma reunião no Centro de Estudos do Hospital, encerrando-se as festividades com uma recepção oferecida aos convidados presentes.
- Comemorou o HCE, no dia 20 de junho, a passagem do 67º aniversário de instalação do Hospital no local que ocupa até hoje. Nessa oportunidade foi inaugurada a Placa do Pavilhão Humberto de Melo com a presença dessa destacada figura o Gen Méd Dr. Humberto de Melo que por tantos anos serviu no HCE e foi o idealizador da reestruturação do serviço de Cirurgia desse nosocômio. Seguiu-se uma reunião no Centro de Estudos, foi iniciado o Curso de Especialização em Psiquiatria, dando sua aula inaugural o Ten Cel Méd Dr. José Luiz Campinho, seguido do Maj Méd Dr. Tong Ramos Viana que abordou o tema "Psicolo-

gia normal e Patológica da memória". Presidiu a essas cerimônias, na ausência do Diretor Geral de Saúde, o Gen Méd Dr. Alvaro Menezes Paes, Diretor Técnico de Saúde.

- Em 9 de julho, festejou o HCE o 3.º aniversário da atual administração. Houve missa em ação de graças e cumprimentos de todo efetivo ao Gen Méd Dr. Galeno da Penha Franco, pelo terceiro ano de sua direção que foi saudado pelo Cel Méd Dr. Nilson Nogueira da Silva, subdiretor administrativo.
- A 16 de julho de 1969 a imprensa deu publicidade ao ato de Sua Exa. o Sr. Presidente da República que passou para privativo de Gen de Bda Médico o cargo de Diretor do Hospital Central do Exército.
- A 17 de julho do corrente ano de 1969, o Marechal Floriano Peixoto Keller, assim se expressou a respeito do HCE: "Pelo que me foi dado ver e observar, verifiquei que o HCE está evoluindo de bom para ótimo. Oxalá o Alto Comando do Exército continue a fornecer-lhe os meios necessários para socorrer a grande família verde-oliva da ativa, da reserva e dos reformados que vivem unicamente de seus proventos, depois de anos de vida consagrados ao Exército do Brasil".
- O Hospital Central do Exército como acontece anualmente comemorou no dia 23 de setembro o dia da árvore, ocasião em que efetuou-se o plantio, em cada lado da alamêda da entrada principal, de um Ipê roxo e um Ipê amarelo, falando na ocasião o Cel Méd Dr. Nilson Nogueira da Silva, subdiretor administrativo do Hospital.
- A 15 de outubro foi dada a público a designação pelo Exmo. Sr. Ministro do Exército para servir no HCE o Cel Farm Dr. Weaver Moraes e Barros que assumirá a Chefia do importante setor daquele nosocômio constituído pelo Serviço Farmacêutico.
- O HCE participou, com grande destaque, do IV Congresso de Medicina Militar, realizado em S. Paulo e sob o patrocínio da Academia Brasileira de Medicina Militar. Além do seu Diretor o Gen Méd Dr. Galeno da Penha Franco compareceram os seguintes oficiais médicos e médicos civis contratados, pertencentes ao HCE que apresentaram numerosos e importantes trabalhos: Ten Cel Méd Dr. Gastão de Carvalho Souza; Ten Cel Méd Dr. Cezar Poggi de Figueiredo; Ten Cel Méd Dr. José Luiz Campinho Pereira; Ten Cel Méd Dr. Bergson Maciel Monteiro; Maj Méd Dr. Enio Fabiano; Maj Méd Dr. Tong Ramos Viana; 2.º Ten Méd R/2 Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke; 2.º Ten Méd R/2 Dr. Osiris Costeira; 2.º Ten Méd R/2 Dr. Elias Henrique de Carvalho Neto; 2.º Ten Méd R/2 Dr. Danilo José Rízoto.

- O HCE foi homenageado no dia 10 de dezembro pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões quando, também, recebeu como membros associados os seguintes oficiais médicos: Gen Dr. Galeno da Penha Franco; Ten Cel Méd Dr. Gastão Carvalho Souza; Ten Cel Dr. Cezar Poggi de Figueiredo; Ten Cel Dr. Ruy da Costa Freitas; Ten Cel Dr. Ivo Franco Bitencourt; Maj Dr. Antônio Marques; Maj Dr. Bartolomeu Bulamarqui; Maj Dr. Mário de Oliveira; Cap Dr. Ramez Nimer; Cap Dr. Célio.
- Encerrou-se no dia 15 de dezembro o Curso de Especialização em Psiquiatria, com a Palestra do Diretor do Curso, Ten Cel Méd Dr. Cezar Poggi de Figueiredo; Ten Cel Dr. Ruy da Costa Freitas; Dr. Galeno da Penha Franco, no Centro de Estudos do HCE, sendo feita entrega simbólica dos diplomas e encerrado pelo Gen Dr. Galeno, que se congratulou pelo êxito do mesmo. Seguiu-se um lanche oferecido aos recém-formados e convidados presentes.



Missa em ação de graças pelo aniversário natalício do Gen Dr. Galeno, Diretor do HCE.

- Realizou-se no dia 19 de dezembro, às 10 horas, no Centro Social Marechal Ferreira do Amaral, do HCE, a Festa de Natal dos Veteranos da FEB que se encontram baixados ao Hospital, sob a coordenação da Associação dos Veteranos da FEB e com o prestígio do Gen Méd Dr. Galeno da Penha Franco, Diretor do HCE.

- O HCE realizou na manhã de 23 de dezembro as festividades de Natal reunindo todo o pessoal numa verdadeira confraternização pela passagem da data. O seu Diretor acompanhado pela Exma. esposa dirigiu a palavra dizendo da significação do ato, passando em revista as realizações levadas a efeito para o engrandecimento do Hospital. A seguir houve sorteio, sendo contemplados oficiais, praças e funcionários civis e militares. Também participaram da festa os subdiretores técnico e administrativo Coronéis Médicos Drs. Nilson Nogueira da Silva e Paulo de Carvalho. Por fim foi servida lauta mesa de doces e salgadinhos acompanhados de refrigerantes. À noite às 22 horas o Diretor fez servir uma ceia especial ao pessoal do Plantão Noturno, que não compareceu de dia àquela reunião.

REUNIÕES COMEMORATIVAS

- Os amigos e colegas do Cel Méd Dr. Fernando Garriga de Menezes prestaram-lhe uma homenagem oferecendo-lhe um jantar no Bier Klause no dia 17 de abril, às 21 horas, sendo muito concorrido e cumprimentado o ex-chefe da Clínica Cirúrgica do HCE, que passa para a reserva do serviço de Saúde do Exército, e sua Exma. esposa.
- O HCE levou a efeito no dia 23 de agosto grandes comemorações cívico-militares em homenagem à "Semana do Soldado". Delas destacou-se a Sessão conjunta com a Academia Brasileira de Medicina Militar a cargo do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructora às 11 horas no Centro de Estudos do Hospital. Proporcionou ainda visitação ao Hospital e inauguração dos melhoramentos efetuados no Laboratório de Análises Clínicas, Enfermaria de Pediatria, Raios X e Cirurgia Plástica no Pavilhão Canrobert Pereira da Costa. Finalmente, presidido pelo Gen Méd Dr. Álvaro Menezes Paes foram oferecidas Placas de Agradecimento a ex-colaboradores do HCE pelos serviços prestados quando de suas passagens por esse nosocômio. Os agraciados foram: Dr. Hugo Kamsetzer, Dr. Paulo Segadas Viana, Dr. Paulo Ouricury, Dr. Paulo Pais de Oliveira, Dr. Sílvio Queiroz Camera, Dr. Manuel Júlio Dinis, Dr. Orlando Gomes Bertier (que não compareceu por estar ausente do Rio) Dr. Newton Gabriel de Souza.
- Foi homenageado no dia 29 de agosto em um jantar no "Rincão Gaúcho", Tijuca, às 21 h, o Cel Méd Dr. José Milton de Aguiar por sua passagem para a reserva do Exército, bem como o Cel Farmacêutico Gil Peixoto que não podendo comparecer fez-se representar pelo Maj Farm Manoel Jaime Dias.

— A 9 de outubro os diversos quadros de oficiais e de auxiliares do HCE homenagearam seu Diretor o Gen Méd Dr. Galeno da Penha Franco pela passagem de seu aniversário natalício. A chegada para o expediente o Gen Dr. Galeno foi saudado pelo Cel Méd Dr. Nilson Nogueira da Silva e cumprimentado por oficiais, funcionários e religiosas, tendo respondido comovidamente, agradecendo. Seguiu-se depois missa na Capela do HCE onde outras pessoas reuniram-se ao efetivo do HCE para novamente saudarem o Dr. Galeno. A noite, às 21 h, no restaurante "A Palhota", realizou-se um banquete de aproximadamente 300 talheres.

SUMÁRIO DOS NÚMEROS ANTERIORES

A partir do presente número ANAIS DO HCE pretende publicar nesta Seção apenas os Sumários dos números anteriores ainda não relembrados, de maneira que possam ser colecionados pelos que se interessarem, apresentando, no final, uma indicação da seqüência dos mesmos. Assim, neste número constarão os seguintes Sumários:

ANO XII — 1968

N.º 12 — Especial — Dedicado à II Reunião de Medicina do Exército

Preciosa Equipe Médica — Brig Gerardo Magella Bijos

Hospital Central do Exército — Gen Dr. Galeno da Penha Franco

O Desenvolvimento Regional e Suas Conotações com a Medicina — Gen Div Afonso Augusto de Albuquerque Lima

O Conceito das Epilepsias em Neurologia e Psiquiatria — Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho

Aspectos Eletroencefalográficos da Epilepsia — Dr. José Luiz Campinho Pereira

O Problema Social das Epilepsias — Maj Dr. Tong Ramos Vianna
Epilepsia — Maj Méd Dr. Enio Fabiano

Simpósio Sobre Epilepsia — Aspectos Médicos Legais — Cap Méd. Dr. José Areal

As Manifestações Neurológicas da Epilepsia — Cap Méd Dr. Antonio Duarte Filho

Importância da Propedêutica Integrada na Terapêutica Ginecológica e Detecção Precoce do Câncer — Dr. Gil de Carvalho

Tratamento Clínico das Cirroses — Ten Cel Dr. Lucilo Gondim

Cirroses Parasitárias — Ten Cel Dr. José Elias Monteiro Lopes

Um Lance de Ouro — Mar Dr. Marques Pôrto

Um Esforço a mais por uma Pátria cada vez mais Poderosa, Engrandecida e Enobrecida — Cel Méd. Dr. Hypparco Ferreira

Desenvolvimento Contínuo da Medicina Militar — Gen Div Olívio Vieira Filho

Resumo do "Simpósio Sobre: Distopias Testiculares"

Associação Brasileira de Nutricionistas — Seminário — Novos rumos da nutrição

Relação dos Diretores Efetivos do Hospital Central do Exército desde 1890 (Fundação) até a presente data

Gen Ex Aurélio de Lyra Tavares — Reconhecimento

Gen Ex Adalberto Pereira dos Santos — Reconhecimento

Mar Dr. Emmanuel Marques Pôrto — Homenagem Especial

EDITORIAL

Direção do CHE no período 1967-1968 — Gen Méd Dr. Galeno da Penha Franco — Dir. do HCE

ARTIGOS ORIGINAIS

Organização de Hospital Militar (HM) — Gen Bda Méd Dr. Galeno da Penha Franco

Hipertensão Arterial, Cardiopatia Isquêmica, Trabalho Profissional e suas Implicações — Cel Méd Dr. Nilson Nogueira da Silva

O Conceito de Escala de Observação e suas Interferências Médicas — Cel Méd Dr. Nilson Nogueira da Silva

Progresso Cirúrgico e Arquivos Médicos — Docente livre Silvio Levy

Algumas Observações sobre a Pintura de Epilépticos — Ten Cel Méd Dr. José Luiz Campinho Pereira

Malefícios Provocados pela Maconha — Maj Méd Dr. Tong Ramos Vianna

Esquizofrenia — Segundo-Tenente Méd Dr. Ricardo Catalice Lipke

A Importância dos Fatores Circunstanciais na Imputabilidade Penal — Maj Méd Dr. Tong Ramos Vianna

Odontologia como Fator de Desenvolvimento Sócio-Econômico — Maj Dent Dr. Luiz Carlos Hypolito da Silva

Plano de Trabalho para a Implantação do Serviço Social Médico-Psiquiátrico no Pavilhão de Neurologia e Psiquiatria — Nazareno José dos Santos, Ana Maria Ferreira de Souza e Vera Maria Galvão Salinas

Dados Sobre o Relatório Oficial do Hospital Central do Exército Atividades Administrativas

Centro Social Marechal Ferreira do Amaral

Centro de Estudos do Hospital Central do Exército

Atas

Sumário de 1941 a 1968

Quadro do Pessoal do HCE em 22-3-69

ANAIS DO HCE : SEQUÊNCIA

1936 — N.º 1

1944 — N.º 8

1937-1938 — N.º 2

1945 — N.º 9

1939 — N.º 3

1946 — N.º 10

1940 — N.º 4

1967 — N.º 11

1941 — N.º 5

1968 — N.º 12 Especial e N.º 13

1942 — N.º 6

1947 — N.º 8

1969 — N.º 14 Especial e N.º 15

QUADRO DO PESSOAL DO HCE

1 — Diretoria

Diretor: Gen Bda Méd Dr. Galeno da Penha Franco

Subdiretor Administrativo: Cel Méd Dr. Nilson Nogueira da Silva

Subdiretor Técnico: Cel Méd Dr. Paulo Carvalho

2 — Pavilhões

Chefia do 1.º Pavilhão: Maj Méd Dr. David Luigi Farini — Maj Méd Dr. José Rabinowits

Chefia do 2.º Pavilhão: Ten Cel Méd Dr. José Elias Monteiro Lopes

Chefia do 3.º Pavilhão (PCPC): Ten Cel Méd Dr. Rubem Tavares — Ten Cel Méd Dr. Dorival Lessa de Carvalho

Chefia do 4.º Pavilhão: Ten Cel Méd Dr. Bergson Maciel Pinheiro — Maj Méd Dr. Floriano Escobar Filho

Chefia do 6.º Pavilhão (PO): Ten Cel Méd Dr. Lucíolo Gondim

Chefia do 7.º Pavilhão: Cel Méd Dr. José Milton de Aguiar — Cel Méd Dr. Álvaro dos Santos Pereira

Chefia do 8.º Pavilhão (PMFA): Cel Méd Dr. Fernando Garriga de Menezes — Cel Méd Dr. Maurício Ignácio Marcondes de Souza Bandeira

Chefia do 9.º Pavilhão (PNP): Ten Cel Méd Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho

Chefia do Pavilhão de Cirurgia Humberto de Mello: Ten Cel Méd Dr. Gastão de Carvalho Souza

Chefia do 11.º Pavilhão (PI): Cel Méd Dr. Ayrton Caminha Gonçalves

Chefia do Pavilhão Marechal Henrique Lott: Ten Cel Méd Dr. Dorival Lessa de Carvalho — Ten Cel Méd Dr. Rubem Tavares

3 — Serviços

Chefia do Serviço de Neurocirurgia do PCPC: Cap Méd Dr. Guilherme Achilles de Faria Mello

Chefia do Serviço de Traumatologia e Ortopedia: Cel Méd Dr. Paulo Carvalho

Chefia do Serviço Radiológico: Ten Cel Méd Dr Renato da Silva Santos

Chefia do Serviço Obstetrícia e Maternidade: Ten Cel Méd Dr. Ruy da Costa Freitas

Chefia do SAGTS: Ten Cel Méd Dr. Darcy Guimarães

Chefia do Serviço de Fisioterapia: Maj Méd Dr. Ivanir Martins de Mello

Chefia do Serviço de Cardiologia: Maj Méd Dr. Américo Soverchi Mourão

Chefia do Serviço Médico Legal: Cap Méd Dr. Arildo da Silva

Chefia do Serviço de Cirurgia Torácica: Ten Cel Méd Dr. Ivo Franco Bittencourt

Chefia do Serviço de Anatomia Patológica: Cap Méd Dr. Arildo da Silva

Chefia do Arsenal Cirúrgico: Maj Méd Dr. Alfredo Rodrigues da Rocha

Chefia do LAC: Maj Farm Ney Haushahn

Chefia do Serviço Odontológico: Ten Cel Dent Roberto Baptista da Silva

Chefia do Serviço Endoscopia Peroral: Cap Méd Dr. José Fontoura Machado

4 — Clínicas

Chefia da Clínica Cirúrgica do HCE: Ten Cel Méd Dr. Antonio Fernandes Lomba

Chefia da Clínica Cirúrgica do PCPC: Ten Cel Méd Dr. Bergson Maciel Pinheiro

Chefia da Clínica Especializada: (Oftalmotorrinolaringologia): Cel Méd Dr. Alvaro dos Santos Pereira

Chefia da Clínica Médica do HCE: Cel Méd Dr. Maurício Ignácio Marcondes de Souza Bandeira

Chefia da Clínica Pediátrica: Cel Méd Dr. Silênio Barbosa Soares

Chefia da Clínica Urológica: Cap Méd Dr. Ramez Felix Nimer

Chefia da Clínica Protológica: Cap Méd Dr. Jório de Mattos Moreira

Chefia da Clínica Oftalmológica: Cap Méd Dr. João Crisóstomo de Andrade

Chefia da Clínica Otorrinolaringológica: Cel Méd Dr. Alvaro dos Santos Pereira

Chefia da Clínica Médica do PO: Maj Méd Dr. Renato Costa de Abreu Lima

Chefia da Clínica Cirúrgica do PMFA: Ten Cel Méd Dr. Antonio Fernandes Lomba

Chefia da Clínica Médica do PCPC: Ten Cel Méd Dr. Rubem Tavares — Ten Cel Méd Dr. Dorival Lessa de Carvalho

Chefia da Clínica Neurológica do HCE: Ten Cel Méd Dr. José Luiz Campinho Pereira

Chefia da Clínica de Cirurgia Plástica e Reconstructora — Unidades de Queimados: Ten Cel Méd Dr. Bergson Maciel Pinheiro

Chefia da Clínica Psiquiátrica: Ten Cel Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho

Chefia da Clínica Ginecológica do HCE: Ten Cel Méd Dr. Antonio Fernandes Lomba

Chefia da Clínica Ortopédica do HCE: Maj Méd Dr. Mário Carvalho de Oliveira

Chefia da Clínica Cirúrgica Traumo-Buco Facial: Maj Dent Luiz Carlos Hypólito da Silva

5 — Gabinetes

Chefia do Gabinete Odontológico do PI: Cap Dent Ariel Coelho de Souza

Chefia do Gabinete Odontológico do SNP: Maj Dent Eyder Simonetti

6 — Enfermarias

Chefia da 1ª Enfermaria — Clínica Médica de Cabos e Soldados: Maj Méd Dr. Nielsen Lauria

Chefia da 2ª Enfermaria — Clínica Dermatológica: Maj Méd Dr. José Rabinowits

Chefia da 3ª Enfermaria — Clínica Venerológica: Maj Méd Dr. José Rabinowits

Chefia da 4ª Enfermaria — Clínica Médica de Cabos e Soldados: Cap Méd Dr. Hagreaves Figueiredo Rocha — Cap Méd Dr. Heitor Borges

Chefia da 5ª Enfermaria — Clínica Médica de Cabos e Soldados:
 Cap Méd Dr. Newton Pereira Mattos
 Chefia da 6ª Enfermaria — Clínica Médica de Cabos e Soldados:
 Ten Cel Méd Dr. José Elias Monteiro Lopes
 Chefia da 7ª Enfermaria — Clínica Médica de Sargentos: Maj Méd
 Dr. Sebastião de Souza Monjardim — Cap Méd Dr. Quirino
 Pereira Netto
 Chefia da 8ª Enfermaria — Clínica Ortopédica de Sargentos: Maj
 Méd Dr. Alexandre André Duarte
 Chefia da 10ª Enfermaria — Clínica Cirúrgica de Cabos e Soldados:
 Cap Méd Dr. Joás Pinheiro da Fonseca — Cap Méd Dr. Jurucey
 José Bassini
 Chefia da 11ª Enfermaria — Clínica Ortopédica de Cabos e Soldados:
 Cel Méd Dr. Paulo Carvalho
 Chefia da 13ª Enfermaria — Enfermaria Xadrez: Maj Méd Dr. Tong
 Ramos Vianna — Maj Méd Dr. Wilson da Silva Bóia
 Chefia da 15ª Enfermaria — Clínica Ortopédica: Maj Méd Dr. Luiz
 Soares de Alencar — Maj Méd Dr. Alexandre André Duarte
 Chefia da 16ª Enfermaria — Clínica Oftalmológica: Cap Méd Dr.
 João Crisóstomo de Andrade
 Chefia da 17ª Enfermaria — Clínica Otorrinolaringológica: Maj
 Méd Dr. Antonio de Queiroz Figueiredo
 Chefia da 20ª Enfermaria — Clínica Tisiológica: Cap Méd Dr. Lin-
 debergh Dias de Carvalho
 Chefia da 21ª Enfermaria — Clínica Tisiológica: Cel Méd Dr. Ayrton
 Caminha Gonçalves
 Chefia da 22ª Enfermaria — Clínica Tisiológica: Maj Méd Dr.
 Antonio Marques
 Chefia da Enfermaria "A" do SNP — Clínica Psiquiátrica: Maj Méd
 Dr. Tong Ramos Vianna
 Chefia da Enfermaria "B" do SNP — Clínica Neurológica: Cap Méd
 Dr. Antônio Ferreira Duarte Filho
 Chefia da Enfermaria "C" do SNP — Clínica Psiquiátrica: Cap Méd
 Dr. José Areal
 Chefia da Enfermaria "D" do SNP — Clínica Psiquiátrica: Maj
 Méd Aér Dr. Luiz Fernando Ferreira Studart
 Chefia da Enfermaria "E" do SNP — Clínica Psiquiátrica: 2.º Ten
 R/2 Méd Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke
 Chefia da Enfermaria "F" do SNP — Clínica Psiquiátrica: Maj Méd
 Dr. Enio Fabiano

Chefia da Enfermaria "G" do SNP — Clínica Psiquiátrica: 2.º Ten
 R/2 Méd Dr. Luiz Lerner
 Chefia da Enfermaria "H" do SNP — Clínica Psiquiátrica: 2.º Ten
 R/2 Méd Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke
 Chefia da Enfermaria "I" do SNP — Clínica Psiquiátrica: 2.º Ten
 R/2 Méd Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke
 Chefia da Enfermaria "J" do SNP — Clínica Psiquiátrica: 2.º Ten
 R/2 Méd Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke

7 — Seções Técnicas

Chefia da Seção de Eletroencefalografia: Ten Cel Méd Dr. José
 Luiz Campinho Pereira
 Chefia da Seção de Terapêutica Ocupacional: Ten Cel Méd Dr. Jo-
 sé Luiz Campinho Pereira
 Chefia do Serviço Farmacotécnico: Cap Farm João Conceição Fi-
 lho
 Chefia do Serviço Farmacêutico: Cel Farm Gil Peixoto — Cel Farm
 Weaver Moraes e Barros
 Chefia da Farmácia: Cap Farm João Conceição Filho — Maj Farm
 Rodolpho Schirch
 Chefia da Seção de Quimioterapia e Hematologia: Cap Méd Dr.
 Jorge Coelho de Sá
 Chefia do Depósito Farmacêutico: Ten Cel Farm Manoel Jaime
 Dias

8 — Auxiliares de Clínicas e Serviços

Auxiliares da Clínica Cirúrgica: Maj Méd Dr. Márcio Costa — Maj
 Méd Dr. Antonio Tunes de Moura — Cap Méd Dr. José Amado
 — Cap Méd Dr. Galileu Romano de Assis — Cap Méd Dr. Célio
 de Carvalho Bastos
 Auxiliar do Serviço de Cardiologia: Cap Méd Dr. Newton Pereira
 Mattos
 Auxiliares da Clínica Pediátrica: Maj Méd Dr. Ivanir Martins de
 Mello — Cap Méd Dr. Humberto Oswaldo Maciel Nobre — Cap
 Méd Dr. Hugo Baptista Pellegrini — Cap Méd Dr. Jorge Coelho
 de Sá
 Auxiliares do SAGTS: Maj Méd Dr. Oswaldo Caymmi Ferreira —
 Cap Méd Dr. Paulo da Costa Couto — Cap Méd Dr. Alberto Me-
 nezes da Costa — 1.º Ten QOE Euclides Soares da Silva

Auxiliares do Serviço Radiológico: Maj Méd Dr. Bartholomeu Jorge Burlamaqui — Maj Méd Dr. Auber Good Lima — Cap QOE Murillo Gonçalves Montani — Cap QOE Hélio de Albuquerque

Auxiliares do Serviço de Obstetrícia: Maj Méd Dr. Oswaldo Valente de Almeida Silva — Cap Méd Dr. Wladimir D'Avilla Bittencourt — Cap Méd Dr. Dionysio Octacilio de Souza — Cap Méd Dr. José de Souza — Cap Méd Dr. Paulo Vieira Cavalcante — Cap Méd Dr. Xenócrates Miranda Calmon de Aguiar

Auxiliares do Laboratório de Análises Clínicas: Maj Farm Maurício Duarte Soares — 1.º Ten Farm Raymundo Lopes Monteiro — 1.º Ten Farm Belizário José Galhardo de Castro — 2.º Ten QOE Lory Ribeiro da Fonseca

Auxiliar do Serviço de Fisioterapia: 1.º Ten QOE Ely Trindade

Auxiliar do Serviço Farmacêutico: 1.º Ten Farm Francisco Nunes Fernandes

Auxiliares do Serviço Odontológico: Ten Cel Dent Alfredo Ferrante — Maj Dent Eyder Simonetti — Maj Dent Luiz Carlos Hypolito da Silva — Maj Dent Ary Fernandes — Maj Dent Cesário Vieira Machado — Cap Dent José Antônio Gomes da Costa — Cap Dent José Pereira Matos — Cap Dent Belício Klein — Cap QOE Nilson da Silva Nogueira — Dent Civil Agenor de Menezes Santos

Auxiliar de Administração do PO: 1.º Ten QOE Wilson Rodrigues de Souza

9 — Seções Ligadas à Administração

Seção Administrativa: Ten Cel Inf Amaury de Siqueira Mello

Tesouraria: Cap IE Walter Galvão da Cunha

Aprovisionamento: Cap IE Paulo Roberto Queiroz Bonfim

Almoxarifado: Cap IE Aloysio de Azeredo Coutinho

Secretaria: Cap QOE Antônio Zacarias Viana

Ajudância: Cap QOE Arildo Hemerly

1.º Ten QOA Raimundo Viana Teixeira

Contingente: Cap QOA Hermogênio Félix de Moraes

Oficinas: Cap QOE Rangel de Oliveira

Serviço de Viaturas: Cap QOE Manut Anézio Marques

Centro de Estudos: Cap Méd Dr. Quirino Pereira Netto

Biblioteca: Cap Dent José Pereira Matos

Centro Social: Cap Dent José Pereira Matos (Secretário)

SAME: 1.º Ten QOA Raimundo Viana Teixeira

2.º Ten QOE Benedito José dos Santos

Lavanderia: 1.º Ten QOA Mauro Resende

Enfermeiro Chefe: 2.º Ten QOE Edmar Carneiro de Araújo

Estatística Geral: Cap QOE Arildo Hemerly

Cap QOE Antônio Zacarias Viana

Portaria Geral: 2.º Ten QOE Benedito José dos Santos

Encarregado do Expediente das Juntas: 2.º Ten QOA Alberto Farah

10 — Oficiais Médicos Convocados

2.º Ten R/2 Méd Dr. Adalberto da Silva Gemmal — Anestesiologista

2.º Ten R/2 Méd Dr. Danillo José Bizzotto — Psiquiatra

2.º Ten R/2 Méd Dr. Dilson Abifadel — Anestesiologista

2.º Ten R/2 Méd Dr. Elias Henrique de Carvalho Netto — Ortopedista

2.º Ten R/2 Méd Dr. Francisco Rodrigues Parente — Ginecologista

2.º Ten R/2 Méd Dr. Luiz Lerner — Psiquiatra

2.º Ten R/2 Méd Dr. Osiris Costeira — Psiquiatra

2.º Ten R/2 Méd Dr. Paulo Ricardo Cantalice Lipke — Psiquiatra

11 — Oficiais Enfermeiras da Reserva Convocadas

1.º Ten Maria Celeste de Resende

1.º Ten Lília Pereira dos Santos

1.º Ten Lenalda Campos Duboc

12 — Capelães Militares

Cap Pe. Antônio Costa

Cap Pe. Augustinho Squizzatto

13 — Médicos Civis Contratados

Dr. Antônio Joaquim Monteiro da Silva — Cirurgião Vascular

Dra. Edna Rangel — Ginecologista

Dr. Ideal Perez — Reumatologista

Dr. José Luiz Furtado Cúrzio — Neuropsiquiatra

Dr. Juvenal Dias dos Santos — Neuropsiquiatra

Dr. Manoel Júlio Diniz — Radiologista

Dr. Newton Guimarães de Souza — Neurocirurgião

Dr. Rubens Pedro Macuco Janini — Legista

Dr. Sebastião Moreira Barbosa — Quimioterapeuta

14 — Médicos Cíveis à Disposição do Hospital

Dr. Jaime Brandão Marsillac — Cirurgião cancerologista (do M. da Saúde)

Dr. Murillo de Souza Mendes — Oftalmologista (da SUSEME — GB)

15 — Médicos Cíveis — Por Serviços Prestados

Dr. Abel dos Santos Sérgio — Protologista

Dra. Esther Nunes Pereira — Dosimetrista

Dr. João Guilherme de Figueiredo — Anátomo-patologista

Dr. Lioni Bottassi Nunes — Anátomo-patologista

Dr. Newton Gabriel de Souza — Radioterapeuta

1G-Cirurgião-dentista civil Ytay Admildo de Abreu Lessa — Cirurgião Buco-máximo-facial

LEGENDA

PCPC — Pavilhão Canrobert Pereira da Costa

PO — Pavilhão de Oficiais

PMFA — Pavilhão Marechal Ferreira do Amaral

PNP — Pavilhão de Neurologia e Psiquiatria

PI — Pavilhão de Isolamento

SAGTS — Serviço de Anestesia, Gasoterapia e Transusão de Sangue

LAC — Laboratório de Análises Clínicas