REPÚBLICA PORTUGUESA

MINISTÉRIO DA GUERRA

BOLETIM

DA

DIRECÇÃO

DO

SERVIÇO DE SAÚDE MILITAR

(PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL)

5.º ANO

N.º 1

LISBOA

1942

REPÚBLICA PORTUGUESA

MINISTÉRIO DA GUERRA

BOLETIM

DA

DIRECÇÃO

DO

SERVIÇO DE SAÚDE MILITAR

(PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL)

5.º ANO

BIBLIOTECA DO EXÉRCITO

N.º 1

LISBOA
1942

SUMÁRIO

A MEDICINA E A GUERRA AÉREA
SOCORRER E CURAR NA «LUFTWAFFE»
pelo Coronel-médico, Professor Dr. Hippke

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO ALEMÃO
pelo Tenente-coronel médico Américo Pinto da Rocha

ESTUDO DAS RAÇÕES PARA PRAÇAS EUROPEIAS E INDÍGENAS
pela Comissão nomeada pelo Q. G. F. E. da Colónia de Angola

LIVROS E REVISTAS

SECÇÃO BIBLIOGRÁFICA

NOTAS E NOTÍCIAS

NOTA DA COMISSÃO REDACTORA: As afirmações e opiniões expressas nos trabalhos originais insertos no *Boletim* são da responsabilidade dos respectivos autores.

Composto e Impresso na Tipografia da Liga dos Combatentes da Grande Guerra
: : : : Calçada dos Caetanos, 18 — LISBOA — Telefone 2 1450 : : : : :

A MEDICINA E A GUERRA AÉREA
SOCORRER E CURAR NA «LUETWAFFE»

Artigo do Coronel-médico, Professor Dr. Hippke, inspector de saúde da «Luftwaffe».

QUANDO se fala dos soldados que trazem a cruz vermelha em fundo branco, insígnia dos serviços de saúde em todos os países, muitas pessoas preguntarão surprêsas: Porquê «Luftwaffe»? O serviço de saúde tem de ser mantido junto de cada secção das Fôrças Armadas: quer se trate de infantaria, marinha ou aviação, doentes são doentes, feridos são feridos, e portanto teremos de os tratar a todos da mesma forma.

Verificam-se todavia algumas diferenças, que a assistência, junto da «Luftwaffe», de um serviço de saúde próprio ajuda a esclarecer.

A «Luftwaffe» é uma arma motorizada. Êste facto reflecte-se na natureza dos ferimentos, porque na tracção mecânica e na aeronáutica os desastres desempenham um papel fundamental.

Não se verificam apenas fracturas de pernas, mas também graves contusões faciais, queimaduras, tiros no crâneo e no cérebro, cujo tratamento exige médicos e enfermeiros particularmente instruídos e experientes e adequada aparelhagem cirúrgica e de raios X. Mais fundamental é ainda a diferença seguinte: o serviço de saúde constitui sempre uma parte orgânica da «arma», de cujo ritmo tudo depende.

A vida da «Luftwaffe» é essencialmente diversa da do Exército ou da Marinha. Isto evidencia-se na independência das três armas. Nesta guerra foi a diferenciação e não a concentração que deu causa às vitórias.

Em tempo de paz as instalações hospitalares acham-se regularmente distribuídas de harmonia com a densidade populacional. Em tempo de guerra não podem existir nenhuns lazaretos em condições, precisamente nas zonas de combate das grandes massas de tropas.

Para o médico militar apresentam-se duas grandes dificuldades: em primeiro lugar, para velar e curar doentes e

feridos de gravidade são necessárias enfermeiras, instrumentos especiais e pessoal adestrado; por outro lado, os doentes e feridos de gravidade podem ser transportados mesmo durante horas, mas se a doença se reflectir sôbre o corpo todo ou se o ferido com gravidade tiver sido operado, já ficou, durante dias ou até semanas, impossibilitado para o transporte.

Isto origina uma situação muito especial e reclama um transporte tão rápido e perfeito que permita ao ferido alcançar ainda um local onde possa ser tratado convenientemente com todos os requisitos da medicina. Êste objectivo é difícil de mais para poder ser atingido completamente no meio dos acontecimentos da guerra; procurar conseguí-lo, incansàvelmente, é, porém, a exigência da hora presente.

Aviões e Automóveis

Assim, é compreensível que a «Luftwaffe», em conformidade com as suas necessidades, tenha desenvolvido consideràvelmente essa espécie de transporte.

Mesmo um leigo não desconhecerá que os serviços de saúde da «Luftwaffe» têm, nêste sector, um vasto campo de acção. Consideramos, por um lado, os longos percursos até à Sicília e à África do Norte sôbre o Mediterrâneo e até Creta e à Grécia sôbre os Balcans, e da imensidade do espaço russo até ao coração da Alemanha.

Vejamos, por outro lado, que os hospitais militares não podem ser construídos junto aos aérodromos. O avião e a ambulância automóvel têm de cooperar, aqui, forçosamente. Esta estreita colaboração entre o avião, o automóvel, o serviço de saúde e os serviços radiotelegráfico e telefónico constitue, por assim dizer, o pulmão da «Luftwaffe».

Se bem que não seja possível prestar auxílio em todos os casos — o exército é quem acarreta com as maiores dificuldades —, muito já se faz, levando os feridos de gravidade, como, por exemplo, os feridos na cabeça, nas maxilas, no baixo-ventre e noutras partes do corpo, para os hospitais ou clínicas universitárias, onde nada falta para uma rápida e segura intervenção e para o tratamento adeqüado.

Evidentemente, para se dar conta de tão grande missão, é necessário um corpo independente de tropas do serviço de saúde, tanto no serviço aéreo como no de pista.

Os feridos nem sempre são transportados em aviões-ambulâncias.

A maior parte dêles pode ser levada, sob a vigilância médica, nos aviões que reabastecem as unidades de combate.

O MÉDICO AVIADOR

A segunda característica do serviço de saúde da «Luftwaffe» é o médico-aviador. O aviador encontra-se, quando voando, numa situação muito mais difícil do que a de qualquer outro soldado.

Por mais que se acostume ao avião, a sua situação está sempre fóra do natural.

Além das muitas ilusões a que os seus sentidos estão sujeitos, acresce ainda o perigo da falta de oxigénio nas grandes alturas, onde muitas vezes são obrigados a voar.

Todos os problemas daí derivados têm de ser sistemàticamente estudados pela medicina. Todos devem ser considerados nas provas de aptidão, e todos são explicados e exemplificados durante a instrução aeronáutica.

O médico-aviador, por seu turno, tem de conhecer bem êsses problemas na prática, como aviador e homem de ciência, bem se podendo orgulhar da sua missão.

No serviço de saúde das tropas paraquedistas, a situação é semelhante. Pensemos, por exemplo, na sua missão especial durante as campanhas da Bélgica e da Holanda, em Corinto e em Creta.

As tropas descem em paraquedas, tendo de conquistar o terreno. O pessoal do serviço de saúde, além da sua missão especial, tem muitas vezes de se defender.

É êste um dos serviços mais difíceis. Os soldados enfermeiros têm de levar consigo medicamentos e todos os instrumentos necessários, manter as ligações com as tropas combatentes, transportar os feridos sem ambulâncias à disposição, assegurar a ligação com o aérodromo donde os feridos são conduzidos em avião; em suma, o pessoal do

serviço de saúde não tem um momento livre na sua actividade, quer combatendo, quer socorrendo os feridos.

Algumas considerações da D. S. S. M. sugeridas pelo artigo do Prof. Dr. Hippke

Esta direcção julgou conveniente a publicação, neste Boletim, do artigo em referência, visto que êle vem chamar a atenção de todos aquêles que têm o encargo de organizar o Serviço de Saúde Militar, tanto na paz, como na guerra, de quaisquer fôrças destinadas a entrar em operações.

A autoridade de quem o prescreve impõe a reflexão e o estudo dêstes assuntos, de forma a que quem manda, saiba o que manda fazer e os que têm o dever de executar saibam bem desempenhar a sua missão.

Tem esta direcção pugnado sempre por uma instrução tão completa quanto possível, tão persistente quão necessária; e, ainda, por um recrutamento de pessoal que, quer sob o ponto de vista de preparação física, quer sob o da preparação moral e intelectual, seja o principal escopo que permita colocar o Serviço de Saúde Militar à altura da árdua missão que lhe cabe.

Não nos parece lógico que num país pequeno como o nosso, mas com tantos interesses a defender, o Serviço de Saúde, constituindo um serviço principal dentro do aglomerado humano que é o Exército, não tenha uma organização impecável, para que, na hora própria, os militares sintam o amparo moral e material que só um Serviço de Saúde bem organizado pode dar.

Assim, pois, o artigo do Coronel-médico Prof. Hippke deve ser tido entre nós como um toque de clarim que deve unir estreitamente todos os elementos que fazem parte dos Serviços de Saúde da Nação.

(a) A. de Vasconcelos Dias
Coronel-médico
Director do S. S. Militar

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO ALEMÃO

«Conferência realizada no Hospital Militar Principal» em Outubro de 1941, pelo Tenente-coronel médico AMÉRICO PINTO DA ROCHA.

I — Através do tempo

VAMOS fazer um ligeiro estudo descriptivo e ao mesmo tempo crítico. *Critiquer, d'abord, c'est comprendre*, dizia Mauclaire. O exército alemão é o expoente máximo da Nação Alemã. O espírito do seu Serviço de Saúde é o mesmo do exército. Compreende-se isto com tôda a facilidade, fazendo uma pequena digressão histórica através do tempo...

Todos nos lembramos que, no ocaso do Império Romano, os germanos não eram um povo, mas uma multidão de povos. Tinham, porém, na sua grande maioria, a mesma mística religiosa: *o odinismo*, com o seu deus, Wotan ou Odin, deus belicoso que só recebia no seu Walhala os que morriam no campo da batalha... como agora se está morrendo.

Tacito descreve-nos o *wehrgeld* — o preço do sangue — como costume característico da violência natural dos primitivos germanos. Elegiam os seus chefes, erguendo-os em cima dos escudos, com o mesmo fervor com que os seus descendentes os aclamam de braço erguido.

A respeito do tratamento das feridas de guerra, diz-nos ainda Tacito que os guerreiros teutónicos apenas as faziam «chupar» pelas esposas ou mãis. Estavam portanto, no que diz respeito ao Serviço de Saúde, bem mais atrazados que, muitos dos povos mais antigos, o que não é para estranhar. Os seus primeiros conhecimentos do Serviço de Saúde Militar só os puderam ter através dos romanos que, desde o tempo de Augusto, tinham êsse serviço regulamentado, com os seus hospitais de sangue — «Valetudinaria» —, médicos militares que gosavam de tôda a consideração, enfermeiros, material cirúrgico de campanha, etc.

As terras que os germanos possuiam eram comuns, o que representa um sindicalismo e um anti-plutocracismo *avant-la-lettre.*

Êste sistema de propriedade, junto ao carácter belicoso, originou o expatriamento exercendo o mister das armas. Fizeram por isso invasões, umas relativamente pacíficas, outras violentas.

Algumas destas invasões, por exemplo, a dos visigodos, foram causadas pelos Hunos, que lhes disputavam o espaço vital... V. Ex.as me dirão se, *mutatis mutandis*, num ou noutro ponto a história se não repete.

A Alemanha, tal como a França, saiu do desmembramento do Império de Carlos Magno. Otão, o *Grande* teve o império germânico feito. O velho Frederico Barbaroxa das baladas, igualmente. Mas, no grande interregno, o Império desfaz-se em mais de 400 estados. É a anarquia e o «Faustrecht», «o direito do punho», a lei do mais forte.

No regime feudal e na época dos Cruzados, as ordens de cavalaria, e especialmente a Ordem Teutónica, ocuparam-se da assistência médico-militar em combate, montando verdadeiros hospitais de sangue, como o de Acre, no século XII.

A cirurgia de guerra, em pleno empirismo, era feita pelos *barbeiros cirurgiões.* Lembremo-nos que barbeiro cirurgião foi Ambroise Paré!... Quem o excedeu?

Chegamos à Renascença. Aparecem na Alemanha, inventores, humanistas, artistas e doutrinários religiosos como Guttemberg, Erasmo, Durer e Luthero.

Politicamente, continuam os Eleitores, com a casa de Austria, e vem a guerra dos 30 anos. Militarmente, Gustavo-Adolfo havia modificado profundamente a táctica militar. O espírito ancestral de organização alemã revela-se, no campo médico-militar, pela creação dos *Obersfeldarzt*, que organizam o serviço de assistência aos feridos e fiscalizam o trabalho dos barbeiros cirurgiões regimentais. Aparece já autêntico material sanitário, carros para transporte de feridos e interessantes membros artificiais, especialmente mãos de ferro bastante aperfeiçoadas, de que existem ainda exemplares na Alemanha e que foram as remotas avós da conhecida mão artificial de Sauerbruch. Já em 1460

Pfolspeundt, cirurgião bávaro, escrevera um verdadeiro Tratado sôbre feridas de guerra.

Pouco depois, *Brünschvig* e *Gersdorff*, dois cirurgiões alsacianos, escreveram interessantes livros sôbre o mesmo assunto, sustentando idéias diferentes sôbre a biologia da ferida de guerra, que o primeiro dêstes cirurgiões, autor da primeira descrição da ferida por arma de fogo conhecida na literatura médica, afirmava que era sempre «venenosa», enquanto o segundo a considerava, inicialmente, «não venenosa». Estamos nos tempos de *Paracelso*, cujas idéias *Würtz* aplicou ao tratamento das feridas. Aparecem depois os trabalhos interessantes de *Wilhem Fabry*, um dos pioneiros da cirurgia germânica, que descreve a primeira farmácia portátil de campanha, cujos medicamentos eram comprados pelos próprios médicos! No século XVII publicam-se as primeiras medidas higiénicas tendentes a reprimir os maus resultados da aglomeração dum grande número de meretrizes junto dos exércitos. *Schiller* refere que, durante o cêrco de Nuremberg, existiam no acampamento de Wallenstein mais de 15.000. Eros e Marte davam-se as mãos no espírito da Renascença... Saltemos um século e estamos em pleno estado prussiano, estado que é a realização de uma idéia. Os Hoenzollern crearam o exército prussiano e com êle realizaram a Prússia. O *Rei Sargento*, cuja divisa militar era «nicht rasonieren und plus machen» representa o espírito da férrea disciplina alemã, *que é bem diferente da actual*. O homem que ordenou o primeiro serviço militar obrigatório, interessou-se, *de verdade*, pelo Serviço de Saúde, que melhorou com a fundação do *«Collegium médico-chirurgicum»*, e com a do conhecido hospital *Charité*, de Berlim, para a preparação dos médicos militares.

Creou também os farmacêuticos militares que, como os barbeiros cirurgiões, estavam sujeitos a penas corporais quando cometiam faltas técnicas... No campo da cirurgia castrense *Purmann* notabilizou-se como o «cirurgião militar de vanguarda, por excelência». *Stahl* e *Eller* contribuiram para o melhoramento scientífico dos cirurgiões militares, redigindo um programa de instrução.

O Grande Frederico, a princípio revoltado contra a educação paterna, tentou uma fuga para Inglaterra, que não

pôde efectivar... porque não tinha um avião e um paraquedas... Mas o coronel Fritz, como agastado lhe chamava seu pai, integrado no espírito militar da nação, revelou-se, nesse campo, o talento que todos sabem. O táctico extraordinário, creador da manobra de Frederico e, ao mesmo tempo, político, literato e filósofo, também se interessou a fundo pelo Serviço de Saúde.

Patriota 100%, mas espírito largo, sem *chauvinismo* desnecessário, adoptou muito da organização do Serviço de Saúde francês de Luiz XIV. Contratou doze cirurgiões militares franceses, com os seus assistentes, para fazerem serviço no seu exército, e mandou muitos cadêtes médicos completar a sua educação cirúrgica em Paris e Estrasburgo (por exemplo, *Schümeken* e *Voitus*). São desta época os notáveis cirurgiões militares *Eller*, *Cothenius*, *Bilgner*, *Schaarsdsmidt*, *Schümeken* e *Theden*. Theden, tendo sido simples barbeiro cirurgião, chegou a cirurgião general do exército prussiano e introduziu interessantes aperfeiçoamentos na cirurgia de guerra. Bilgner fez uma tão brilhante como útil campanha científica contra o abuso das amputações, fundamentando com a sua experiência a cirurgia conservadora do campo de batalha.

Nos regimentos havia um *cirurgião regimental* de cultura equivalente à do médico e um *cirurgião de companhia* de baixo nível profissional, todos sob a direcção dos *Obersfeldarzt*. Durante a guerra dos sete anos funcionaram as *Ambulâncias* de Frederico II com intensidade, embora nem sempre a contento do vencedor de Leuten e Rossbach.

Morto êste notável monarca, dá-se uma crise no Estado prussiano, facilitada por um certo pacifismo sentimental esporádico, que apareceu na Prússia no final do século XVIII, quando surgiu em França a Águia napoleónica e no Serviço de Saúde francês a pleiade gloriosa de *Larrey*, *Percy* e *Desgenettes*. Chegam as derrotas de *Yena* e *Auerstaedt* e a paz de *Tilsitt*. Mas para o Serviço de Saúde prussiano é a boa época de *Goercke*, o seu mais notável organizador. Goercke foi o fundador da *Kaiser Wilhelms Akademie*. Organizou os hospitais militares, dotou o Serviço de Saúde de meios orgânicos de transporte de feridos: corpo de maqueiros e viaturas especializadas. Foi também o impulsio-

nador do Serviço de Saúde militar de tôdas as guerras desta época e o verdadeiro autor da organização médico-militar que colaborou no notável levantamento prussiano de 1818. Êste ressurgimento, preparado na escola amarga da derrota, foi levado a efeito pelo *Partido Patriótico*. Dêste partido fizeram parte políticos como *Scharnhorst*, *Gneisenau* e a própria Raínha Luiza; chefes militares como *Blucher*, «o general Vorwärtz»; poetas patriotas como *Koerner*, *Rüchert* e *Arndt*; filósofos como *Fichte*, o autor dos «Discursos à Nação Alemã», que deu *rendez-vous* aos seus discípulos no campo de batalha, e como *Hegel*, o filósofo precursor da doutrina do «pangermanismo». A acção patriótica da *Universidade de Berlim* sôbre a juventude foi notabilíssima... *A nossa tem que fazer, um dia breve, o mesmo, custe o que custar!*

Notáveis cirurgiões militares começaram a surgir: *Conrad Langenbeck*, cirurgião relâmpago, de quem se diz que fez a amputação duma espáduá enquanto um colega, que assistia à intervenção, tomou uma pitada de rapé; *Von Graefe*, um dos fundadores da moderna cirurgia plástica; *Diffenbach*, brilhantíssimo cirurgião e pensador, que na guerra de 1813 se bateu como simples soldado de infantaria. Outros cirurgiões despontam depois no horizonte: *Stromeyer*, cujas máximas de cirurgia de guerra fizeram época na medicina militar germânica e *Bernard von Langenbeck*, sobrinho de Conrad, que foi o maior cirurgião alemão do seu tempo.

Assim foram os prussianos às jornadas de *Leipzig* e *Waterloo*. Não é difícil notar também algumas analogias históricas entre esta época e a recente.

De acôrdo com o fenómeno histórico de fluxo e refluxo, vem depois o efémero recuo político *d'Almutz* e o aparecimento das doutrinas de *Karl Marx*. A seguir, porém, surge todo o esfôrço político e guerreiro para a unificação alemã com *Guilherme I*, *Bismarck*, o «Stock Preusse», *Moltke* e *Roon*. A guerra com a Austria foi uma *Blitz-Krieg* de seis semanas, que se decidiu numa batalha: Sadowa. Os prussianos, com um exército de cêrca de 300.000 homens, tiveram 16.000 baixas pelo fogo e 65.000 por doença. O Serviço de Saúde funcionou com a organização de *Goercke*, feita há

mais de meio século. De novo, apenas houve o emprêgo muito irregular dos combóios sanitários. A curta duração da campanha não permitiu, durante ela, a correcção das deficiências que se notaram.

Guilherme I ordenou um congresso médico-militar, de que resultou tôda uma reforma do Serviço de Saúde: autonomia do Serviço, hierarquia dos órgãos de direcção, organização diferenciada do serviço técnico dos órgãos de execução dos diferentes escalões, modernização do material sanitário, regulamentação das medidas de higiene e profilaxia, etc.

Os excelentes resultados práticos desta reorganização foram bem evidentes na *guerra de 70*. Nesta campanha, pela primeira vez, as baixas pelo fogo foram, no exército prussiano, superiores às baixas por doença.

No escalão divisionário aparece o *Sanitäts Detachement*, autêntico grupo sanitário divisionário, que no combate organiza o *Hauptverbandplatz* e se encarrega dos transportes de feridos a partir dos P. S. R. A sua característica era a mobilidade. No corpo de exército existia um número elevado de *Feldlazarett*, hospitais de sangue, cuja característica era também a mobilidade, de forma que, no avanço, em regra, substituiam e libertavam as formações divisionárias.

O funcionamento do Serviço de Saúde nas batalhas de Vionville e Saint-Privat foi, para a época, modelar. Tôda a organização material e moral do Serviço de Saúde estava de acôrdo com o dum exército que, conforme disse *Alvensleben*, a respeito de *Résonville*, compensava qualquer desporporção temporária de fôrças materiais pela *potência moral da ofensiva*. A maxima de Clausewitz de que «a defensiva é a forma mais forte de combate», é artigo de exportação... para os Napoleões da inércia.

Não é possível citar sequer os nomes de todos os médicos de renome mundial que se honraram de vestir o uniforme de médico militar alemão, nesta guerra. Apenas alguns exemplos: *Wirchow*, o fundador da *patologia celular*, foi na guerra grande organizador de ambulâncias, e superintendeu na construção do hospital militar *Tempelhof*. *Von Esmarch*, o inventor da conhecida ligadura hemostática, fez interes-

santes estudos sôbre o tratamento das feridas de guerra, montagem de hospitais de campanha etc., e fundou a *Samariterwesen*, para enfermagem militar.

A hierarquização social da profissão médico-militar no fim do século passado é demonstrada pelo casamento de Von Esmarch com uma princesa real, o que o fez tio do imperador Guilherme II.

Desta época é também *Bergmann*, que tendo nascido na Rússia, serviu, como cirurgião militar, em tôdas as guerras dos dois países e cujas idéias, sôbre o tratamento de feridas de guerra fizeram época.

O S. S. alemão tinha, na guerra de 70, o quadruplo do número de médicos do S. S. francês. O exército francês teve dez vezes mais casos de varíola que o prussiano. Êstes números demonstram como o bom rendimento dum Serviço de Saúde acompanha a vitória.

Em *Freitschke* e *Lamprecht*, historiadores notáveis, mas mais patriotas que imparciaes, encontramos todos os elementos para compreendermos o estado de espírito alemão, entre a guerra de 70 e a Grande Guerra, à luz da «Psicologia dos povos», de *Wundt*.

O pèssimismo de Schopenhaner dá lugar à ética doutro filósofo: o conhecidoautor do «Also Spracht Zarathustra», idealizador do super-homem com a vontade instintiva do poder.

Estamos na *Grande Guerra:* um largo período de guerra de frente estabilizada entre dois períodos, relativamente curtos, de guerra de movimento. O exército alemão e, portanto, o seu Serviço de Saúde, estava especialmente preparado para uma campanha de ofensiva rápida. Os grandes efectivos empregados, a predominância das feridas de metralha, embora menos sensível no lado alemão que no francês, o elevado número de baixas que, conjugado com a larga duração da guerra, exigiu cuidadosa recuperação e os estudos sôbre a biologia da ferida de guerra, impuzeram servidões conhecidas. O Serviço de Saúde alemão teve que fazer a sua adaptação à longa fase da guerra de trincheiras.

Sob o ponto de vista táctico-sanitário, demonstra-o o dispositivo de escalonamento em profundidade das formações sanitárias, a independência do serviço divisionário, o desen-

volvimento dos *Kriegslazarett*, o emprêgo mais amplo e avançado dos *Kranken-transport-abteilung*, que montavam os *Krankensammelstelle*, centros de reünião e evacuação típicos da organização alemã, de que falaremos mais amplamente. Tècnicamente, é o avanço da cirurgia de vanguarda para os *Feldlazarett*, a excisão dos tecidos desvitalizados como primeiro tratamento da ferida de guerra, as suturas primitivas, etc.

Alguns tratadistas franceses do post-guerra apresentaram estatísticas comparativas de recuperação nos dois exércitos bastante desfavoráveis para o Serviço de Saúde alemão. Verificámos que elas não condizem com as estatísticas alemãs. Igualmente notámos que o «modus faciendi» das duas estatísticas era diferente, quer nosológica, quer cronológicamente, o que dificultava um estudo comparativo.

Não querendo alongar-nos demasiadamente nêste assunto, apresentamos uma estatística alemã conhecida e que nos merece alguma confiança, a-pesar do número de mortos dever ser inferior ao real... É que, nos desaparecidos, muitos o foram definitivamente...

Em cêrca de 13.500.000 mobilizados, dos quais 10.500.000 passaram pelo exército, houve:

Perdas totais pelo fogo.	5.587.244 =	100 %
Mortos no campo de batalha	772.687 =	13,83 %
Mortos nas formações de tratamento .	289.053 =	5,17 %
Inválidos	344.576 =	6,17 %
Recuperados.	4.173.463 =	74,70 %

Do estudo analitico que fizemos a êste respeito, chegámos às seguintes conclusões:

— A percentagem de mortalidade nos feridos alemães foi inferior à dos franceses, inferior à dos ingleses, e sensìvelmente igual à dos americanos.

— *A percentagem de recuperação foi um pouco inferior à dos francezes.*

— *O Serviço de Saúde alemão preocupou-se, no que diz respeito a recuperação, sobretudo da recuperação rápida dos feridos ligeiros.*

Não queremos deixar de fazer referência aos interessantíssimos trabalhos de *Marwedel* sôbre a bacteriologia da ferida de guerra. Marwedel mostrou que as feridas de *schrapnel* produziam 30% de feridas infectadas, as de espingarda 43%, as de estilhaço de granada mais de 70% e as feridas por rebentamento de minas eram ainda mais infectantes. Também demonstrou a grande diferença, mais do dôbro, de infecções das feridas de guerra de trincheiras em comparação com a guerra de movimento. O número de médicos militares que, no início, era de cêrca de 9.000, *teve que ser elevado para o triplo.*

Friedrich, que deu o nome ao método, *Ritter*, *Kroh* e *Sauerbruch* foram os paladinos da limpeza cirúrgica, no primeiro tratamento da ferida de guerra, corolário terapêutico do seu estudo biológico.

No S. S. alemão aparece o método do tratamento das feridas a descoberto, ao ar e à luz, que *Shede* preconizou.

Passada a época difícil do post-guerra, é sobretudo a partir de 34 que, de novo, a Alemanha preparou o que *Bernhardi* definira como: *a decisão viril na hora apropriada.*

Militarmente, foi o formidável trabalho que dirigiu *Von Seckt*. No ramo médico-militar, vimos há poucos meses, na Alemanha, alguns dos actuais «médicos e soldados» que, num ambiente de correcta camaradagem, nos facilitaram o estudo do seu serviço. É, pois, tempo de lhes dizer alguma cousa da organização actual do S. S. do Exército alemão.

II — Organização actual do serviço de saúde do exército alemão

Salvaguardando qualquer lapso ou alteração muito recente, apresentamos um ligeiro esquema que dará visualmente uma pequena idéia de conjunto sôbre o funcionamento e dispositivo do Serviço de Saúde alemão em combate. No artigo anteriormente publicado no nosso Boletim, o esquema tinha algumas deficiências que agora procurámos corrigir (Vidé Fig. 1).

Foquemos, sòmente, os pontos mais importantes ou característicos:

Cada batalhão de infantaria tem dois médicos. O material de tratamento é bastante completo permitindo, por exemplo, a boa imobilização de fracturas (excelentes aparelhos standard «Feldtransportschiene»), os primeiros socorros a gaseados (aparelhos de oxigenoterápia), a filtração de águas (filtros-mochilas), etc. Êste material vai em 5 caixas. Uma caixa contém o indispensável para os primeiros socorros, independentemente do material de P. S., caixa que vai muitas vezes no automóvel que transporta os médicos, indo as do P. S. num carro de material sanitário.

Como material de transporte, dispõe o batalhão de 24 macas e alguns suportes rodados. São organicamente dotadas com uma auto-ambulância as seguintes unidades:

Todos os batalhões de atiradores, motorizados.
Batalhões de pioneiros (mot.)
Grupos de esclarecedores (mot.)
Grupos couraçados (*panzerabteilung* e *panzerabwehrabteilung*).

Os batalhões de infantaria e outras unidades dispõem de cães sanitários para a pesquiza de feridos. Cada batalhão organiza, em regra, no combate *um P. S. B.: Truppenverbandplatz.*

A distância dêste P. S. varia entre algumas centenas de metros e o máximo, absolutamente excepcional, de 3.000m.

No escalão regimental não existe pessoal nem material de P. S., mas ùnicamente elementos do S. S. regimental para chefiar e reforçar o S. S. dos batalhões.

No escalão divisionário da divisão de infantaria normal existem: 2 *Sanitäts Kompanie* (equivalentes ao G. S. D.), uma auto e outra hipo, 1 *Feldlazarett* (H. S.) e 2 *Krankenkraftwagenzuge* (S. A. T. F.) O *H. S. é pois, orgânicamente, divisionário.*

A divisão de infantaria motorizada tem orgânicamente 3 S. A. T. F. e as suas 2 Sanitäts Kompanien são ambas motorizadas.

A Sanitäts Kompanie tem três secções para a sua triplice missão:

A — Secção de maqueiros para todos os transportes a partir dos Truppenverbandplatz, que tenham que ser feitos por maqueiros.

B — Secção de P. S. que monta o *Hauptverbanplatz* (equivalente ao P. S. D.)

C — Secção complementar, que pode eventualmente reforçar ou render as secções anteriores, e que tem especialmente a seu cargo a montagem dum P. S. para feridos ligeiros *(Leichtverwundetensammelplatz)*, o tratamento mais urgente dos gaseados e, nas marchas, a organização de pontos de reünião dos indisponíveis: *Krankensammelpunkt.*

O Hauptverbandplatz instala-se, em média, a uns 6 km da frente. Muitas vezes utiliza tendas. Tem um bloco de recepção e triagem. A triagem, nêste escalão do S. S., é feita nas mesmas normas, mas um pouco menos detalhadamente que na organização francesa, alargando-se ligeiramente a classe dos intransportáveis absolutos e não havendo a divisão dos feridos em 1.ª, 2.ª e 3.ª urgência, mas ùnicamente em *ligeiros e graves*, distinguindo-se nêstes últimos os que, pela urgência, devem ir para o Feldlazarett, dos que devem ir, por intermédio do Krankensammelstelle, para o Kriegslazarett.

No bloco de tratamento fazem-se laqueações e amputações urgentes, transfusões, traqueotomias, aparelhagem de fracturas, etc. Só em circunstâncias tácticas excepcionais êste bloco é reforçado com uma equipa cirúrgica para alargamento da sua missão técnica. O bloco de evacuação e de hospitalização dos intransportáveis absolutos tem, quando instalado em tenda, capacidade para 80 feridos deitados. Os gaseados são sempre separados.

A Sanitäts Kompanie tem 7 médicos, 1 farmacêutico e 1 dentista.

A Sanitäts Kompanie tem a seu cargo o reabastecimento sanitário dos regimentos, que também se pode fazer no Feldlazarett; e, em caso de necessidade, um pequeno depósito móvel que está à disposição do Chefe do S. S. Divisionário. Dispõe de um pequeno número de viaturas próprias para transporte de feridos, que são auto ou hipo, conforme o tipo da companhia.

Cada S. A. T. F. tem quinze auto-ambulâncias. Cada auto-ambulância pode levar 4 feridos deitados, ou 2 deitados e 4 sentados ou 8 sentados. Os modernos tipos de auto-ambulâncias com 4 rodas motoras e dois diferenciais, são adaptados aos maus caminhos da frente. Quando, por êste motivo, não lhes é permitido atingir o P. S. B., organizam-se *Wagenhalteplatz*, a cargo da Sanitäts Kompanie, equivalentes aos nossos postos de trasbordo. Nos terrenos arenosos da Polónia as antigas auto-ambulâncias tiveram dificuldade em passar. Os carros hipomóveis só com 8 a 10 parelhas de *percherons* arrancavam. Nestas circunstâncias montam-se, no *terminus* que as auto-ambulâncias podem atingir, *Umladeplätze*, isto é, postos de muda dos feridos dos carros hipo para os auto. É uma situação de emergência pouco vulgar.

O *Feldlazarett* é todo motorizado. Tem orgânicamente 2 equipas cirúrgicas e a capacidade de 200 camas. Pode ser reforçado com mais equipas e camas, ou com outro Feldlazarett. Instala-se a uma distância média de 15 a 20 km da frente. Como especialidades, só tem radiologia e estomatologia. Sempre que é possível, instala-se em edifícios. A sua missão técnica é tratar os feridos muito graves e urgentes e, sendo possível, os doentes e gaseados da mesma categoria. Segundo a opinião alemã, o rítmo óptimo do trabalho cirúrgico é o das 6 horas, e não o rítmo industrial das 8 da técnica francesa.

As evacuações do Feldlazarett fazem-se por intermédio da Krankensammelstelle. O Feldlazarett é essencialmente constituído pela chefia e por duas secções cirúrgicas iguais. Na chefia *(Gruppe Führer)* existe, além do médico chefe, um adjunto, que deve estar especializado em gases, um dentista e um farmacêutico.

As duas secções estão organizadas de modo a poder fàcilmente deslocar-se uma, enquanto a outra permanece fixa; mas, muitas vezes, prefere-se montar um novo Feldlazarett. Cada secção tem apenas os 2 médicos da respectiva equipa cirúrgica.

Sòmente as formações político-militares dos *SS* tinham, quando estivemos na Alemanha, salas de operações dentro

de camiões, modelos bastante simples. O Serviço de Saúde alemão emprega o número mínimo de viaturas especializadas. Prefere transportar o material técnico em caixas, que qualquer veículo leva.

Os colegas alemães com quem trocámos impressões e discutimos o material do S. S. dos outros exércitos, que tinha sido tomado em combate, acharam a célula operatória francesa sòmente boa para a guerra de frente estabilizada, e não tinham ainda idéia favorável sôbre o emprêgo de grupos cirúrgicos, e laboratórios ou gabinetes de radiologia ou estomatologia funcionando dentro de camiões. No capítulo de transfusão de sangue, preferiam a transfusão directa, embora empregassem também o sangue conservado e até o sangue sêco, àcêrca do qual o Dr. Lang, com quem falámos, tem feito interessantes estudos. O sangue conservado vai acondicionado em auto-injectáveis.

A sua prática de feridas de guerra, aquando da nossa visita de estudo era ainda relativamente pequena, pois a guerra, até há pouco, caracterizava-se no Serviço de Saúde alemão por um *número relativamente pequeno de feridos, mas com lesões relativamente graves.*

A campanha da Russia, com um número muito mais elevado de baixas pelo fogo deve ter trazido algumas modificações no Serviço de Saúde, que aguardamos com o maior interêsse. Alguns dados técnicos começam a chegar ao nosso conhecimento como, por exemplo o largo emprêgo das infiltrações e outras intervenções no simpático para o tratamento dos pés gelados, método que, evidentemente, não tem nada de novo, mas se tem generalizado.

*

No corpo de exército não há formações sanitárias, mas ùnicamente a chefia do S. S. das divisões encorporadas.

As formações sanitárias do *exército* são as seguintes:

Kriegslazarettabteilung
Krankentransportabteilung
Armeesanitätsabteilung

Entgiftungskompanie (muitas vezes adstricto ao S. S. do escalão divisionário)
Sanitätspark.

A *Kriegslazarettabteilung* compreende o *Kriegslazarett*, o *Leicthkrankenkriegslazarett*, equipas cirúrgicas *(Chirurgengruppen)*, e pessoal sanitário de reserva.

O *Kriegslazarett* tem analogia com o nosso H. Ev., um pouco mais aligeirado, e é do tipo motorizado. Segundo o *Kriegssanitätsvorschrift* de 1940, a sua capacidade média era de 500 camas; mas, pelas informações que verbalmente colhemos, essa capacidade teria recentemente sido aumentada para 1.000 camas.

As suas possibilidades cirúrgicas equivalem às de 2 *Feldlazarett*, tendo, àlém disso, especialidades (Oftalmologia, Otorinolaringologia, Neurocirurgia, Cirurgia maxilofacial, Dermato-venereologia, Urologia).

Instala-se em edifícios. A missão é tratar principalmente feridos e doentes graves, mas não de extrema urgência, e os de especialidades, cujo tratamento não seja demorado.

No avanço, um escalão do *Kriegslazarett*, equivalente a um *Feldlazarett*, constitui o escalão de progressão e instalação, ou pode mesmo render esta última formação sanitária divisionária.

Sempre que a situação táctica o permita, monta-se nesta formação sanitária uma secção especial para fracturados.

Pelos princípios de táctica sanitária alemã, neste hospital deve existir um médico para 60 feridos.

No *Kriegslazarett* existe um núcleo apenas de 5 médicos, dos quais um chefe, 2 cirurgiões, um especializado em gases e um internista, sendo todo o restante pessoal médico proveniente do *Sanitätspersonalreserve.*

A enfermagem é mixta (masculina e feminina). Todo o material cirúrgico é fàcilmente transportável em caixas.

Logo que o seu estado o permite, os feridos e doentes que ainda necessitem tratamento são evacuados por intermédio do *Krankensammelstelle* para os *Reservelazarett* da zona do interior. Os convalescentes vão para os *Genesendeabteilungen* (Secções de convalescentes), existentes na zona de exército, e a este pertencentes.

Em caso de epidemia, um *Kriegslazarett*, especialmente apetrechado em pessoal e material, monta um *Centro de contagiosos.*

O *Leichtkrankenkriegslazarett* tem por finalidade tratar todos os doentes e feridos ràpidamente *recuperáveis.*

A sua capacidade é de 1.000 camas. Quanto à sua colocação, há tendência a não o colocar muito atrás na zona do exército. Tal como o *Kriegslazarett*, a sua instalação está prevista em casas. Possui um núcleo de 5 médicos, dos quais um deve ser cirurgião, um internista e um especialista de gases; êsse médico é secundado por médicos do *Sanitätspersonalreserve.* Calcula-se que, nesta formação, um médico pode tratar de 100 a 150 feridos ou doentes. É também uma formação motorizada.

As duas formações sanitárias que acabamos de descrever são regulamentarmente sinalisadas com a insignia neutral da Cruz Vermelha que, porém, de noite, não é iluminada.

As equipas cirúrgicas (Chirurgengruppen) têm um cirurgião chefe, um ajudante e dois enfermeiros.

A reserva do pessoal sanitário do *Kriegslazarettabteilung* tem 27 médicos, na maioria especializados, 10 dentistas e 60 enfermeiros. Exite ainda no referido Kriegslazarettabteilung o *Chirurgenstaffel* (4 cirurgiões e 8 enfermeiros), um grupo de capelães militares, um grupo de condutores auto e a chefia.

A *Krankentransportabteilung* tem 3 companhias, cada uma das quais pode montar 3 *Krankensammelstellen.* Esta formação sanitária é particular da organização do S. S. alemão. Embora tenha, freqùentemente, uma missão semelhante à duma estação ou de centro de evacuação, diferencia-se destes. A sua finalidade é a *reünião, para evacuação,* de todos os feridos e doentes nos escalões do C. Ex. e do Ex.

É a primeira formação sanitária que aparece logo atrás do Feldlazarett, e multiplica-se, num escalonamento em profundidade, por tôda a zona do exército.

Não possui orgânicamente meios de transporte de doentes. Para êste fim, está muitas vezes junto das testas da exploração da rede ferroviária para o Serviço de Saúde, ou em estações mais à retaguarda.

Algumas vezes está adeante da testa de exploração ferroviária, na proximidade de estradas importantes e faz as evacuações por intermédio das S. A. T. F. para uma outra *Krankensammelstelle* que utiliza a rede ferroviária. Pode ainda explorar pontos de embarque de aviação sanitária.

As suas possibilidades de tratamento são, orgânicamente bastante resumidas. Normalmente, limita-se a receber os feridos e doentes, prestar-lhes cuidados de passagem, alojá-los temporàriamente, e pedir ao *Armeearzt* os meios de evacuação que diàriamente necessite.

Executa também uma revisão e triagem dos evacuados, corrigindo qualquer êrro de triagem anterior. As normas para a triagem das *Krankensammelstellen* são as seguintes:

1.° Feridos e doentes ligeiros, cuja cura não deva durar mais que 3 a 4 semanas, e que vão para os *Leichkrankenkriegslazarett.*

2.° Feridos graves, que não podem ser transportados mais longe ou cuja cura, a-pesar da gravidade, não deve demorar mais de 4 semanas vão para o Kriegslazarett.

3.° Todos os outros seguem para os Reservelazarette.

Excepcionalmente, esta formação sanitária pode receber uma equipa cirúrgica de reforço, ou mesmo um Feldlazarett do exército. Em guerra de frente estabilizada, pode eventualmente estabelecer uma enfermaria local de recuperáveis a curto prazo. O pessoal orgânico é constituído por 2 médicos, 6 enfermeiros e 46 maqueiros. Não deve estar instalada em edifícios mesmo junto das estações ferroviárias, pelo perigo de bombardeamento de aviação. Pode ser instalada em tendas.

No avanço vão-se montando sucessivamente novos Krankensamelstellen.

Na retirada, o escalonamento em profundidade destas formações sanitárias, apetrechadas com auto-ambulâncias de refôrço e liquidando, quando retiram, os elementos de guarda da retaguarda, ou quando o mordente do inimigo o impõe, facilita as evacuações sanitárias, sempre precárias, desta situação tática. Também nas zonas de concentração, a montagem da *Krankensammelstelle* tem indicação.

A *Entgiftungskompanie* é uma formação sanitária de grande rendimento só para tratamento anti-gás. Tem o seguinte pessoal: 2 médicos, 13 graduados e 81 praças. O bloco de tratamento instala-se numa grande tenda com armação metálica. Tem, anexos, um camião com uma fornalha de aquecimento de ar, uma estufa sêca de desinfecção de roupa, um grande reboque com depósito e caldeira para duches. Existe ainda um camião gerador de amoniaco e cloreto de amónio que se emprega como neutralizante do armamento a desinfectar.

Antes de entrarem na tenda, os gaseados vão deixando sucessivamente todo o equipamento e vestuário em locais escalonados, onde é imediatamente desinfectado. Seguidamente lavam as mãos, as mucosas e todo o restante corpo. A secagem é feita com toalhas de papel e, sobretudo, com um grande colector de ar quente a 52°. Tudo se faz segundo uma ordenação sistemática verdadeiramente ritual.

A *Armeesanitätsabteilung* compreende a Chefia que, com um grupo de médicos consultores *(Gruppeberatendeärzte)* constitue o *Stab* (Estado Maior) da Secção, que é motorizada. Compreende ainda companhias sanitárias, Feldlazarette, S. A. T. F., e um depósito móvel de material sanitário, privativo.

Os médicos *consultores* são: um cirurgião, que também chefia uma equipa cirúrgica especial, um internista, um psiquiátra, um higienista, que tem à sua disposição um laboratório bacteriológico de campanha, e um anatomopatologista, encarregado particularmente do estudo das lesões anatomopatológicas nos gaseados e autopsias nos casos patológicos não esclarecidos.

Um farmacêutico dirige o laboratório químico que, àlém de colaborar com o bacteriológico, tem a seu cargo o estudo dos agressivos químicos.

As companhias sanitárias de exército rendem as divisionárias e reforçam os Feldlazarette ou os Krankensammelstellen.

Os Feldlazarette de exército reforçam os divisionários e podem particularmente organizar-se como hospitais de contagiosos ou de gaseados (com uma Entgiftungskompanie adstrita).

As S. A. T. F. de exército têm a seu cargo os auto-transportes de feridos atrás da divisão, servindo, portanto, em especial, ao Krankensamellstellen.

Cada exército tem um *Sanitätspark*, que o reabastece de todo o material sanitário e medicamentos. É dirigido por um coronel farmacêutico. Instala-se, em geral, próximo de uma estação de desembarque. Pode dividir-se em 2 *Sanitätszweigpark*. Por sua vez, reabastece-se no Sammelsanitätspark do interior que lhe é destinado, o qual, por sua vez, se reabastece nos parques das regiões militares e no parque sanitário principal de *Lischtenberg*, muito nosso conhecido. Todos êstes parques têm, anexos, oficinas de reparação e laboratórios farmacológicos. Apresentamos um simples esquema do reabastecimento sanitário do S. S. alemão em campanha (Vidé Fig. 2).

O Alto Comando do exército (Heer) possue: *Krankentransportabteilungen*, *Kriegslazarettabteilungen* e *Heeressanitätsabteilung*, análogas às de exército, cujo emprêgo é proposto pelo *Heeresarzt* para reforço e rendição das formações sanitárias de exército (Armee).

Todos os hospitais do interior têm a designação comum de «*Reservelazarett*».

Em cada região militar do interior (há 17) existe o «*Stellvertrender Korpsarzt*», que dirige tècnicamente todo o S. S. Comanda, pois, a Sanitätsabteilung da região. Ocupa-se da substituïção do pessoal sanitário do corpo do exército respectivo em campanha. Ordena tôdas as medidas higiénicas necessárias para as tropas de reserva da região. Dirige superiormente o parque sanitário regional e os Sammel Park que se organizem. Vigia o serviço dos Reservelazarette subordinados. Dá indicações ao oficial médico adjunto à Chefia do Serviço de transportes da região para a distribuïção de feridos e doentes pelos Reservelazarette. Aproveita como entende o auxílio do S. S. voluntário da região. Está em ligação com o *Luftgauarzt* (médico de aviação regional) e com as autoridades civis, para o que diz respeito à defesa passiva e à higiene regional.

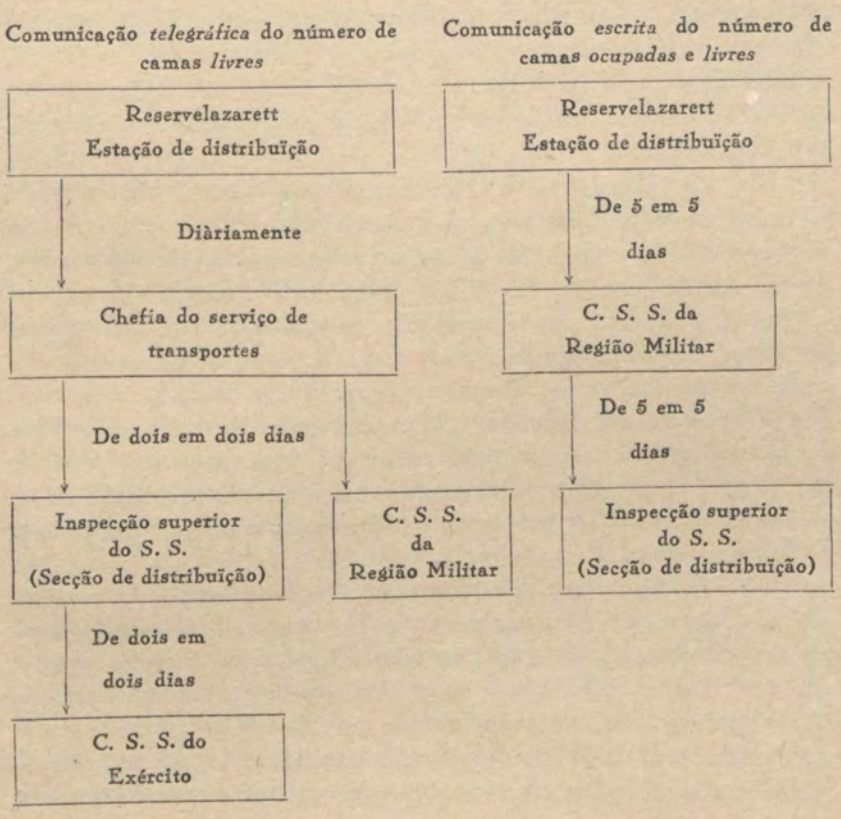
Detalhamos as funções desta Chefia do S. S. regional para destacar que tècnicamente, ela é mais ampla que a do médico chefe do C. E. em operações.

Na zona do interior organizam-se também hospitais e consultas externas especiais para fracturados, cirurgia reparadora e ortopédica, venereologia, psiquiatría, etc.

Cada Reservelazarett tem, àlém do médico chefe, dois médicos e 4 enfermeiros ou enfermeiras, para cada fracção de 60 operados ou doentes graves ou 120 ligeiros.

Para a distribuïção e evacuação ulteriores dos feridos e doentes, trazidos pelos combóios sanitários, organizam-se nesta zona do interior estações locais de distribuïção: *Ortlichekrankenverteilungstelle.*

Para darmos apenas uma ligeira idéia dos métodos práticos da organização e ligação, no espaço e no tempo, do S. S. dêste escalão, juntamos mais um pequeno esquema relativo ao número de camas ocupadas e livres nos Reservelazarette, (*informações* relativas ao número de camas).



Na mesma região militar formam-se grupos de Reservelazarette com uma capacidade total de cêrca de 5.000 camas, constituindo *Reservelazarettbezirke*, com chefia própria. Organizam-se ainda Centros de convalescentes.

Relativamente aos serviços da Cruz Vermelha alemã e ao seu magnífico hospital móvel motorizado, já fizemos a devida referência no anterior artigo publicado nêste Boletim.

Os *combóios sanitários* dividem-se em *Lazarettzüge* e *Leichtkrankenzüge*. Os primeiros são para feridos e doentes deitados, que são transportados, não em macas, mas em cómodas camas de campanha, modêlo «Olympia».

Êstes combóios têm uma capacidade ao redor de 370 camas e possuem sala de operações. O pessoal de enfermagem é masculino e feminino.

Os segundos são para feridos ou doentes sentados e a sua capacidade excede 900. Nesta guerra, os combóios sanitários têm sido empregados mais à frente que o habitual, atingindo com freqüência, e tendo já ultrapassado, o escalão do Feldlazarrett. Alguns combóios sanitários têm uma ligeira blindagem.

Na actual campanha da Russia as destruïções da rede ferroviária e a diferença de largura da via tem dificultado o serviço dos combóios sanitários na zona de operações, onde, numa frente de 2.500 km. um exército de quási 5.000.000 de homens tem tido perdas fortes. Calcule-se, por isto, as dificuldades que o S. S. tem tido que vencer. Informações recentes dizem-nos que, àlém do largo emprêgo dos Krankensammelstellen, amplamente dotados de meios de transporte auto, se tem recorrido largamente à aviação sanitária. Conforme escrevemos no nosso anterior artigo, a experiência mostrou que os aviões especiais para transporte de feridos eram dispensáveis.

Os aviões transportadores vulgares, sem suspensão especial de macas, mas com pessoal e material técnico (sobretudo aparelhagem de oxigenoterápia), permitem a evacuação, em excelentes condições, de quási todos os feridos graves. Disseram-nos os colegas alemães que, no comêço, não puderam evitar no emprêgo da aviação sanitária algumas dificuldades concretizadas na seguinte frase: por vezes chegavam

os aviões sanitários e não estavam ainda os feridos, outras vezes estavam os feridos mas não chegavam os aviões sanitários. Contudo é evidente que, graças ao aperfeiçoamento da aviação sanitária, o tempo vence o espaço.

*

Vamos vêr agora o *S. S. de algumas unidades especiais.* Na *Panzerdivision*, em que existem, como dissemos, 2 Sanitäts Kompanien motorizados, 3 S. A. T. F, mas nenhum Feldlazarett, o transporte de feridos graves é feito da linha de combate por um carro blindado, não sinalizado, em que vai o médico. Já dissemos, no artigo citado que êste carro, podendo transportar dois feridos deitados, quando lhe é comunicada a existência de um ferido grave num *tank*, aborda-o tangencialmente, recebe o ferido e transporta-o para um outro carro de transporte de feridos com blindagem lateral, coberto com um tejadilho de correr e de capacidade um pouco maior (4 feridos deitados), carro que está situado junto da reserva técnica de carros de combate, onde se constitue, por assim dizer, um simples ninho de feridos. Daí são os feridos transportados para os Truppenverbandplatz e para o Hauptverbandplatz, seguindo logo para as formações sanitárias do escalão exército, ou para os Feldlazarette das divisões de infantaria que seguem a *Panzer*.

Na extrema frente, o S. S., que é dirigido pelo médico do regimento, emprega, como norma corrente no avanço, o pessoal sanitário das Panzerabteilungen em dois escalões, que se alternam. É freqüente fazer-se a reunião dos P. S das Panzerabteilungen com os dos *Schutzenbataillonen* que os seguem. Para a evacuação de um só ferido emprega-se, por vezes, a motocicleta com side-car.

A divisão mecânica ligeira, *Leichte-Division*, tem um S. S. parecido com o da Panzerdivision, dispondo de 2 Sanitätskompanien motorizados e 3 S. A. T. F. Não tem Feldlazarett. O funcionamento do serviço é o da *Panzer*, «mutatis mutandis», pois não se trata em rigôr de uma unidade de rutura, mas sim de exploração e perseguição, havendo actualmente tendência para dar às duas divisões mecâni-

cas uma constituição muito parecida e para agrupar as *panzer division* em corpos.

As *tropas de montanha* têm fortes dotações orgânicas de pessoal e material de S. S., de forma a poderem multiplicar a suas formações sanitárias. O seu número é, por vezes, *o triplo do das tropas de infantaria*. É frequente montar-se um Truppenverbandplatz por companhia e um Haupverbandplatz por regimento. Os P. S. são muito freqüentemente instalados em tendas com aquecimento. Como meio de transporte de feridos usa-se sobretudo a maca com 8 maqueiros de guarnição, o transporte a dorso de homem empregando o simples pano de tenda ou o *Einfolmtrage*, o teleférico e a maca trenó. Não se emprega o transporte de feridos a dorso de animal. As tropas de montanha são alvo de cuidados especiais: óculos protectores, pomadas antiactínicas, vitaminas sintéticas, etc.

Nas *unidades paraquedistas*, médicos, enfermeiros e maqueiros saltam em paraquedas. O material tem embalagem especial que permite lançá-lo do avião sem se deteriorar. Pràticamente, só o primeiro tratamento e a formação de ninhos de feridos é possível de entrada. A chegada de tropas transportadas por avião, — *Luftlandetruppen* —, cujo S. S. é semelhante ao das tropas paraquedistas, traz a possibilidade de evacuação, quer por avião sanitário, quer mais pràticamente pelos vulgares aviões de transporte das tropas.

A *aviação* tem um Serviço de Saúde privativo. Tanto a inspecção, como a assistência às tropas de aviação é muito cuidadosa.

Nas bases de aviação existem formações sanitárias próprias. Além disso, utiliza a aviação as formações sanitárias das restantes unidades com que cooperam, segundo instruções técnicas do *Armeearzt*, e mediante o acôrdo com o *Oberquartiermeister* de exército e o comandante de aviação.

A alimentação das tropas de aviação é particularmente cuidada, não faltando a ração suplementar de vitaminas.

Desde 1931 que existem laboratórios psicotécnicos com médicos e psicólogos militares, que fazem o exame psicotécnio de tôdas as tropas especializadas e dos futuros oficiais, e, particularmente, dos da aviação. Em tempo normal, mais de 50 % dos candidatos são eliminados.

A título de simples curiosidade, indicamos algumas das provas psicotécnicas gerais:

1.° Exame cinematográfico da mímica durante o esfôrço.

2.° Exposição do *curriculum vitae*.

3.° Prova dos gestos e atitudes diversas depois do esfôrço físico.

4.° Prova da inteligência.

5.° Prova da direcção (exposição de um assunto com controvérsia).

6.° Prova dos reflexos.

7.° Prova de resistência à fadiga nervosa.

8.° Prova mental, etc., etc.

Os estudos dos efeitos das condições actuais de vôo, particularmente no bombardeamento a picar, demonstram não só a formidável resistência necessária, sobretudo no ramo ascendente do vôo mergulhante, como ainda alguns efeitos nocivos secundários inevitáveis. Outrosim, os efeitos patológicos dos vôos a grandes altitudes, por exemplo, sôbre o sangue: anemia, estado vacuolar dos globulos rubros, poliglobulia, etc.

A brigada de cavalaria tem uma Sanitätskompanie motorizada e uma S. A. T. F. Não tem Feldlazarett.

III — Orgãos de direcção do S. S.

Ao entrarmos em detalhes àcêrca dos órgãos de Direcção do S. S., porque a sua estrutura e missão não diferem essencialmente da dos outros exércitos, apresentamos apenas sôbre o assunto mais um breve esquema da nossa autoria.

Orgãos de direcção do S. S. alemão

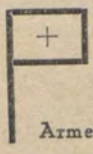
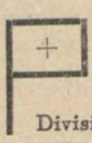
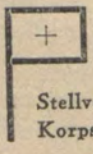
Cargos	Situação	Auxiliares
Heeres-Sanitäts-Inspeckteur	Comando em Chefe	— Sanitätsinspektion — Wissenchaftlichen Sentas für das Heer-sanitätswesen — Academia médico militar, com os seus institutos de investigação e laboratórios
Heeresarzt	Comando *«do»* Exército	3 médicos, dos quais um higienista, um especialista de gases, e um adjunto
 Armeearzt	Comando *«de»* Exército	— Como o anterior, e mais um farmacêutico — Consultores (Gruppeberantender ärzte da Armeesanitätsabteilung).
Korpsarzt	Comando do C. E.	1 médico adjunto e um farmacêutico
 Divisionsarzt	Comando de Divisão	1 adjunto
Brigadearzt	Comando de Brigada de cavalaria	—
 Stellvertretender Korpsarzt	Comando da região militar (Interior)	1 adjunto 1 higiénista 1 médico organizador dos Hospitais 1 farmacêutico

Figura 1

ESQUEMA DO DISPOSITIVO DO SERVIÇO DE SAÚDE ALEMÃO EM COMBATE

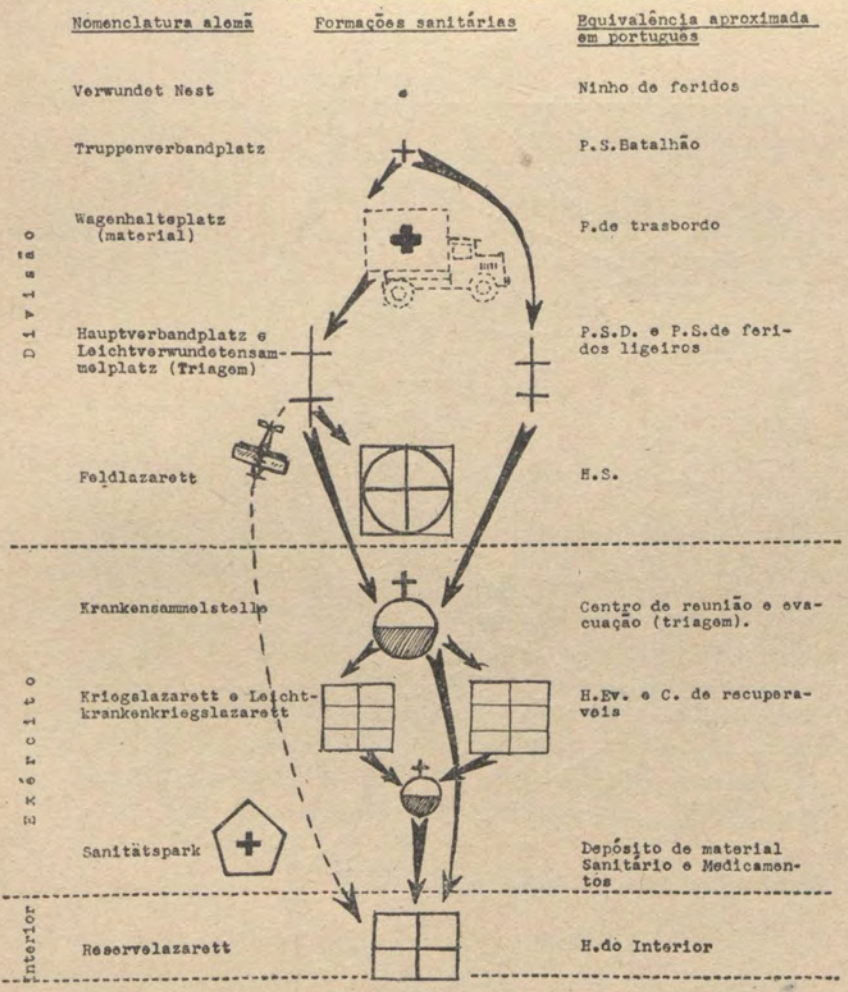
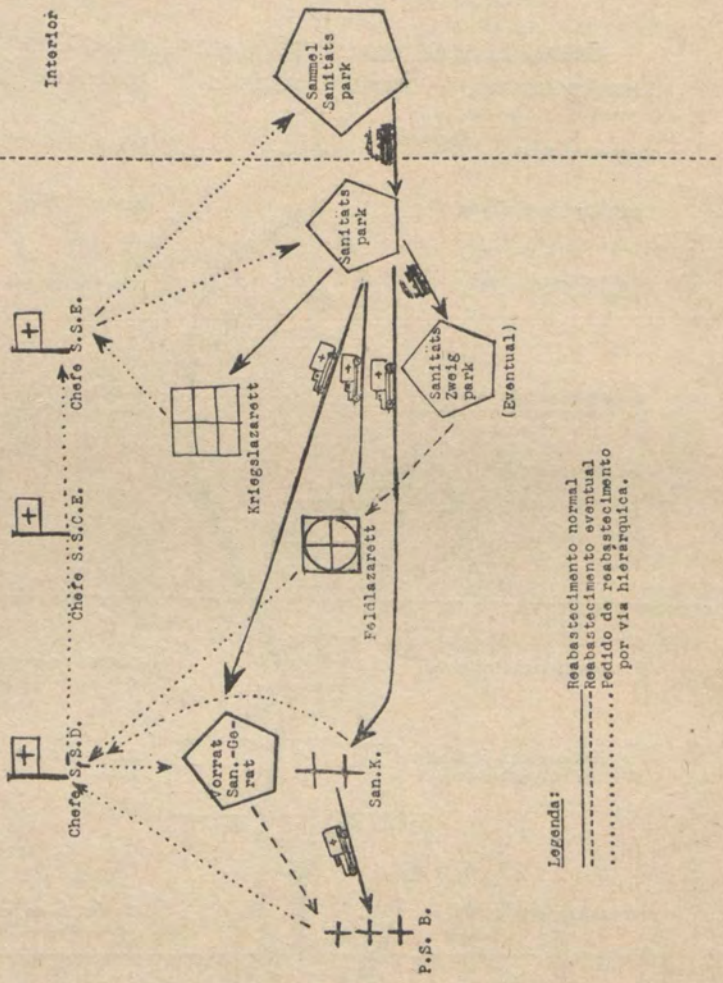


Figura 2
Esquema do reabastecimento sanitário do S.S. alemão em campanha



Num artigo que publicámos no Boletim n.º 2, de 1941, da D. S. S. M., já descrevemos a preparação dos médicos militares, quer no seu internato na Academia enquanto estudantes, quer para as provas clínicas que têm que prestar para subir de posto, quer finalmente nos estágios junto do E. M. que fazem ùnicamente os futuros chefes do S. S. das grandes unidades.

Existe uma autêntica especialização dentro da especialidade médico-militar e não o enciclopedismo superficial e difícil em que vivemos e que até a exiguidade do nosso quadro não justifica.

Mais poderiamos detalhar nesta parte descriptiva do S. S. do exército alemão, mas parece-nos ter dito o suficiente; e, para terminar, damos uma rápida e despretenciosa síntese crítica.

IV — Síntese crítica

— O S. S. alemão, adaptado especialmente para a guerra de movimento e para a ofensiva, é tècnicamente prático e eficaz e é, acima de tudo, *militar*.

— É adaptável, com as modificações indispensáveis, e guardado o sentido das proporções, a qualquer exército *de verdade*.

A alguns colegas espanhois, velhos companheiros e amigos, bem experimentados em guerra, e que fizeram uma visita de estudo semelhante à nossa, parece-lhes um pouco excessivo o material do P. S. B. Atendendo a que não há P. S. R., parece-me que talvez não tenham razão. «Quod abundat non nocet».

— A supressão do P. S. R. parece-nos, em geral, vantajosa.

— A existência de dois G. S. D. igualmente.

— A larga dotação orgânica de meios de transporte auto de divisão não tem discussão.

— Parece-nos certa a existência de um *Feldlazarett* por divisão.

— Mas no que não vemos vantagem é que êste seja orgânicamente divisionário, parecendo-nos que deve per-

tencer ao C. Ex. O Chefe do S. S. do C. E. regulará assim melhor, segundo a situação táctica, o número e a missão dos diferentes H. S. que servirão indistintamente as diferentes divisões. De resto, a situação local do H. S. é quási sempre na zona do C. E.

— *A existência de Krankensammelstelle é absolutamente justificada e é uma realização feliz da organização alemã.* Corresponde a necessidades práticas da guerra de movimento, e que conhecem todos os que viveram a vida de médico militar em campanha. Sugerida para o ataque, tantas vezes feita com o dispositivo em profundidade típico alemão, não deve ser menos útil na retirada, de que os alemães começam a ter experiência nesta guerra... Talvez mesmo esteja à altura do elegante jôgo de escalões da manobra em retirada, que não ofereceria dificuldade alguma de execução prática, se fôsse possível um acordo e ensaio prévio com o inimigo...

— O aligeiramento do *Kriegslazarett* está certo, pela mesma ordem de idéias... dinâmicas.

— Não ficámos absolutamente convencidos da pouca utilidade das viaturas técnicas especializadas, particularmente no que diz respeito a grupos cirúrgicos automóveis, serviços estomatológicos, laboratoriais e higiénicos funcionando nas próprias viaturas auto.

— O S. S. alemão, na parte de higiene, embora esteja bem, não atinge a perfeição do S. S. inglês... A Cezar o que é de Cezar!

— *Concordamos 100% com o indiscutível espírito, 100% médico e 100% militar, do S. S. do Ex. alemão,* e com o orgulho com que *tôdas* as notabilidades médicas civis envergam, em tempo de guerra, o uniforme de médico militar. É que, em todos os climas, e com tôdas as ideologias políticas, o médico militar só tem que sentir, como dizia Kant, *a voz férrea do dever dentro do seu coração.*

Disse.

ESTUDO DAS RAÇÕES PARA PRAÇAS EUROPEIAS E INDÍGENAS

Extracto do relatório elaborado pela Comissão oficialmente nomeada pelo Q. G. F. E. da Colónia de Angola

CAPÍTULO I

ALIMENTAÇÃO DE TROPAS EUROPEIAS E INDÍGENAS EM ANGOLA

O estudo da ração alimentar é de primacial importância. No cálculo duma ração não deve ser só encarado o ponto de vista económico, mas, em especial, o ponto de vista energético.

A alimentação do soldado deve satisfazer às necessidades do adulto em via de desenvolvimento e submetido a um trabalho de intensidade média, durante o período da recruta e serviço de guarnição, e a um trabalho violento, quando em manobras ou em campanha.

Daqui, a necessidade de fixar dois tipos de ração: «ração de guarnição» e «ração de campanha», nos quais os vários elementos constituitivos devem entrar, não só para a reparação dos estragos, mas ainda para atender às necessidades do desenvolvimento do organismo e à diferente intensidade do trabalho exigido.

É necessário não se supôr que se pode, pelo facto de aumentar a ração, exigir mais soma de trabalho. O organismo tem uma capacidade limitada de absorpção; se lhe fornecermos alimentos em demasia, ou os não ingere, ou os não assimila, sendo até o excesso de alimentação prejudicial ao organismo.

Deve também atender-se aos factores climatéricos, pois o organismo tem necessidade dum maior número de calorias, na luta contra o frio e calor.

Portanto, devemos evitar, ao estudar uma ração, que ela peque por excesso ou por *déficit*. Por conseqüência, o regime alimentar deve obedecer às seguintes normas:

1.ª — Deve conter, em justa proporção, os vários alimentos (hidratos de carbono, gorduras, proteicos, água, sáis minerais e vitaminas).

2.ª — Deve fornecer o número de calorias em proporção com o trabalho exigido.

3.ª — Deve permitir variar a sua composição, a-fim-de quebrar a rigidez monótona duma tabela que seja fixada.

4.ª — Deve apresentar volume suficiente, para dar a sensação de plenitude gástrica.

5.ª — Deve conter géneros sápidos e agradáveis ao paladar e ser devidamente confeccionada.

Partindo do princípio adoptado por todos os autores, de que na alimentação devem entrar os alimentos indicados, precisamos fixar as suas quantidades absolutas e relativas.

Duma maneira geral, os vários autores são concordes em fixar os seguintes números:

Trabalho moderado	Gorduras	50
	Hidrato de carbonos	560
	Proteicos	130
	Calorias	3210
Trabalho forte	Gorduras	70
	Hidratos de carbono	600
	Proteicos	150
	Calorias	3630
Trabalho excessivo	Gorduras	85
	Hidratos de carbono	700
	Proteicos	180
	Calorias	4285

Não citamos as quantidades de água e sáis minerais, porquanto êstes elementos podem entrar em proporções variáveis, e em nada influem no valor energético da ração. Contudo, citam os principais autores como quantidades mínimas diárias, os seguintes números:

Água	2,500 kgs.
Sáis	0,020 kgs.

Expostas estas considerações gerais, sôbre o critério que adoptou a Comissão no seu estudo, vamos entrar imediatamente na fixação dos tipos de ração para as tropas Europeias e Indígenas em serviço na Colónia de Angola.

Antes de mais nada, convém fixar o número de calorias considerado como indispensável:

Para um trabalho moderado — 40 calorias por quilo de pêso e nas 24 horas.
Para um trabalho forte — 45 calorias por quilo de pêso e nas 24 horas.
Para um trabalho excessivo — 50 calorias por quilo de pêso e nas 24 horas.

Resolvemos atribuir como pêso médio dum soldado (europeu ou indígena) 70 quilos. Logo, para:

Um trabalho moderado — serão necessárias . . . . . 2.800 a 3.000
Um trabalho forte — serão necessárias . . . . . 3.100 a 3.300
Um trabalho excessivo — serão necessárias . . . . . 3.500 a 3.800

Classificamos o serviço de guarnição, como trabalho moderado, e, portanto, na respectiva ração (ração de guarnição) o número de calorias deve estar entre 2.800 a 3.000 calorias.

Durante os exercícios, manobras e em campanha, o trabalho é mais intenso; logo, deve ser fixada uma ração (ração normal de campanha) contendo o número de calorias que vai de 3.100 a 3.300.

Em campanha, em circunstâncias especiais, quando seja exigido um trabalho considerado excessivo, deve ser instituída uma ração (ração forte de campanha) cujo número de calorias deve oscilar entre 3.500 a 3.800.

Como, porém, nem todos os alimentos ingeridos são completamente assimilados nem completamente queimados no organismo há a necessidade de, ao fazer os cálculos duma ração alimentar, descontar 10% do valor energético da ração.

Nos tipos de ração que propomos tomámos em consideração êste desconto, e, assim, no valor energético de cada tipo de ração apresentado, é preciso entrar com esta correcção.

Para facilidade do nosso estudo apresentamos o seguinte esquema:

CAPÍTULO II

TIPOS DE RAÇÃO

I — Ração de guarnição

a) — Para Indígenas
b) — Para Europeus
c) — única

II — Ração de campanha

1) — *normal*

a) — Para Indígenas
b) — Para Europeus
c) — única

2) — *reserva*

a) — Para Indígenas
b) — Para Europeus
c) — única

3) — *forte*

a) — Para Indígenas
b) — Para Europeus
c) — única

Teve a Comissão a preocupação de estudar, não só os tipos de ração fixados e em vigôr, mas também outros tipos, quer já revogados, quer propostos por Comissões ou entidades idóneas.

Nesta conformidade apresentamos em detalhe o estudo dessas rações, deixando para o final aquelas que julgamos em condições e que propomos sejam postas em vigôr.

I — Ração de guarnição

a) — *Para Indígenas* (fixada pela Portaria 132, de 1925)

Fuba	800 gramas
Feijão	200 »
Peixe sêco	200 »
ou	
Carne	150 gramas
Azeite de palma	30 »
Sal	20 »
Lenha	2 Kgs.

As substituïções encontram-se publicadas, na Determinação 1.ª do Quartel General, na O. F. A. n.º 2, de 1928.

Esta ração, ao ser fixada, teve em vista a sua distribuïção em géneros crús às praças indígenas.

Mais tarde, em 1936, reconheceu-se que êste sistema de fornecimento de géneros crús aos indígenas era deficiente, e, fizeram-se experiências numa unidade de guarnição de Luanda; daí, a determinação do abôno do rancho cozinhado alterando e substituindo a ração normal. Esta determinação consta da Circular 6.362, de Outubro de 1936, e a alteração baseia-se em substituir *10 gramas de azeite de palma por 25 gramas de açúcar*, a que se junta 100 gramas de fuba, constituindo a primeira refeição chamada «Matete».

Portanto a ração acima fica com a seguinte composição:

Fuba	800 gramas
Feijão	200 »
Peixe sêco	200 »
ou	
Carne	150 gramas
Azeite de palma	20 »
Açúcar	25 »
Sal	20 »
Lenha	2 Kgs.

Quadro n.º 1

ESTUDO DA RAÇÃO NORMAL, DA P. P. N.º 132, DE 1925

Géneros	Pêso	Hidratos de carbono	Gorduras	Proteicos	Calorias
Fuba { milho	800	570,8	25,4	89,68	2.944
Fuba { mandioca	800	672,0	3,2	12,0	2.832
Feijão	200	114,7	2,4	36,5	642
Peixe sêco	200	5,1	2,0	74,5	346
ou					
Carne	150	2,0	2,0	32,6	160
Óleo de palma	30	—	29,4	—	273
Sal	20	—	—	—	—
Fuba de milho e peixe sêco	1.250	690,6	59,2	200,68	4.205
Fuba de milho e carne	1.200	687,5	59,2	158,68	4.019
Fuba de mandioca e carne	1.200	788,7	37,0	81,0	3.907
Fuba de mandioca e peixe	1.250	791,8	37,0	123,0	4.093

Quadro n.º 2

ESTUDO DA RAÇÃO DA CIRCULAR N.º 6.362, DE 1936

Géneros	Pêso	Hidratos de carbono	Gorduras	Proteicos	Calorias
Fuba { mandioca	800	572	3,2	12	2.832
Fuba { milho	800	570,8	25,4	89,6	2.944
Feijão	200	114,7	2,4	36,5	642
Peixe sêco	200	—	2	74,5	346
ou					
Carne	150	2	2	32	160
Óleo de palma	20	—	19,3	—	173
Açúcar	25	25	—	—	100
Sal	20	—	—	—	—
Fuba de mandioca e peixe sêco	1.260	711,7	26,9	123	4.093
Fuba de mandioca e carne	1.215	713,7	26,9	80,5	3.907
Fuba de milho e peixe sêco	1.260	710,5	49,1	200,6	4.205
Fuba de milho e carne	1.215	712,5	49,1	158,1	

A ração fixada pela P. P. n.º 132, de 1925, bem como a ração constante da Circular n.º 6.362, de 1936 (actualmente em vigôr), que foram objecto dêstes estudos, devem ser consideradas pelo seu valor energético *rações fortes*, pois que têm em calorias mais 20% que o necessário para o sustento de um homem de 70 quilos produzindo um trabalho excessivo, porquanto, calculando-se em 50 o número de calorias mais que suficiente, há uma grande desproporção entre as gorduras, hidratos de carbono e proteicos.

Contudo, como o organismo tem a possibilidade de transformar os hidratos de carbono e proteicos em gorduras, esta desproporção da quantidade de gorduras em relação aos outros alimentos e ao cálculo de uma ração anticetogénica não traz qualquer inconveniente para o organismo, visto que os indivíduos sujeitos a êste tipo de ração não têm apresentado quaisquer sintomas patológicos provenientes de falta de gorduras, e, àlém do bom aspecto geral que apresentam, em nada tem sido diminuída a sua capacidade de trabalho e resistência aos exercícios físicos, como até têm aumentado de pêso.

Comparando as quantidades dos vários alimentos que compõem a ração, verificámos que estão de harmonia com os números citados pelos principais autores, nomeadamente. Gley, Hedon, Thannhauser, Lapique, Atwater, Rubner, etc., que atribuem as seguintes proporções:

Proteicos	107 gramas (sendo o mínimo 1 gr. por quilo de pêso)
Gorduras	50 a 80 por dia
Hidratos de carbono .	500 a 750 por dia

Em face do exposto, a ração em vigôr, como tipo de ração de guarnição, *é excessiva*, pelo que propomos seja considerada como *ração forte de campanha.*

A constituïção de uma ração de guarnição, contendo o valor energético necessário e suficiente para a manutenção dos soldados indígenas deveria ter a seguinte composição, segundo os quadros que se seguem:

Quadro n.º 3

TIPO 1

Géneros	Pêso crú	Pêso cozinhado	Hid. car.	Proteicos	Gorduras	Calorias
Fuba de milho	700	1.845	499,45	78,47	22,26	2.576
Feijão	100	233	57,38	18,26	1,22	321
Óleo de palma	25	25	—	—	24,5	228
Sal	15	15	—	—	—	—
Peixe sêco	200	200	5,18	74,5	2,04	346
ou						
Carne	150	150	2,08	32,5	2,05	161
Fuba de milho e peixe sêco	1.040	2.318	562,01	171,23	50,02	3.471
Fuba de milho e carne	990	2.268	558,9	129,63	50,03	3.286

Quadro n.º 4

TIPO 2

Géneros	Pêso crú	Pêso cozinhado	Hid. car.	Proteicos	Gorduras	Calorias
Fuba de mandioca	700	1.659	588	10,5	2,8	2.479
Feijão	100	233	57,38	18,26	1,22	321
Óleo de palma	25	25	—	—	24,5	228
Sal	15	15	—	—	—	—
Peixe sêco	200	200	5,18	74,5	2,04	346
ou						
Carne	150	150	2,08	32,5	2,05	161
Fuba de mandioca e peixe sêco	1.040	2.132	650,56	103,26	30,56	3.374
Fuba de mandioca e carne	990	2.082	647,46	61,26	30,57	3.189

TIPO 3

Também se podem substituir 700 gramas de fuba de milho ou mandioca, por 700 gramas de fuba de massango que produzem 2.462 calorias, em nada alterando o valor energético da ração.

Quadro n.º 5

TIPO 5

Géneros	Pêso crú	Pêso cozinhado	Hid. car.	Proteicos	Gorduras	Calorias
Arroz	250	577	185	22,38	1,05	860
Fuba de mandioca	500	1.185	420	7,5	2,0	1.771
Amendoim	75	75	7,5	21,24	35,76	450
Peixe sêco	200	200	5,18	74,5	2,04	346
Sal	15	15	—	—	—	—
	1.040	2.052	617,68	125,62	40,85	3.427

Em virtude da alteração introduzida pela Circular n.º 6.362 de 1936 (substituïção de 10 gramas de óleo de palma por 25 gramas de açúcar, a que se juntam 100 gramas de fuba, para dar a 1.ª refeição «Matete») ter provado bem, e em nada modificar o valor energético da ração, porquanto o número de calorias é sensìvelmente o mesmo, não vemos nenhum inconveniente em que seja mantida esta determinação.

Têm estas rações calorias em quantidade suficiente para as despesas energéticas do organismo e a proporção em que entram os vários alimentos estão de acôrdo com as necessidades orgânicas, fornecendo-se um número superior ao mínimo estabelecido.

Seria de tôda a utilidade, sempre que fôsse possível, introduzir na ração legumes frescos, hortaliça e fruta, não nos parecendo difícil, em virtude do desenvolvimento agrícola da Colónia, a aquisição dêstes produtos.

Esta introdução teria também a vantagem de fornecer vitaminas e alcalinizar o sangue, dando ainda ao indígena uma sensação de maior plenitude gástrica, favorecendo, pela grande riqueza em celulose, as funções digestivas, tornando a comida mais agradável e permitindo variar a monotonia rígida das rações.

SUBSTITUIÇÕES

As equivalências e substituïções só serão permitidas entre quantidades isodinâmicas dos alimentos; e, assim, poder-se-ão fazer as seguintes substituïções:

A fuba de milho pode ser substituída por:

Igual quantidade de fuba de mandioca, de massango ou de arroz nativo.

O feijão pode ser substituído:

Pelo dôbro de batata dôce, massango, de milho ou de tubérculos de mandioca;
Por igual quantidade de arroz nativo, por duas vezes e meia de bananas e seis vezes de legumes frescos.

O óleo de palma pode ser substituído:

Por uma vez e meia de óleo de amendoim, gergelim, ou toucinho;
Por igual quantidade de banha ou azeite de oliveira.

Carne e peixe:

A carne sêca pode ser substituída por uma vez e meia de carne fresca.
O peixe sêco pode ser substituído pelo dôbro de peixe fresco e por 3/4 de carne fresca.

Para mais substituïções, consultar a Tabela publicada na O. F. A. n.° 2, de 1928.

Estas substituïções têm a vantagem de facilitar a confecção das rações, consoante as localidades, a época e a alimentação a que o indígena vem habituado da terra da sua naturalidade.

Quadro n.º 6

II — Ração de campanha

1) — *Normal*

a) — Para Indígenas

TIPO 1

Géneros	Pêso crú	Pêso cozinhado	Hid. carb.	Proteícos	Gorduras	Calorias
Fuba de milho	750	1.977	535,1	84,07	33,85	2.770
Feijão	120	260	68,85	21,91	1,4	385
Óleo de palma	25	25	—	—	25	228
Sal	15	15	—	—	—	—
Peixe sêco	200	200	5,18	74,5	2,04	346
ou						
Carne	150	150	2,08	32,5	2,05	161
Fuba de milho e peixe	1.110	2.477	609,13	180,48	62,29	3.729
Fuba de milho e carne	1.060	2.427	606,03	138,48	62,28	3.544

II — Ração de campanha

2) — *De reserva*

a) — Para Indígenas

Os géneros que devem entrar na composição das rações de reserva devem ter pequeno pêso e volume, e elevado valor nutritivo.

Além disso, devem exigir pouca preparação culinária e fácil e prolongada conservação, para poderem andar no bornal dos soldados, ou nas viaturas, sem se deteriorarem.

Nestas condições, propomos que tenham a seguinte composição:

Quadro n.º 7

TIPO N.º 1

Géneros	Pêso crú	Hid. carb.	Gorduras	Proteicos	Calorias
Fuba de milho	800	570,8	25,4	89,6	2.944
ou					
Mandioca	800	672	3,2	12	2.832
Peixe sêco	250	6,4	2,5	93,1	433
Óleo de palma	30	—	29	—	273
Sal	15	—	—	—	—
Fuba de milho	1.095	577,2	56,9	182,7	3.650
Fuba de mandioca	1.095	678,4	34,7	103,1	3.538

Quadro n.º 8

TIPO N.º 2

Géneros	Pêso	Hid. car.	Gorduras	Proteicos	Calorias
Fuba de milho	800	570,8	25,4	89,6	2.944
Feijão	200	114,7	2,4	36,5	642
Óleo de palma	30	—	29	—	273
Sal	15	—	—	—	—
	1.045	685,5	56,8	126,1	3.859

Qualquer dos tipos apresentados, a título de exemplo, parece-nos que satisfaz amplamente a tôdas as condições exigidas para uma *ração de reserva*, isto é:

a) — elevado valor nutritivo — 3.200 a 3.500 calorias úteis, (pois que se deve descontar 10 % que se não aproveitam), e com as devidas proporções em hidratos de carbono, gorduras e proteicos.

b) — fácil preparação culinária.

c) — conservação prolongada (principalmente a do Tipo 2).

d) — pequeno pêso e volume (idêntico ao tipo de ração de reserva para Europeus, ùtilmente estabelecido para as tropas expedicionárias — instruções aprovadas pela Portaria Ministerial n.º 9.634 — *Diário do Govêrno* n.º 200, 1.ª Série, de 1940).

II — Ração de campanha

3) — *Forte*

a) — Para Indígenas

QUADRO N.º 9

TIPO 1

Géneros	Pêso	Hid. car.	Gorduras	Proteicos	Calorias
Fuba { milho	800	570,8	25,4	89,68	2.944
Fuba { mandioca	800	672,0	3,2	12,0	2.832
Feijão	200	114,7	2,4	36,5	642
Peixe sêco	200	5,1	2,0	74,5	346
ou					
Carne	150	2,0	2,0	32,5	160
Óleo de palma	30	—	29,4	—	273
Sal	20	—	—	—	—
Fuba de milho e peixe sêco	1.250	690,6	59,2	200,68	4.205
Fuba de milho e carne	1.200	687,5	59,2	158,68	4.019
Fuba de mandioca e peixe	1.250	791,8	37,0	123,0	4.093
Fuba de mandioca e carne	1.200	788,7	37,0	81,0	3.907

Esta ração está de acôrdo com as normas que nos têm orientado na fixação das rações.

O seu valor nutritivo, expresso em calorias úteis, oscila por 3.500, número êste que fixámos como máximo para um

trabalho excessivo (50 calorias por quilo de pêso nas 24 horas e para um homem de 70 Kg.)

RAÇÃO ÚNICA

Em virtude das conclusões a que chegou a Comissão encarregada de estudar as possibilidades do emprêgo da cozinha rodada modêlo SIMÕES, (que só poderá funcionar para europeus e indígenas com um tipo de ração única) propomos, depois dos estudos a que procedemos e que fazem parte dêste relatório, que sejam consideradas, como tipos de ração única de campanha, as que propuzermos para as tropas europeias (ração normal de campanha, ração de reserva e ração forte), quando se tenha de confeccionar o rancho na aludida cozinha.

CAPÍTULO III

RAÇÕES PARA PRAÇAS EUROPEIAS

Tal qual como fizemos ao estudar a alimentação das praças indígenas, vamos em detalhe apresentar o estudo das rações em vigôr, quer na Colónia, quer na Metrópole, e, ainda, algumas indicadas por entidades idóneas.

Procurámos aproveitar os trabalhos anteriores e o facto de regeitar alguns não significa da nossa parte menos consideração, mas apenas o desejo sincero de bem cumprir, corrigindo o que houver de defeituoso, sem alterar as grandes directrizes.

I — Ração de guarnição

b) — Para Europeus

(Fixada pelo Regulamento de Abônos a praças de pré de 1914, e aprovada pela Portaria Provincial n.º 107, de 24/1/914).

Nos termos do art.º 70.º e seus números, está determinado que a soma das percentagens na segunda e terceira refeições seja de 260, todos os dias, excepto aos domingos e

quintas-feiras, em que deverá ser de 270, tomando como base as Tabelas n.os 4 e 5, apensas a êste Regulamento.

A Comissão teve o cuidado de estudar uma ração aplicada numa Unidade da Colónia e obedecendo às determinações acima citadas, para poder judiciosamente fazer as considerações que julgou necessárias.

Ao estudar com detalhe a composição da ração ou em hidratos de carbono, gorduras, proteicos e calorias, fizemos uso de duas Tabelas: uma apresentada pelo Dr. Alberto Costa, da Faculdade de Medicina de Coímbra; outra, de Atwater e Bruyant, inserta no livro dos professores Krause e Garré.

Como no decorrer dêste trabalho verificassemos existirem algumas discordâncias entre elas, resolvemos, nos estudos seguintes, adoptar simplesmente a Tabela do Dr. Alberto Costa.

RAÇÃO DE GUARNIÇÃO PARA EUROPEUS, SEGUNDO AS TABELAS EM VIGÔR NA COLÓNIA

QUADRO N.º 10

Géneros	Pêso	Hid. car.	Gorduras	Proteicos	Calorias
Massas	60	43,38	0,42	6,3	202
Batatas	1.200	240,84	1,2	15,0	1.080
Feijão verde	160	11,52	0,32	3,36	64
Hortaliça	600	34,5	1,5	10,5	192
Carne	150	—	6,48	25,27	172
Arroz	60	14,7	—	1,8	66
Feijão	120	73,8	1,86	24,9	400
Bacalhau	90	—	0,9	33,6	153
Chouriço	20	0,06	3,3	3,6	48
Pão					
Azeite					
Banha	—	—	—	—	2.731
Açúcar					
Café					
Vinho					
					5.108

RAÇÃO DE GUARNIÇÃO — TIPO USADO NA METRÓPOLE NOS TERMOS DO D. 12.949, DE 1927

QUADRO N.º 11

Percentagens	Géneros	Pêso	Hid. car.	Gorduras	Proteicos	Calorias
50	Massas	150	108,4	1,05	15,7	507
60	Grão	324	194	14,58	49	1.101
20	Hortaliça	440	25,3	1,1	7,7	140
30	Arroz	84	20,5	—	2,5	92
30	Batata	360	72	0,3	4,5	324
30	Peixe fresco	270	—	1,3	43,2	202
	Azeite	25	—	—	—	—
	Banha	20	—	45	—	405
	Açúcar	30	30	—	—	120
	Pão	500	263	4,7	34,7	1.275
	Vinho	0,3	—	—	—	256
220		2.203	713,2	68,03	157,3	4.422

Verifica-se que tanto as rações em vigôr na Colónia como na Metrópole são *excessivas*, pois o seu valor energético expresso em calorias excede em muito o que está assente como considerado indispensável (2.800 a 3.100 calorias).

A ração de guarnição da Metrópole nem deve, sequer, ser considerada ração forte de campanha, visto que o seu valor energético não está dentro do número de calorias que se atribue para êsse tipo de ração (3.500 a 3.800 calorias).

PROPOSTA DE RAÇÃO DE GUARNIÇÃO PARA TROPAS EUROPEIAS NA COLÓNIA

QUADRO N.º 12

TIPO 1

Percentagens	Géneros	Peso	Hid. car.	Gorduras	Proteícos	Calorias
	Pão	500	263	4,7	34,7	1.275
32	Massa	100	72,3	0,7	10,5	338
27	Grão	150	89,8	6,7	23,2	510
20	Hortaliça	440	25,3	1,1	7,7	140
25	Arroz	70	17,1	—	2,1	77
16	Batata	200	40,1	0,2	2,5	180
25	Peixe	200	—	1	32	150
	Azeite	25	—	25	—	225
	Banha	20	—	20	—	180
	Açúcar	30	30	—	—	120
	Café	15	—	—	—	—
	Sal	15	—	—	—	—
	Vinho	0l,4	—	—	—	256
145		17.65	537,6	59,4	112,7	3.451

Procurámos fazer um estudo das percentagens em vigôr (R. A. P. P. de 1914 — Colónia de Angola e Decreto n.º 12.949 — Metrópole), tendo para isso convertido os géneros que compõem a ração nos números equivalentes a essas percentagens, não tendo conseguido compreender o significado de tais percentagens, visto que não sabemos se se trata de números abstratos, ou se se pretendeu estabelecer qualquer ligação com o valor nutritivo dos vários alimentos, seu pêso ou preço.

Somadas as percentagens dos vários alimentos, verifica-se que a ração que, fisiològicamente, consideramos boa, tem apenas 145 de percentagem, número êste que está muito aquém, quer dos 220 fixados na Metrópole (§ 2.º do art.º 1.º do Decreto n.º 12.949, de 1927), quer dos 260 fixados na Colónia (art.º 70.º do R. A. P. P. de 1941).

A ração cujo tipo consideramos como aquela que deve ser adoptada como ração de guarnição, e que tivemos o cuidado de atrás esquematizar, contém as devidas proporções em hidratos de carbono, gorduras, proteicos, e o valor energético expresso em calorias está de acôrdo com os princípios estabelecidos.

Ao número total de calorias deve descontar-se, como já fizemos referência, 10% para as substâncias não assimiladas.

II — Ração de campanha

1 — *Normal*

b) — Para Europeus

(Fixada pela Portaria Provincial da Colónia de Angola n.º 43, de 22 de Fevereiro de 1918).

Segundo o determinado no seu art.º 1.º, todos os militares terão uma ração de víveres denominada *ração de campanha*, cuja composição é a mesma fixada para a ração de guarnição (260 ou 270 nos termos do art.º 70.º do R. A. P. P., de 1914) acrescida de 250 gramas de pão, 200 gramas de carne ou 80 de chouriço e 2 dl. de vinho.

Nestas circunstâncias, esta ração teria o seguinte valor energético:

Ração de guarnição para Europeus (quadro n.º 10 — pág. 20)		5.108 cal.
Acréscimo nos termos desta Portaria:		
Pão	250 gr.	637 »
Carne	200 gr.	330 »
ou		
Chouriço	80 gr.	162 »
Vinho	2 dl.	128 »
		6.203 »

Pelo exposto, verifica-se que o seu valor energético é demasiado para uma ração normal de campanha, não devendo mesmo ser considerada uma ração forte, visto que, com esta aplicação, é *excessiva*, e, por conseqüência, a consideramos inaplicável.

Em face do que atrás se diz, recorremos ao estudo da ração normal de víveres do Regulamento de Campanha (Instruções para o Serviço de Subsistências), de 1908, cuja composição é a seguinte:

RAÇÃO NORMAL DE VÍVERES DO REGULAMENTO DE CAMPANHA DE 1908

QUADRO N.º 13

Géneros	Pêso	Calorias
Pão	750	1.912
Vinho	4 dl.	256
Carne	500	460
Café	15	—
Açúcar	30	120
Legumes sêcos	150	501
Toucinho	30	152
Sal	15	—
		3.401

O seu valor energético parece-nos ser o conveniente para êste tipo de ração. Contudo, as quantidades dos vários alimentos são, quanto a nós, um pouco excessivas no que diz respeito a pão e carne. Tanto assim é, que os oficiais que fizeram o período das Escolas de Repetição de 1912 verificaram que os soldados desperdiçavam êstes dois géneros.

Possìvelmente por esta razão, nas manobras militares de Tancos, em 1916, foi reduzida a quantidade de pão para 600 gramas.

RAÇÕES NORMAL E FORTE PARA USO NA COLÓNIA DE ANGOLA SEGUNDO UMA PROPOSTA DO CAP. DO S. A. M. JAYME REBELO HESPANHA

(REVISTA MILITAR, DE 1937)

Quadro n.º 14

Géneros	Pêso		Calorias	
	Normal	Forte	Normal	Forte
Café	15	15	—	—
Pão	500	500	1.275	1.275
Legumes sêcos	250	400	835	1.336
Toucinho	30	30	152	152
Sal	25	35	—	—
Açúcar	30	30	120	120
Carne c/ôsso	600	650	552	598 (a)
Massa	200	300	676	1.014
Azeite	40	40	360	360
Vinho	0,5	0,5	320	320
			4.290	5.175

(a) Á carne com ôsso (600 gr.) e (650 grs.) respectivamente, da ração normal e da ração forte, descontámos 20 % para pêso de ôsso.
Êste critério é adoptado em todos os estudos que fizemos.

RAÇÕES NORMAL E FORTE POSTAS EM VIGÔR EM 1940 PARA OS BATALHÕES EXPEDICIONÁRIOS

Instruções aprovadas pela Portaria Ministerial n.º 9.634 — D. G. n.º 200 — 1.ª Série, de 1940.

QUADRO N.º 15

Géneros	Pêso		Calorias	
	Normal	Forte	Normal	Forte
Pão ordinário	700	750	1.912	1.912
Pão ou abiscoitado	700	700	1.890	1.890
Carne de vaca c/ôsso	400	450	368	414
Chouriço de carne	50	50	120	120
Legumes sêcos	180	210	601	701
Toucinho	50	50	254	254
Sal	25	25	—	—
Café	15	25	—	—
Açúcar	30	50	120	200
Batatas	500	600	450	540
Vinho	0,5	0,5	320	320
Pão ordinário	—	—	4.145	4.461
Pão abiscoitado	—	—	4.123	4.439

RAÇÃO NORMAL DE VÍVERES FORNECIDA AOS ITALIANOS NA CAMPANHA DA ABISSÍNIA EM 1936

Quadro n.º 16

Géneros	Pêso	Calorias
Pão	650	1.657
Massa	200	676
ou		
Arroz	170	187
Carne	300	276
Queijo	10	30
Azeite	20	180
Sal	20	—
Açúcar	20	80
Café	18	—
Vinho	2,5 dl.	160
Massa	—	3.059
Arroz	—	2.560
A ração normal diária era acrescida de:		
Banana (diária) 50 gr.		50
Marmelada (2 v. p. s.) 50 gr.		134
Aniz (2 v. p. s.) 1 cl.		—

A ração dada às tropas italianas na campanha da Abissínia sofreu, no decorrer das operações, uma redução.

A primeira ração empregada tinha como valor energético, expresso em calorias, aproximadamente 3.600. A segunda representada, por 3.059 calorias aproximadamente, não contém em nosso entender, nem as quantidades necessárias de hidratos de carbono, gorduras e proteicos, nem o número de calorias que se reputa indispensável, tanto mais que se deve descontar 10 % do valor calórico total, atendendo à incompleta combustão dos vários alimentos no organismo.

RAÇÃO NORMAL DE VÍVERES — PROPOSTA APRESENTADA AOS ALUNOS DA ESCOLA MILITAR, EM 1936, PELO PROFESSOR TEN. CORONEL S. A. M. JOSÉ FERNANDES DUARTE

QUADRO N.º 17

Géneros	Pêso	Calorias
Pão abiscoitado	700	1.890
Carne c/ôsso	450	414
Toucinho	30	152
Legumes sêcos	180	601
Sal	15	—
Café	15	—
Açúcar	30	120
Vinho	0,5	—
		3.497

RAÇÃO NORMAL DE VÍVERES DO EXÉRCITO FRANCÊS

QUADRO N.º 18

Géneros	Pêso	Calorias
Pão abiscoitado	700	1.890
Carne c/ôsso	400	368
Toucinho	30	152
Legumes sêcos	100	334
Sal	20	—
Café	24	—
Açúcar	32	128
Vinho	0,5	320
Aguardente	0,0625	120
		3.312

II — Ração de campanha

1) — *Normal*

b) — Para Europeus na Colónia de Angola

PROPOSTA

TIPO 1

QUADRO N.º 19

Géneros	Peso	Hid. carb.	Gorduras	Proteicos	Calorias
Pão ordinário	600	316,2	5,7	41,7	1.530
Carne c/ôsso	300	—	10,4	40,4	276
Massa	100	72,3	0,7	10,5	338
Toucinho	30	—	14,7	4,5	152
Azeite	25	—	25	—	225
Legumes sêcos	120	73,9	1,9	24,9	400
Batatas	200	40,1	0,2	2,5	180
Sal	25	—	—	—	—
Café	15	—	—	—	—
Açúcar	30	30	—	—	120
Vinho	0,5	—	—	—	320
Banana (1)	50	11	0,3	0,6	50
		543,5	58,9	125,1	3.591
				10 %	359
Valor calórico útil					3.232

(1) O fornecimento de legumes verdes deve ser introduzido na ração sempre que seja possível, visto que tem a vantagem de, não só fornecer vitaminas e alcalinizar o sangue, mas também dar a sensação de maior plenitude gástrica.

II — Ração de campanha

2) — *Ração de reserva e de ataque*

b) — Europeus

TIPO DOS BATALHÕES EXPEDICIONÁRIOS

QUADRO N.º 20

Géneros	Pêso		Calorias	
	Reserva	Ataque	Reserva	Ataque
Pão de guerra	500	500	2.000	2.000
Chocolate	150	150	750	750
Aguardente	—	0,150	—	105
Conservas de peixe	400	400	1.100	1.100
Fruta sêca	—	0,150	—	120
			3.850	4 075

Estas rações, dado o fim a que se destinam, satisfazem.

II — Ração de campanha

3) — *Forte*

b) — Europeus

PROPOSTA

TIPO 1

QUADRO N.º 21

Géneros	Pêso	Hid. carb.	Gorduras	Proteicos	Calorias
Pão	600	316,2	5,7	41,7	1.530
Carne c/ôsso	400	—	13,8	54	368
Toucinho	30	—	14,7	4,5	152
Massa	100	72,3	0,7	10,5	338
Azeite	30	—	30	—	270
Legumes sêcos	120	73,9	1,9	24,9	400
Batatas	300	60,2	0,3	3,7	270
Chouriço	40	0,1	6,6	7,2	96
Sal	25	—	—	—	—
Café	15	—	—	—	—
Açúcar	30	30	—	—	120
Vinho	0,5	80	—	—	320
Banana (1)	50	11	0,3	0,6	50
		74,0	74,0	147,1	3.914
				10 %	391

(1) Vêr Quadro n.º 19, págs. 60.

Ao apresentarmos as propostas de tipo de ração, tivemos a preocupação de esquematizar, a título de exemplo, a composição duma ração dentro das bases consideradas como boas, a-fim-de, não só facilitar o nosso estudo, mas muito principalmente de permitir a sua fácil compreensão, competindo aos oficiais encarregados de fornecer alimentação às tropas a elaboração de «ementas» segundo os princípios apresentados.

Indicámos também as proporções normais, segundo as quais as três categorias de princípios alimentares orgânicos devem ser associados numa ração tomada como tipo; contudo podem-se permitir modificações nestas proporções, isto é, a substituïção duns elementos por outros, dentro de certos limites:

por exemplo — diminuir as gorduras e aumentar os hidrátos de carbono, ou inversamente;
— reduzir a quantidade de proteicos, aumentando a dos hidrátos de carbono; ou, ao contrário, restringir êstes últimos, aumentando os proteicos.

Sòmente, estas substituïções de alimentos devem ser feitas *não pêso por pêso*, mas sim caloria por caloria, quer dizer, quantidades por quantidades equivalentes de energia. Logo, só se podem substituir alimentos isodinâmicos.

Exemplo: — 100 gr. de gordura por 225 de hidrátos de carbono ou proteicos, segundo as leis de isodinâmia de Rubner.

Não foi isto que verificámos nas Tabelas-substituïções, em vigôr não só na Metrópole como na Colónia, não compreendendo mesmo, (tal como o Coronel Médico Dr. Gião, antigo Professor da Escola Militar) o significado das percentagens indicadas nas Tabelas, nem a que critério obedeceram as substituïções, *porquanto essas substituïções não são equivalentes em calorias, isto é, não são isodinâmicas.* (Vêr Tabelas da O. E. n.º 1, 1.ª Série, de 1927, — D. 12.949).

Exemplo:

67 gr. de feijão	— a que correspondem . . .	223 calorias
	são substituídos por:	
330 gr. de hortaliça	— a que correspondem . . .	105 calorias
195 gr. de batata	— » » correspondem . . .	175 calorias
42 gr. de arroz crú	— » » correspondem . . .	145 calorias
42 gr. de arroz cozido	— » » correspondem . . .	46 calorias
45 gr. de massa	— » » correspondem . . .	152 calorias

outro exemplo:

100 gr. de toucinho	— a que correspondem . . .	508 calorias
	são substituídos por:	
150 gr. de carne c/ôsso	— a que correspondem . . .	138 calorias
325 gr. de batata	— » » correspondem . . .	292 calorias
75 gr. de massa	— » » correspondem . . .	253 calorias
111 gr. de feijão branco	— » » correspondem . . .	370 calorias
70 gr. de arroz cozido	— » » correspondem . . .	77 calorias
70 gr. de arroz crú	— » » correspondem . . .	242 calorias

Na Tabela n.º 5 do Regulamento de Abônos a praças de pré, aprovado pela Portaria n.º 107, de 24/1/914, considera equivalentes, para efeito de substituïções — azeite — banha — toucinho.

Ora, reduzindo a caloria, o seu valor energético, temos os seguintes números:

A 100 gr. de azeite ou banha	— correspondem . . .	900 calorias
A 100 gr. de toucinho	— correspondem . . .	508 calorias

Êstes números são mais que elucidativos, pelo que julgamos desnecessário quaisquer considerações.

CONCLUSÃO

Como conclusão, propomos que seja feita uma revisão criteriosa e devidamente fundamentada em novas experiências laboratoriais, às Tabelas actualmente em vigôr.

A COMISSÃO

Paulino Luíz do Carmo
Capitão do Ext.º Q. P.

Fernando Jayme Machado Faria
Tenente Médico do Exército Metrópolitano

José Joaquim Machado
Alferes de Infantaria

Elisiário Garcia Leandro
Alferes de Administração Militar

CÓPIA DO RELATÓRIO DA COMISSÃO QUE ESTUDOU AS POSSIBILIDADES DE CONFECCIONAR RANCHO, PARA UMA COMPANHIA INDÍGENA DE CAÇADORES, EMPREGANDO A COZINHA RODADA MODÊLO «SIMÕES» E A QUE NO DECORRER DÊSTE TRABALHO SE FEZ REFERÊNCIA

O presente trabalho visa — em especial — o estudo das possibilidades de confecção de rancho para o pessoal de uma Companhia Indígena de Caçadores, tendo em vista não só o pessoal Europeu que faz parte do seu efectivo, mas ainda o emprêgo das cozinhas rodadas M/Simões, uma das quais se encontra em experiência na 1.ª C. I. C.

Pessoal Europeu :

Oficiais	5	
Sargentos ou Furriéis	15	
1.os cabos	2	22

Pessoal Indígena :

Cabos e soldados	230	230
Total		252

A ração de tempo de paz do soldado indígena é completamente diferente da do militar europeu. Isto não significa, de forma alguma, que o soldado indígena regeite a ração do europeu, mas simplesmente que se consegue fazer face às suas necessidades de alimentação empregando uma ração mais barata, menos complexa e também de mais fácil transporte e aquisição.

Vive-se portanto num ambiente de economia, baseado sobretudo num melhor aproveitamento e adaptação dos recursos da Colónia às exigências dos serviços de alimentação dos efectivos nas fileiras.

Se esta é, como se acaba de dizer, completamente diferente para Europeus e Indígenas e se, por outro lado, a cozinha rodada apenas dispõe dum caldeiro para confecção de rancho, fácil é concluir que a preparação da ração de

campanha cozinhada, para todo o efectivo da Companhia, representa sempre uma impossibilidade, quando baseada na utilização dos géneros do tempo de paz.

Parece mesmo que a dificuldade de distribuir rancho cozinhado aos indígenas, com géneros da Colónia, no meio de praças europeias, vem já do antecedente e só assim tem justificação o disposto no artigo 2.º da Portaria n.º 43, de 1918, última palavra sôbre rações de campanha, determinando que a ração cozinhada dos indígenas é idêntica à dos europeus, apenas com percentagens menores, o que aliás constava já do Regulamento de Abônos de 1914, aprovado pela Portaria n.º 107, de Janeiro do mesmo ano.

Estabelecia ainda a Portaria n.º 43, de 1918, com base nos §§ 1.º e 2.º do artigo 80.º do Regulamento de Abônos já mencionado, que a alimentação, quando não cozinhada, era fornecida sòmente em géneros próprios da Colónia e tanto quanto possível regionais.

Reconhece-se pois que a unificação dos géneros usados na alimentação cozinhada de fôrças com efectivos mixtos, isto é, de europeus e indígenas, constitui uma necessidade, reforçada ainda com o facto da cozinha só ter um caldeiro para confecção de rancho.

É certo que, pela legislação citada, se conclue serem os géneros europeus os únicos a empregar em tal unificação; contudo, ela apenas se refere ao caso da alimentação com produtos regionais ser fornecida em género, quando presentemente esta mesma é fornecida cozinhada, embora apenas por fôrça duma Circular dêste Q. G. datada de Outubro de 1936, que bastante convinha legalizar, provocando a publicação do diploma respectivo.

Sendo a alimentação, tanto para europeus como para indígenas, cozinhada, parece que o espírito da Portaria n.º 43 de 1918 se encontra já desatualizado.

Uma certeza, porém, fica sempre de pé: a cozinha rodada M/Simões só permite a utilização dum caldeiro para a confecção dos géneros e, portanto, uma das rações actualmente em vigôr tem de servir como base para o estudo que se está fazendo.

Qual delas oferece maior número de condições favoráveis?

Qual delas melhor satisfaz?

Um grande número de géneros distribuídos às praças indígenas e, em especial, a característica original da sua confecção, representam para o Europeu a mais completa intragabilidade.

Até dentro do próprio meio indígena, grandes são as dificuldades que surgem ao estabelecer para todos o mesmo tipo de ração.

Os do Norte assentam a base da sua alimentação na ginguba e fuba de mandioca; os do Centro, na fuba de mandioca: e os do Sul, na fuba e farinha de milho, sendo comum a todos o arroz, feijão, carne, sal e azeite de palma.

Quando a uns ou outros se tira o prato base — a fuba — e se substitue por género da mesma natureza, mas de origem diferente, como acontece por exemplo com a fuba de mandioca e de milho, grandes são as perturbações intestinais resultantes a quem é imposta a substituïção, não falando já na relutância com que é tragada, não passando às vezes até da simples recepção.

Por outro lado, todo o indígena é guloso pela *comida de branco*, e em especial pela em que entrem o arroz, feijão, batata e massa, havendo mesmo alguns que não dispensam a hortaliça, seja qual fôr a sua natureza, como sucede, por exemplo, com os «bailundos».

Do exposto constata-se que a cozinha rodada M/Simões satisfaz em absoluto, desde que a ração de campanha para europeus e indígenas seja comum, com base nos géneros adoptados para as praças metropolitanas em serviço na Colónia.

De contrário, só uma cozinha com 3 ou 4 caldeiros satisfaz e mesmo assim com alguma dificuldade, por ser impossível a confecção da totalidade do rancho para indígenas durante as marchas, em virtude da fuba carecer de preparação especial, perdendo-se assim a maior vantagem que as cozinhas proporcionam.

Oferece-nos ainda dizer que as cozinhas rodadas M/Simões melhor satisfariam, substituíndo os pneus das rodas por aros de borracha maciços, que oferecem, a nosso vêr, maiores condições de durabilidade, embora com maior atrito à tracção.

Os pneumáticos estão mais sugeitos a acidentes, já pelo calor irradiado da própria cozinha, já pelo aquecimento

contínuo proveniente do rolamento em terrenos arenosos, que predominam em quási tôdas as estradas da Colónia.

Pode objectar-se, para êste caso, que os inconvenientes se atenuam molhando os pneus, mas é de considerar o facto de serem numerosas as regiões que lutam com falta de água, não sendo de aconselhar o desperdício da transportada pelas viaturas apropriadas, e que até convém economizar ao máximo, não falando já na perda de tempo que as sucessivas regas acarretam.

Não pode também a cozinha ser rebocada por uma carrinha.

É necessário empregar uma caminheta, com capacidade para transportar os géneros correspondentes às necessidades mínimas de 3 a 4 dias, e os acessórios de cozinha, convindo ainda adaptar-lhe um pequeno depósito de água, tornando assim a confecção do rancho absolutamente independente de qualquer outra viatura.

Luanda, 9 de Setembro de 1940.

A Comissão: (ass.) *Paulino Luíz do Carmo*, capitão; *José Joaquim Machado*, alferes; *Joaquim Rodrigues de Carvalho*, alferes de administração militar.

BIBLIOGRAFIA

Précis de Physiologie — E. Hédon.
Physiologie — E. Gley.
Tratado de Metabolismo e Enfermedades de la Nutricion — J. Thannhauser.
Lo Stato Sanitário delle Truppe Italiane nel Conflito Etiópico — Prof. A. Castellani, Conte Chisimaio.
Métodos Terapêuticos de las Enfermidades Internas — Krause & Garré.
Enfermagem — Dr. Alberto Costa.
Administração Militar em Tempo de Paz — Cap. M. A. Carvalho.
Un Venticinquenio di Organizazzione Sanitaria in Libia — Prof. Dott. Alberto Giotola.
Apontamentos de Higiene (Escola Militar) — Prof. Coronel Méd. Gião.
Serviço de Subsistências das Tropas nas Campanha Coloniais (Bases para a sua organização e funcionamento em Angola) — Cap. J. R. Hespanha — Rev. Mil. 30/7/937.
Apontamentos sôbre o Serviço de Subsistências em Campanha — Prof. Ten. Cor. J. F. Duarte.

LEGISLAÇÃO

Regulamento para o Serviço de Campanha (II Parte) — Inst. para o S. S.
Regulamento de Abônos a Praças de Pré — P. P. 107, de 1914.
Portaria Provincial n.º 43 de 22/2/918 — B. O. n.º 2, de 1918.
Decreto n.º 41 do Alto Comissário de 1921 — B. O., de 1921.
Decreto n.º 12.949 de 16/12/926 — O. E. n.º 1, de 1927.
Diploma Legislativo n.º 670 de 15/12/927 — B. O. 50, de 1927.
Determinação do Q. G. (Substituïções) — O. F. A. 2, de 1928.
Circular n.º 6.362 do Q. G. F. E. — Outubro de 1936.
Alimentação das tropas em campanha (Port. Minist.), 9.634 — D. G. 200/940.

Livros e Revistas

DA «Revista Española de Medicina y Cirurgia de Guerra», de Dezembro findo, transcrevemos, com a devida vénia, o artigo do ilustre capitão médico do Exército Espanhol Gonzalo Piédrola Gil, intitulado «Sulfamidas e sua aplicação no exército», e que nos pareceu de muito interêsse trazer ao conhecimento dos nossos leitores, não só pela lúcida e bem concatenada exposição do têma, mas também pelo alcance prático que êste farmáco tem já hoje nos meios hospitalares, e pelas novas aplicações com que, dia a dia, se enriquece o seu emprêgo.

SULFAMIDAS-SU APLICACION EN EL EJERCITO

La terapéutica por las sulfamidas, ha entrado de lleno en la práctica médica, estando em pleno auge (los Hospitales consumen varios kilogramos al mes) y muy probablemente en abuso.

Las publicaciones referentes a ellas pasan de varios miles, pero si bien es cierto que se ha escrito mucho, se ha detallado poco.

Prueba de ello es que en algunos países, por ejemplo, en Norte América, se consultó por las autoridades sanitarias del Ejército al Consejo Nacional de Investigaciones (1) para que resumiera y dictara las normas de su aplicación al personal militar y aquel Consejo, basándose en los informes del Comité de Quimioterapia y del Sub-Comité de Enfermedades Infecciosas, así lo hizo.

Por utilizarse en edad adulta, sanos con anterioridad y por onde se defienden mejor, en el que por la disciplina del medio se puede llevar a cabo aquí sistemáticamente, trataremos de esquematizar por enfermedades él o los preparados más recomendados, sus dosis y detalles terapéuticos.

Sabido es, que todos los preparados tienen un núcleo fenólico, y que en posición «para» presentan un grupo amínico y otro sulfamídico, tratándose, pues, de para-amino--fenil-sulfoamida.

Por la substitución de un átomo de hidrógeno del grupo *sulfamídico* por diferentes grupos, se orienta la acción particularmente específica hacia un germen o hacia otro (2 y 3).

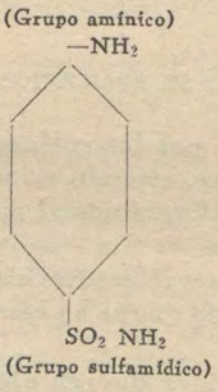
Así las sulfanilamidas tienen mayor poder específico para el estreptococo y meningococo.

Si la sustitución es por un grupo acetilo la acción se acentúa sobre el gonococo.

Si es por un grupo piridínico, se orienta hacia el neumococo y estreptococo.

Si es tiazólico, para el estafilococo, colibacilo, estreptococo.

Si es un nuevo benzosulfamídico o diseptales, sobre el gonococo.



Por ello haremos una clasificación en grupos, basándonos en su composición química, incluyendo en cada uno varios preparados extranjeros y nacionales, y luego al hablar de cada enfermedad nombraremos el grupo, dando de este modo una orientación práctica para que luego se elija por el Médico el producto que se desee.

SULFANILAMIDAS.—Productos *extranjeros*. Prontosil blanco. Gombardol. *Nacionales:* Pental y Neopental. Paramido. Amidosulfol. Azol.

SULFOPIRIDINAS.—*Extranjeros:* Dagenan. Eubasin. Tioseptale. *Nacionales:* Pental-Piridina. Piridazol. Sulfopirazolol. Neumo-Aseptil.

SULFOACETILADOS. — *Extranjeros:* Albucid. *Nacionales:* Pental-Acetilo. Aseptil.

SULFATIAZOLES. — *Extranjeros:* Cibazol. Sulfotiazol. *Nacionales:* Pental-Tiazol y Aseptil-Tiazólico.

DISEPTALES. — *Extranjero:* Uliron y Neo-Uliron.

SULFAMIDOCRISOIDINAS. — *Extranjero:* Prontosil rojo. Neo-Prontosil. Rubiazol.

Insistiremos en que *su uso no puede ser indistinto, pues con ello se pierde mucha eficacia terapéutica,* y como hoy el comercio tiene varios preparados, el Médico debe utilizar el más conveniente.

Respecfo a la *vía de administración,* señalaremos cuando se requiera otra que no sea la oral (que es la de elección), y sólo haremos notar que el objetivo principal será mantener en la sangre una cantidad o concentración que oscile entre 5 y 10 centígramos por 1.000, lo que se consigue bien por vía oral, con dosis fraccionadas cada trés o cuatro horas.

Describiremos el uso de las sulfamidas en las infecciones estreptocócicas, neumocócicas, meningocócicas, estafilocócicas, brucelosis, colibacilosis e infecciones de las vías urinárias por proteus, enfermedades venéreas.

Después haremos unas consideraciones generales acerca de su empleo en: Cirurgía y las Especialidades de Dermatologia, Otorinolaringología, Oftalmología y Odontología (4-5-6-7).

INFECCIONES ESTREPTOCOCICAS

Erisipela. — De elección las sulfanilamidas por vía bocal. Dosis: según el cuadro clínico, 0,50 a 1 gr. cada cuatro horas hasta remisión de la fiebre; después, 3 grs. al día durante una semana. Localmente pomada de sulfanilamida.

En caso de hiperpirexia, gran intoxicación o septicemia concomitante, además del antes dicho tratamiento, dos ampollas de 5 c. c. al 5 por 100 (mañana y tarde), intravenosas o intramusculares, que se repetirán diariamente hasta

la desaparición de la fiebre. No olvidar tónicos cardíacos y vasculares.

Escarlatina. — Elegir la sulfanilamida. Se debe usar como profilácticas de las complicaciones sépticas, pues no actúan sobre los trastornos tóxicos. Dosis: 0,50 gr. cuatro veces al día durante la cuarentena.

Si se trata de una forma tóxico séptica, la dosis inicial será de 6 grs. seguido de 1 gr. cada cuatro horas día y noche, hasta que la temperatura sea normal durante cinco dias. Después, 0,50 gr. cuatro veces al día durante la cuarentena. Utilizar las pulverizaciones en garganta de sulfanilamida y tabletas que se disuelvan en la boca. Asociar la antitoxina específica.

Anginas y faringitis estreptocócicas. — *Angina de Ludwig.* — Cuanto más precoz sea el tratamiento, mejor se evitarán las complicaciones graves.

De elección la sulfanilamida en dosis de 2 a 3 grs. diarios, pero en casos graves, con complicaciones sépticas o mal estado general, las subiremos a 6 grs. por oral y además 2 ampollas diarias de 5 c. c. intramuscular o intravenosa a 5 ó 6 por 100, hasta la caída de la fiebre; continuándose la administración bucal del medicamento.

Disolver en boca, pastillas que lo contengan, pues ejercen una continuada acción tópica. Pulverizaciones en la angina.

Aparte de este tratamiento, utilizar los remedios terapéuticos habituales (calor, gargarismos, etc.)

Meningitis purulenta. — Utilizar sulfanilamida. Dosis inicial: 6 gramos y seguir cada cuatro horas con un gramo día y noche hasta que la temperatura sea normal durante siete días. Después, bajarla a 0,50 grs. cuatro veces al día, hasta diez días, después de lograda la curación clínica.

Si su estado no permitiera la vía bucal, utilizar la intramuscular o la intravenosa (no la intrarraquídea).

Empiema estretocócico. — Más eficaces son los sulfotiazoles y sulfanilamidas. Se hará tratamiento intensivo de 4 a 5 grs. diarios, continuado en dosis de 3 grs. sin interru-

pción hasta esterilización completa del líquido intrapleural *comprobada por cultivo.* Entonces se disminuirá a 1,50 grs., pero continuándolo quince días, pues de no proceder así, las recidivas son frecuentes.

Este tratamiento es compatible con la punción evacuadora, si los síntomas de compresión y desviacion cardíaca y mediastínica la requieren.

Con este tratamiento, la intervención quirúrgica puede considerar-se excepcional.

INFECCIONES NEUMOCOCICAS

Neumonia. — La quimioterapia es tratamiento de elección en ellas, por ser de técnica fácil y económica, no necesitar la determinación del tipo de neumococo y sobre todo por ser muy eficaz.

Se acudirá al sulfotiazol, que causa menos náuseas, vómitos y trastornos mentales que las sulfopiridinas que se utilizaron primero.

En cuanto se haga el diagnóstico se suministrará a la dosis inicial de 4 grs., después 1 gr. cada cuatro horas durante el día y la noche hasta que la temperatura sea normal tres días.

Si el caso es grave y no puede tomarlo por via bucal, se acudirá a la vía intramuscular, utilizando entonces los derivados solubles de las sulfopiridinas, al 33,3 por 100 y en cantidad de 12 a 15 c. c. como dosis inicial, y después, cada seis horas, 6 c. c.; en cuanto se pueda, utilizar la via bucal.

Puede asociarse este tratamiento a la quinina básica y al suero antineumocócico de tipo homólogo, sobre todo, si no obedece al quimioterápico.

Meningitis neumocócica. — Requiere dosis altas para yugular el proceso infectivo y larga duración del tratamiento para evitar recaídas. Es de elección la sulfopiridina a dosis inicial de 4 grs., las seguientes de 1 gr. cada cuatro horas día y noche hasta que la temperatura sea normal siete dias.

En casos graves o si la vía bucal es imposible, utilizar la vía y las dosis que señalamos en el tratamiento de la neumonía grave.

INFECCIONES MENINGOCOCICAS

Meningitis cerebro-espinal epidémica. — No utilizar la vía intrarraquídea, pues aparte de que puede producir secuelas graves, sabemos por los trabajos de Martin, y Hamond (8), que inyectada la sulfanilamida preparado de elección, por esta vía pasa rápidamente a la sangre y, por los de Banks (9) y (10) Allot, la facilidad de paso al céfalorraquídeo de las administradas por vía bucal.

Las dosis inicial es de 6 grs., las siguientes 1 gr. cada cuatro horas, día y noche, hasta que la temperatura sea normal siete días.

La punción lumbar está indicada para el dignóstico y para descompresión cerebral.

INFECCIONES ESTAFILOCOCICAS

De elección los sulfotiazoles. — En los grandes forúnculos y en el antrax, en las linfangitis y celulitis difusas, en osteomielitis y septicemias estafilocócicas, se utilizará en dosis inicial de 4 grs., y luego 1 gr. cada cuatro horas, mientras la temperatura esté alta o haya peligro de propagación de la enfermedad; luego, reducir a 1 gr. cada cuatro horas y continuar así siete días.

Asociar la fomentación caliente, el desbridamiento en cuanto sea necesario y la cura local con polvo e pomadas de sulfotiazol.

BRUCELOSIS

Obedecen bien al tratamiento, tanto las producidas por la B. melitensis, como las originadas por la B. abortus de Bang, teniendo verdadera eficacia y supremacía sobre los varios tratamientos hasta ahora usados.

Acudiremos a la sulfanilamida en dosis de 4 gr. y tomas fraccionadas cada tres horas, hasta dos días después de la caída e de la fiebre, hecho que se presenta del tercero al décimo día; después, 3 gr. durante tres día y 2 grs. durante otros siete.

Si se presentara una nueva onda térmica (cosa rara) puede repetirse el ciclo a la misma dosis.

COLIBACILOSIS E INFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS POR PROTEUS

Elegir el sulfotiazol a dosis de 5 grs. diarios, fraccionados en seis u ocho tomas, cada uno con 0,50 grs. de bicarbonato sódico, prolongadas hasta esterilización de orina, disminuyendo luego progresivamente aquellas dosis.

No utilizarlo en infecciones urinarias producidas por el estreptococo fecal, pues no da rescultado; acudir entonces al ácido mandélico.

FIEBRE ERUPTIVAS: VIRUELA, SARAMPION Y VARICELA

Sólo sirve esta medicación para prevenir las otitis y bronconeumonías, pero no modifican (como se ha comprobado en los casos de viruela aparecidos en España) el curso de la enfermedad.

Se utilizará el sulfotiazol o sulfanilamida en dosis de 3 a 5 grs. y con una duración del tratamiento de diez a quince días.

ENFERMEDADES VENEREAS

Gonococia.—En la blenorragia, si se acude a los diseptales, hay que esperar, para empezar el tratamiento, a que pasen diez a quince días desde la iniciación del cuadro clínico, recomendándose durante ese tiempo la vacunación específica o la simple piretoterapia por Dmelcos. Si se utilizan los sulfoacetilados, sulfopiridinas y sulfotiazoles e el diseptal B, se hace el tratamiento desde el comienzo.

Se asocian con lavados uretrales con antisépticos diluídos: permanganato potásio al 1 por 10.000, rivanol al 1 por 5.000 oxicianuro de mercurio al 1 por 5.000.

Las dosis serán: si se emplean sulfoacetilados, 6 grs. el primer día; 4 grs. durante dos días y 3 grs. durante dos días: Si sulfotiazoles, 6 gramos los dos primeros días, 4 grs. durante dos días y 2 grs. durante otros dos. Si diseptales,

3 grs. durante cuatro días; seis días de descanso y 3 grs. durante cuatro días.

Las complicaciones gonocócicas requieren igual tratamiento que la enfermedad y se asociarán a las terapéuticas accesorias habituales.

Linfogranulomatosis inguinal. — Igual tratamiento que la blenorragia.

Chancro blando. — De elección las sulfanilamidas, que se administrarán a dosis de 5 grs. durante los cinco primeros días para descender a 3 grs. en los ocho siguientes.

Aplicaciones tópicas de polvo de sulfanilamida, dos veces al día.

Si la adenitis inguinal tiene tendencia a la supuración, inyectar dos veces al día 10 cc de preparado soluble y en dos o tres días, se resuelve el proceso.

CIRUGIA

Esta medicación tiene para el cïrujano un doble aspecto: *profiláctico,* por cuanto previene la infección séptica, y *curativo,* como medio de lucha contra una infección localizada, cuya extensión y generalización sea de temer.

De ahí el uso sistemático por vía bucal y en alguna ocasión por vía intramuscular o intravenosa, de los productos de elección, sulfanilamidas y sulfotiazoles, a dosis habituales, como profiláctico en heridas y fracturas, así como también en los que van a ser operados de apendicitis o intervenciones de cirugía pleuro-pulmonar.

Pero hay que considerar también, por su gran interés, la aplicación local de las sulfamidas.

Son los trabajos de Legroux y Niti (11), los que demuestran que tales compuestos no tienen acción nociva sobre las células de los tejidos ni impiden la multiplicación celular de ellos (de gran interés para el proceso de cicatrización), ni dañan a los leucocitos; pero, sin embargo, poseen una marcada acción bacteriostática que paraliza y suspende la reproducción bacteriana y, al detener la esciparidad y llegar el envejecimiento de las bacterias, éstos mueren sin procrear.

Esto no quiere decir que con la aplicación de polvos de una sulfamida en la herida pueda quedar resuelta su evolución, pues también Fiels y Woods, Tremfouel, Nitti y Bovet (12), demostraron que soluciones de peptonas degradadas (y ese papel y composición es el del pus coleccionado, por ejemplo, en herida contusa mal debridada), inhïben la antes citada acción bacteriostática.

De ahí que la eficacia del tratamiento estará en razón directa de la terapéutica quirúrgica y del mayor drenaje posible y también que la terapéutica quirúrgica tiene que seguir siendo precoz, minuciosa, correcta de gran limpieza con gran desbridamiento y escisión y con hemostasia cuidadosa.

La guerra y las movilizaciones actuales confirman el beneficioso empleo de ellas en varios aspectos, desde la impregnación del apósito de cura individual con ellas, en incluso la ingestión de comprimidos por el herido, que lleva dicho paquete (13), hasta su espolvoreo en heridas de guerra, como profilácticas de las tardíamente gangrenosas; desde su uso en pomadas con aceite de hígado de bacalao en panadizos, abscesos, etc., hasta el espolvoreo de 10 a 18 grs. de ellas en cavidad peritoneal por Mayo y Miller, que en 55 casos de peritonitis difusa por ruptura de absceso apendicular, intervenidos en el hospital de Rooselwet (14), en Nueva York, no tuvieron ninguna muerte.

Así Desplat (15) cita los buenos resultados en las heridas de guerra, de las incisiones amplias seguidas del espolvoreo con sulfamidas, aparte del empleo «per os» de las mismas; Jensen, Srud y Nelson (16) en 39 casos de fracturas complicadas, después de reducidas y reguladas, espolvorea aquéllas y no se presenta infección primaria en ningún caso, y Hodson y Mc. Kee, en heridas infectadas causadas por bombardeos aéreos (anfractuosas, con tejidos muy contusionados cuerpos extraños, etc.), coinciden en los beneficiosos efectos conseguidos con su uso (17).

Pero como la especificidad de su acción terapéutica es distinta en los varios preparados, el valor de *examen bacteriológico* es grande (Monod y Chaisse, 18), y así, por ejemplo en heridas sucias, cuando se encuentre la asociación de estreptococos y Cl. perfringens, que conducen rápidamente a

la gangrena, la indicación es mayor tanto de la aplicación local como de la ingestión. Y según el examen bacteriológico, debemos acudir:

A sulfanilamidas, si el examen señala estreptococos y clostridium perfringens.

A sulfopiridinas, si el examen señala clostridium septicus.

A sulfotiazoles, si el examen señala estafilococo.

Este tratamiento quimioterápico puede asociarse a las antitoxinas y sueros específicos.

OFTALMOLOGIA

El pronóstico, hasta hace poco, sombrío, de la *conjuntivitis y oftalmia blenorrágicas*, en el medio militar, ha cambiado con esta medicación.

Se acudirá a un tratamiento enérgico con sulfoacetilados en dosis de 4 a 5 grs. durante dos dias y continuar con 3 grs. durante los dos siguientes y 1 gr., dos o tres días, hasta nn total de 20 grs. en la primera semana del tratamiento. Asociar el tratamiento local con pomada sulfotiazol, que se continúa en la segunda semana, en que descansa de la vía oral, para en la tercera semana repetir la serie (19).

En *iritis* y *uveitis* septicas, administrar sulfanilamidas en dosis de 3 a 5 grs. durante cuatro a cinco días y continuar con 1,50 grs. al día durante dos o tres semanas.

OTORINO-LARINGOLOGIA

No insistiremos en las anginas, de las que ya hablamos.

En casos de *otitis* agudas, utilizar sulfanilamidas a dosis de 3 grs. diarios; si a las veinticuatro o cincuenta y ocho horas, no remite, hacer paracentesis y un frotis del exudado, para ya, sabiendo el germen causal (sulfanilamida, si es estreptococo; sulfopiridina, si es neumococo), usar la sulfamida correspondiente.

En la otitis media supurada es beneficiosa la utilización tópica en pomada o polvo.

En *mastoiditis, sinusitis y meningitis otógenas*, utilizarán aquéllas con dosis inicial de 6 grs. seguidas de 1 gr. cada

cuatro horas día y noche, hasta que la temperatura haya sido normal siete días.

El tratamiento conservador de las mastoiditis ha tomado gran predicamento con el uso de las sulfamidas. Asociado al calor, vacunoterapia, etc., permite que el hueso establezca una barrera defensiva y que la infección pueda ser vencida (Fisher, 20).

DERMATOLOGIA

Hemos hablado de la erisipela, chancro blando, etc., que se estudian en esta especialidad, así como también de los forúnculos, antrax, etc.

Recordemos que los impétigos, eczemas impetiginizados, piodermitis ulcerosas y vegetantes, ectimas, úlceras fagedénicas y, en general todas la estreptodermias, son curadas o mejoradas por estos compuestos.

En ellas se utilizan cada vez más los preparados de cura local, bien en pomadas o en polvo. Recordemos que los sulfotiazoles tienen la ventaja de que secan las heridas o lesiones, más que los otros preparados, por lo que los apósitos al no empaparse o imbibirse, no sirven de medio de cultivo.

ODONTOLOGIA

Como profiláctico y en el tratamiento de alveolitis y fracturas abiertas de maxilares, se recomienda la sulfanilamida y el sulfotiazol.

Igualmente se utiliza para el tratamiento de gingivitis banales y traumáticas, estomatitis aftosa, fuso-espirilar, medicamentosa, úlcero-membranosa y las que se presentan en enfermedades infecciosas. Las dosis usadas son las habituales.

BIBLIOGRAFIA

1. *Commitée Chemother. A. other Agents.* Journ. Am. Med. Ass. 116. 513-517. Febrero 1941.
2. LONG, PERRI Y BARRY. — Ann. Inter. Med. 13, 3, 487. 1939.
3. LONG. — El Farmacéutico, 7, 22. 1940.
3. bis. LONG Y BLISS. — *The clinical and experimental use of sulfanilamida, sulfapirydinine, and allied compounds.* New-York. Mac Millen Comp. 1938.
4. *Sulfamidoterapia: lo teórico y lo práctico del tratamiento de las infecciones.* Sociedad General de Farmacia. 1941.
5. *Bases Químicas y Farmacológicas para la aplicación terapéutica de las sulfamidas.* Sociedad Española Fármaco-Terapéutica. 1941.
6. LORENZO VELASQUEZ. — *Recientes avances en terapéutica.* 1940.
7. El mismo. — *Terapéutica sulfamidada.* Rev. Esp. de Farmacología y Terapéutica, página 249-259, núm. 1. 1941.
8. MARTIN, PAUTIER, NOUAILLE Y HAMMOND. — Presse Med. 48. 1940.
9. BANKS. — Lancet, 2. 7-13, 2 julio 1938.
10. ALLOT. — Lancet, 2. 13-14. 2 julio 1938.
11. LEGROUX Y NITTI. — Acad de Chirurg. 13 noviembre 1940. Presse Medical, 93-94. 960. 1941.
12. TREFOUEL, NITTI, BOVEL. — Ann. Med. Chir. 3, 61, 1938.
13. PIEDROLA Y ORENSE. — *Material Sanitario: sus modificaciones.* En publicación en la Revista «Ejército».
14. MAYO Y MILLER. — *Proc. Staff. Meet.* Mayo Clin. 15. 609-611. Septiembre 1940.
15. DESPLAS. — Presse. Medical, 95-98. 980. 4 diciembre 1940.
16. JENSEN, SRUD Y NELSON. — *Surgery.* 1. 12 julio 1939.
17. HOSSON Y MC. — KEE. *Brit.* Med. Journ. 3 julio 1940.
18. MONOD Y CLAISSE. — Presse Medicale, 95-96. 980. 9 diciembre 1940.
19. ARRUGA H. — Semana Médico Española, 9. 304. 1940.
20. FISHER. — Zchrft, Aerztl, Fortb, 12. 1938.

Secção bibliográfica

OBRAS ADQUIRIDAS PARA A BIBLIOTECA DA D. S. S. M. NO 2.º SEMESTRE DE 1936

TÍTULO DA OBRA	N.º de exemp.	AUTOR
Tratado de Patologia Médica (Tomos I e II)	2	*G. v. Bergmann e diversos.*
Moderno Dicionário da Língua Portuguesa	1	*Francisco Torrinha.*
Alguns aspectos clínicos de «Las Heridas por armas de fuego»	1	*Dr. Manuel Bastos Ansart.*
Guia para os trabalhos de tática sôbre a carta e no terreno	1	*Capitão J. V. Correia Guedes.*
«Infantaria» Novas conferências na Direcção da Arma (contendo: os serviços de subsistências e de saúde na parte que interessa à infantaria)	1	*Prefácio do General Bernardo do Canto.*
Les gaz de combat du point de vue physiologique, médical et militaire	1	*H. Magne et D. Cordier.*
Les gaz de combat — Essai de contribuition à la defense passive	1	*Couillaud Pharmacien-capitaine.*
Manuel de l'Infirmier et du Brancardier militaire (1.ª e 2.ª partes)	1	*Publicação do Ministério da Guerra Francês.*
Idem — 3.ª parte	1	*Idem.*
Elogio histórico do General Alves Roçadas	1	*Por Álvaro de Castro.*
Relatório da Comissão dos Padrões da Grande Guerra	1	*Da Comissão Executiva, ref.ª a 31-12-935.*
Lotnictwo I Medycyna (L'Aviation et la Medecine)	1	*Dr. Stanislaw Konopka.*
Les «gaz de combat» (Leur fabrication-propriétés physiques, chimiques et toxicologiques-Détection et analyse)	1	*André Meyer.*
Défense passive (Prémiéres réalisations françaises)	1	*Louis Simon et Maurice Arnoux.*
Medicina e Medicina Legal e Militare	1	*Dott. Raffaele D'Alessandro.*
Lé Probléme de l'alimentation — Vol. I, II e III	1	*(Societé das Nations).*
Relatório Geral e Estatístico dos serviços de recrutamento, relativos aos contingentes do decénio 1924-1933	2	*Publicação do Ministério da Guerra — 5.ª Rep. 2.ª Secção.*

TÍTULO DA OBRA	N.º de exemp.	AUTOR
Via Ypres	1	*Allan Jobson.*
Food Values at Aglance. La pratique psychiatrique dans l'Armée	1	*V. G. Plimmer, Fribourg Blanc et Gautier.*
Lista geral de antiguïdades dos oficiais do exército metropolitano ref.º a 31-12-1930	1	*Publicação do Ministério da Guerra.*
La difesa della popolazione civil contro la guerra aero-chimica	1	*Ten. col. Guino Pellegrini e magg. Dr. Attilio Izzo.*
Hygiene et Médecine à bord	1	*Pub. par la L. des Sociétés de La Croix-Vouges.*
Manualetto di fisiopatologia e di terapia delle lesioni da aggressive chimici, ad uso dei medeci	1	*N.º 2779 — Pub. Ministero della Guerra (Itália).*
Manuale Sanitario per la Guerra chimica	1	*N.º 2642 — Ministero della Guerra.*
Dietetics for the clinician (2.ª edição)	1	*Milton A. Bridges.*
Il servizio sanitario militare in guerra	1	*Dott. Carmelo Manganaro, tenente colonnello medico.*
L'Administration du Service de Santé Militaire	1	*Pref. de M. le Medecin Général Insp. Morvam.*
Como os prisioneiros portugueses foram tratados na Alemanha	1	*Capitão António Braz.*
Farmacopeia Portuguesa (Edição oficial 1936)	1	*Publicação oficial.*
Infezione cd Infestazioni endemiche ed esotiche	1	*A. Listig.*
History of Medecine	1	*H. Garrisson.*
Vitaminas e Avitaminoses — Série II — Vol. I	1	*Dr. Vicente Baptista.*
Applications Pratiques de la Transfusion Sanguine	1	*Roger Moline.*
Dicionário Terminológico de Ciências Médicas	1	*Dirigido por el Dr. Leon Cardenal.*
La Presse Medicale (ano de 1936)	105	*Publicação Francesa.*
Journal de Chirurgie (ano de 1936)	12	*Idem.*
Archives Médicales Belges (ano de 1936)	12	*Publicação Belga.*
The Military Surgeon (ano de 1936)	12	*Publicação Americana.*
Giornale di Medicina Militare (ano de 1936)	12	*Publicação Italiana.*
Revue du Service de Santé Militaire (ano de 1936)	12	*Publicação Francesa.*
Journal of The Royal Army Medical Corps (ano de 1936)	12	*Publicação Inglesa.*

TÍTULO DA OBRA	N.º de exemp.	AUTOR
«Fidac» (ano de 1936)	11	*Publicação Francesa.*
A Medicina Contemporânea (ano de 1936)	12	*Publicação Portuguesa.*
Portugal Médico (ano de 1936)	12	*Publicação Portuguesa.*
Lisboa Médica (ano de 1936)	12	*Publicação Portuguesa.*
Boletim de Administração Militar (ano de 1936)	12	*Publicação Portuguesa.*
«Infantaria» (ano de 1936)	12	*Publicação Portuguesa.*
Defesa Nacional (ano de 1936)	12	*Publicação Portuguesa.*
História de Portugal	12	*Edição Monumental.*
Revista Militar (ano de 1936)	12	*Publicação Portuguesa.*
Ordens do Exército — 1.ª Série 1936, Idem 2.ª Série 1936	1 col.	*Publicação Oficial.*
Bolêtim Militar das Colónias (ano de 1936)	1	*Publicação Oficial.*
Boletim da Direcção da Arma de Artilharia N.os 1, 2 e 3 de 1936 (2 exemplares de cada)	6	*Publicação Oficial Direcção A. Artilharia.*
Boletim da E. C. de Oficiais (N.os 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39 e 40) até 1936 (2 exemplares de cada)	8	*Publicação da Escola Central de Oficiais.*
Revista de Medicina Militar (ano de 1935) N.os 1 a 4	4	*Publicação Brasileira.*
Revista de Medicina Militar (ano de 1936) N.os 1 a 3 . . . 7	3	*Idem.*
Revista de la Sanidad Militar (ano de 1935) N.os de Novembro a Dezembro	2	*Publicação da República Argentina.*
Idem (ano de 1936) N.os de Janeiro a Novembro	11	*Idem.*
Revue de Medicine Militaire (ano de 1935)	4	*Publicação Iougoslavie.*
Idem (ano de 1936)	4	*Idem.*
Bulletim Mensuel Office International d'Hygiene Publique (ano de 1936) com 3 Suplementos, N.os 2, 8 e 9	3	*Pub. do Off. I. d'hygiene Publique.*
Boletim da Comissão Superior de Edução Física do Exército (Janeiro a Junho de 1936)	6	*Publicação Oficial.*
Relatório Estatístico da Agência Militar (ano de 1933-934)	1	*Idem.*
O Serviço de Inspecção de Toleradas (ano de 1935)	1	*Por A. Tovar de Lemos.*
Dispensário de Higiene Social (Relatório de 1935)	1	*Idem.*
Profilaxia da blenorragia no homem	1	*Emílio de Tovar Faro.*

TÍTULO DA OBRA	*N.º de exemp.*	*AUTOR*
Annaes do Hospital Central do Exército . .	1	*Publicação do Ex.º Brasileiro.*
Contas Públicas (Rep.ª Portuguesa) (ano de 1934-935)	—	*Publicação do M. das Finanças.*
Boletim do Comissariado do Desemprego (ano de 1935) N.ºs 7 e 8	2	*Publicação do M. das Obras Publicas.*
Boletim do Comissariado do Desemprego (ano de 1936) N.º 9 Janeiro a Março — N.º 10 Abril a Junho — N.º 11 Julho a Setembro — N.º 12 Outubro a Dezembro . . .	4	*Idem.*

Notas e Notícias

Concluimos hoje a publicação da relação dos oficiais do Serviço de Saúde Militar que estão prestando serviço nas ilhas Terceira e do Faial.

TERCEIRA

Chefe da Repartição do S. S. da Terceira — Tenente-coronel médico, da reserva, Manuel de Sousa Menezes.

Hospital Militar da Terceira — Tenente médico José da Costa Madeira, tenente miliciano médico José Teixeira Filipe da Costa, tenente miliciano médico José Jacinto Cutileiro, alferes milicianos médicos Viriato Machado da Costa Garrett, Jorge Medina Monjardino, Fernando Ramiro L. S. Bandeira de Lima e alferes miliciano graduado médico César Gadanha Freire de Andrade.

Director do Hospital Militar da Terceira — Capitão médico Nicolau José de Bettencourt.

Repartição do Serviço de Saúde — Capitão médico Pedro da Rocha Santos e tenente médico Luíz Filipe Colaço.

R. I. 17 — Capitão médico Jaime Samuel Castanheira Alves e alferes miliciano médico Augusto Pamplona Monjardino (C. I. C.)

Núcleo 2 da F. C. E. (depósito de Reabastecimentos) — Tenente farmacêutico Miguel Barcelos da Silva Maia.

Comando, formação e provisor do H. M. T. — Tenente do Ext.º Q. A. S. S., António Joaquim Canhoto.

C. I. C. — Alferes do Q. S. A. E., José de Paiva Rodrigues.

FAIAL

Chefe da Repartição do S. S. do Faial — Major médico José Gomes Estima.

Adjuntos — Tenentes médicos Manuel Dias Costa e João José Leite de Abreu Novais.

Director do Hospital Militar do Faial — Capitão médico Mário de Paxiuta e Quina.

Assistentes e adjuntos — Tenente médico Humberto dos Santos Rocha, tenentes milicianos médicos António A. Carneiro de Moura, Jorge A. da Silva Horta, João G. de V. Morais Sarmento, António D. Rendas, José A. Pinto da Rocha e David M. Benoliel; alferes miliciano médico Vasco da Silva Loureiro, tenente farmacêutico António Manuel de Matos V. e Campos, tenente do Ext.º Q. A. S. S., Firmino Luz e alferes do Q. S. A. E., Manuel Coelho.

R. I. n.º 8 — José Nevill de A. P. Cunha Saavedra.

REPÚBLICA PORTUGUESA

MINISTÉRIO DA GUERRA

BOLETIM

DA

DIRECÇÃO

DO

SERVIÇO DE SAÚDE MILITAR

(PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL)

5.º ANO

N.º 2

LISBOA
1942

REPÚBLICA PORTUGUESA

MINISTÉRIO DA GUERRA

BOLETIM

DA

DIRECÇÃO

DO

SERVIÇO DE SAÚDE MILITAR

(PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL)

5.º ANO

N.º 2

LISBOA
1942

S U M Á R I O

O NEURO-PSIQUIATRA MILITAR
SUA ACÇÃO EM TEMPOS DE PAZ E DE GUERRA
pelo Tenente-médico, Professor Diogo Furtado

O PENSO INDIVIDUAL E O GARROTE
pelo Tenente-médico Luiz Macias Teixeira

LIVROS E REVISTAS

SUMÁRIO DAS REVISTAS

SECÇÃO BIBLIOGRÁFICA

NOTA DA COMISSÃO REDACTORA: As afirmações e opiniões expressas nos trabalhos originais insertos no *Boletim* são da Responsabilidade dos respectivos autores.

Composto e Impresso na Tipografia da Liga dos Combatentes da Grande Guerra
: : : : Calçada dos Caetanos, 18 — LISBOA — Telefone 2 1450 : : : : :

O NEURO-PSIQUIATRA MILITAR
SUA ACÇÃO EM TEMPOS DE PAZ E DE GUERRA

Fragmentos de uma palestra proferida em Abril de 1939
no Hospital Militar Principal, pelo tenente-médico
Professor DIOGO FURTADO

O tema da breve palestra que vão ouvir foi-me determinado pela Direcção do Serviço de Saúde Militar. Procurarei desenvolvê-lo sintèticamente, de molde a dar aos Ex.^{mos} oficiais médicos que acompanham estas palestras a noção do que deve ser a especialização do neuro-psiquiatra militar.

Efectivamente, o tema propôsto, abstraindo do papel e importância da neuro-psiquiatria em geral, e limitando o nosso estudo à acção do neuro-psiquiatra militar, visa sobretudo a justificação dos conhecimentos especiais que deve possuir êste especialista de carreira. Será pois sob êste aspecto e não sob o da importância militar da neurologia e da psiquiatria, já por mim versado noutras conferências, que eu abordarei o tema propôsto.

A justificação da existência de uma neuro-psiquiatria militar é, digamos assim, o corolário da justificação da existência de uma medicina castrense, como agrupamento autonomo da profissão médica. E, por mais paradoxal que isso parêça, a medicina castrense, estabelecida há tantos séculos pela experiência comum, nascida e criada nos campos de batalha onde a loucura eterna da humanidade verte periódicamente o sangue dos homens, volta a necessitar hoje que justifiquemos a sua existência.

Eis por onde principiaremos: por resumir brevemente a função do médico militar, a imprescindivel necessidade da sua presença para que o mais importante Serviço dos exércitos em acção possa funcionar de modo a tornar eficaz essa acção.

O médico militar, afirmêmo-lo com clareza, não é um médico qualquer a quem se veste uma farda e paga um soldo para fazer um serviço que qualquer outro médico poderia desempenhar. Pelo contrário: o médico militar exerce funções extremamente especializadas, às vezes de grande delicadeza, que demandam conhecimentos e prática privativos da sua função. Além disso, essa função que êle é cha-

mado a exercer, exige da sua parte uma formação mental e moral especificamente desenvolvida, exige que êle se encontre tanto física, como espiritualmente, integrado na grande unidade militar e efectiva que deve ser o Exército. Só o médico que compreende as necessidades militares, a razão de ser dos regulamentos, dos códigos que regem a acção e a honra dos exércitos, aquêle que agrega à sua formação médica uma indispensável formação militar, adquirida através de uma carreira em contacto com tropa, é capaz de preencher cabalmente o papel a que é chamado o médico militar.

Eis pois o que é a medicina castrense: uma especialidade médica para cuja especialização se tornam necessários, além dos conhecimentos médicos, uma educação espiritual e disciplinar que façam do indivíduo simultâneamente um médico conhecedor da sua profissão e um oficial consciente do seu papel militar.

Enumerar as funções específicas do médico militar seria longo e forçosamente fastidioso para quem, como todos os que me escutam, oficiais competentes do Serviço de Saúde do Exército Português, tão bem como eu conhecem as suas funções. Pôr em relêvo a gravidade e a importância de algumas delas não será talvez descabido, tendo em vista o tema de que trato.

Assim, começarei por mencionar o serviço tão especial das Juntas. Demandam estas sempre, nas decisões dos múltiplos casos que se lhes apresentam, um critério que só o conhecimento das necessidades do serviço permite ter. Desde a simples aptidão de um mancêbo para a instrução de recruta até aos casos complexos de incapacidade, ao julgamento da relação de certas lesões com o serviço, escalonam-se um sem número de problemas que só podem ser resolvidos por quem, além das lesões, conheça profundamente o serviço.

O papel destas juntas, se é, em tempo de paz, fundamental para a disciplina e boa organização do Exército, torna-se ainda mais importante em tempo de guerra, quando as juntas são chamadas a desempenhar a parte mais importante da função do Serviço de Saúde em campanha, ou seja a da máxima recuperação de efectivos.

A acção das juntas de inspecção leva-nos a falar noutra função do médico militar, função esta que constitue hoje apanágio quási exclusivo da medicina castrense: refiro-me ao reconhecimento da simulação e da dissimulação. Ambas as formas de fraude são freqüentíssimas no Exército. A simulação é, em regra, apanágio das praças que procuram furtar-se ao serviço. Em tempo de paz é, geralmente, tentada por indivíduos de escassa mentalidade, as mais das vezes mesmo por oligofrenicos, o que a torna de fácil despiste. Em tempo de guerra, um certo número de simulações, exercidas então já por indivíduos hábeis, podem trazer consideráveis dificuldades: cito, para exemplificar, a da ictericia, produzida pela injecção de àcido picrico, simulando a espiroquetose de Weill, tão freqüente em campanha, e a constituída pelas mutilações voluntárias feitas com certas precauções, muitas vezes impossíveis de distinguir das verdadeiras feridas de guerra.

A prática do médico que observa tem na descoberta destas fraudes uma importância decisiva. O simulador, que prevarica para fugir ao combate, apresenta sempre um estado psíquico especial, cuja principal componente é a anciedade. O médico militar identifica, pela sua prática, êste estado, com muito mais facilidade do que qualquer outro médico habituado, por sistema, a partir sempre do lado positivo da Medicina.

A dissimulação constitue hoje, para o médico militar, um problema pelo menos tão importante como a simulação. Parte em geral de indivíduos que são presentes a juntas para efeitos de promoções ou readmissões e que, sabendo-se portadores de uma tara mórbida, procuram encobri-la. A situação é, portanto, análoga à do indivíduo que procura, sabendo-se doente, obter um seguro de vida. Ainda mais nêste caso a educação militar do médico me parece necessária: só ela lhe pode dar a inflexibilidade na aplicação dos regulamentos, a consciência do seu dever de defender o Exército.

Uma outra função que, em tempo de paz, reputamos específica do médico militar, isto é, que só pode ser desempenhada com êxito por um médico militar, é a função aparentemente tão simples de médico de unidade. É um

êrro supôr que o médico do regimento se limita a atribuir convalescenças e a despachar para o Hospital as praças doentes. É muito mais complexa a sua função: direi mesmo que é dela, fundamentalmente, que depende a organização e o funcionamento, bom ou mau, conforme ela fôr desempenhada, de todo o Serviço de Saúde Militar.

O médico da unidade acompanha os homens na dura provação da sua instrução militar: colabora nesta, na parte que lhe compete, com a restante oficialidade do regimento; despista de entre os recrutas aquêles que por insuficiente mentalidade não serão capazes de aprender o mínimo indispensável e, mais ainda, aquêles que, por anormal constituïção psíquica, se mostram incapazes de uma adaptação correcta à disciplina do Exército, encaminhando-os para o especialista e evitando assim que prisões e tribunais regorgitem de indivíduos que expiam penas atribuíveis ùnicamente à inaptidão; zela pela higiene do seu agrupamento militar, privando com êle de perto, de modo a conhecer-lhe as necessidades: auxilia com o seu saber os oficiais e graduados velando ao mesmo tempo pela saúde dêles e pela manutenção da sua capacidade para o serviço.

Mais do que o clínico hospitalar, tanto como aquêle que ocupa cargos de junta ou de direcção, carece o médico da unidade de um alto espírito militar para bem poder desempenhar o seu papel e servir nêle o Exército.

Muito mais haveria a dizer sôbre as tão múltiplas funções do médico militar em tempo de paz; urge, porém, que eu aborde o tema da minha palestra e não quero fazê-lo sem me referir à mais importante acção do médico militar ou seja à sua acção durante a guerra.

A guerra, hoje e sempre, é, digamos, um mal inevitável (1). Aquêles que se iludem pensando que o seu país, seja êle qual fôr, se encontra ao abrigo da catástrofe bélica, despertarão do seu sonho no fragor dos combates. Porque a guerra, fenómeno que periòdicamente sobrevém na história da humanidade, é a resultante de várias condições materiais

(1) Estas considerações foram, lêmbremo-lo, redigidas antes da eclosão da actual guerra.

e psíquicas, inerentes à personalidade humana e, como tais, inevitáveis.

Deixemos ao sociólogo os factores de ordem material, resultantes das deploráveis condições de vida que, cada vez mais, afligem os povos, e ocupemo-nos um pouco, em bom psicólogo, dos factores espirituais que fundamentam a nossa asserção.

Cada agrupamento humano, como cada homem, contém no seu subsconsciente colectivo um certo número de pulsões instinctivas que conduzem à agressividade. Esta agressividade não é outra coisa senão a metamorfose de ligações sexuais inconscientes, tendências libidogéneas da infância, que a escola psicanalítica tão bem dissecou. O consciente do homem, ou do povo, múltiplo do homem, reprime e contém estas tendências, que têm como válvula de segurança o trabalho, o êxito individual ou colectivo, através dos quais elas momentâneamente se expandem. São tais pulsões instinctivas para a agressividade que explicam os fanatismos ideológicos, as atitudes reivindicadoras de certos povos, as paranoias colectivas que a história tantas vezes regista.

A explosão brusca desta agressividade subsconsciente conduz à guerra. Existem, evidentemente, factores materiais que facilitam a eclosão de tais tendências: mas a guerra tantas vezes inexplicável só por essas condições materiais, é muito mais fruto daquelas do que destas.

É exemplo frisante desta doutrina o que presentemente se passa na Europa. A guerra de 1914-18, explosão inaudita dessa agressividade contida, esgotou completamente tôdas as tendências agressivas dos povos. Como conseqüência dêsse esgotamento, surgiu uma verdadeira necessidade de ligações entre os estados, de autêntico fundo libidogéneo: nasceu a Sociedade das Nações, sucederam-se os Locarnos, surgiu o paneuropeismo de Briand.

Duraram estas tendências pacifistas emquanto durou o período de esgotamento. Os anos passaram, e o que vemos nós? Outra vaga de agressividade atinge a pobre Europa. Cada problema, cada incidente, que durante o período de esgotamento seria fácil objecto da diplomacia, é hoje uma ocasião para que a agressividade dos povos, mantida sob grande tensão e com extrema dificuldade pelo consciente

colectivo, se manifeste numa mais ou menos violenta liberação.

Desapareceram os ideais colectivos, os humanitarismos, para darem lugar a ideologias privativas de cada povo, disfarces da vontade de poderio de que falava Nietsche.

E a guerra mais uma vez aparece hoje ainda como o inevitável e periódico fenómeno que se repete desde o princípio dos séculos.

Nunca, pois, como nesta hora teve oportunidade o estafado lema romano: «*Si vis pace, para bellum*» — se queres paz, prepara-te para a guerra.

É justamente na guerra que o papel do médico militar mais saliente se torna. Não é no pensar as feridas, no operar os feridos, no executar as transfusões que está a acção capital do médico militar em combate: ela reside precisamente em criar as possibilidades para que tais intervenções se façam. Nessas horas difíceis em que a Nação chama à linha de fogo todo o contingente dos seus médicos válidos, compete ao médico militar chefiar os seus colegas civis, organizar as evacuações — problema capital em combate — preparar os elementos com que hão-de funcionar os postos de tratamento, instalar êstes, chefiar a selecção dos feridos, estropiados e doentes, cuidar da sua triagem e remoção para os centros de evacuação, para formações especializadas ou para a zona do interior.

Esta é, na realidade, a função máxima do médico militar: só êle, com os conhecimentos especiais que deve ter, com o seu contacto permanente com o Exército, é capaz de assegurar o bom funcionamento do Serviço de Saúde.

O valor dêste funcionamento correcto do mais importante serviço do Exército, não é demais encarecê-lo; não só contribue para a rápida recuperação de efectivos, tão necessária à luta, como, mais ainda, influe talvez decisivamente no moral dos combatentes. A certeza de um socorro pronto, de uma evacuação segura, de uma assistência competente, ajuda poderosamente a bem lutar e, quantas vezes, a bem morrer.

Aumentando por tôda a parte, os efectivos dos Exércitos em todos êles aumenta progressivamente o efectivo e o valor do Serviço de Saúde. Há a tendência de

conservar preparados para a luta, não só os organismos directivos superiores, como também as formações secundárias e até, na sua estrutura geral, as formações especializadas. É êsse o motivo porque, entrando agora pròpriamente no tema de que fui incumbido, após versar a nossa organização neuropsiquiátrica em tempo de paz, esboçarei o que penso acêrca da orientação a tomar em caso de guerra.

.....

A última parte da minha palestra ocupar-se-há, pois, dos aspectos especiais da assistência neuropsiquiátrica em tempo de guerra. Deixarei deliberadamente de parte tudo o que diz respeito à psicopatologia de guerra, tão intimamente ligada com os factores afectivos e já detalhadamente tratada por mim numa conferência anterior, feita nêste mesmo local.

Limitarei, pois, as minhas considerações à assistência neurológica ou, mais precisamente, à assistência aos feridos do sistema nervoso.

Sabem todos que a cirurgia dos centros nervosos constitue hoje uma verdadeira especialidade.

Intervenções sôbre o crâneo, a coluna ou os nervos periféricos, exigem o conhecimento e a prática de um certo número de técnicas adequadas, só possíveis de adquirir ao longo de anos de trabalho.

Também, em caso de guerra, existe tôda a conveniência em entregar essa cirurgia a um ou a mais centros de assistência, providos, quanto possível, de pessoal especializado.

Ainda mais, porém, do que a técnica da intervenção, importa actualmente julgar da sua oportunidade. Aos intervencionismos precoces e nefastos dos primeiros tempos da guerra europeia, sucedeu hoje uma atitude quási expectante perante os traumatismos do crâneo ou da coluna, sobretudo perante os traumatismos fechados, cuja freqüência aumentou com o uso dos capacetes de aço.

A maior função do neurologista na guerra consiste em seguir a evolução dêstes traumatismos, diagnosticar as suas complicações, indicar a natureza e oportunidade da intervenção a praticar pelo neurocirurgião. Esta intervenção, nos casos de traumatismos fechados, não deve em regra ser praticada senão vários dias, às vezes várias semanas, como

sucede nos traumatismos da coluna e da medula, após a agressão. Isto permite que o traumatizado seja deslocado, recebidos os primeiros cuidados de ordem geral, para a ambulância neurocirúrgica situada na zona do hospital de sangue ou na zona de evacuação primária.

Com os portadores de feridas do crâneo ou da coluna, a conduta deve ser quanto possível análoga; o tratamento nos postos avançados e no hospital de sangue deve ser limitado ao mínimo indispensável e o ferido, logo que o seu estado geral o permita, deve ser evacuado para o centro neurocirúrgico.

A grande unidade de assistência aos feridos do sistema nervoso deve ser, pois, a ambulância neurocirúrgica. Esta ambulância deve estar situada à retaguarda do hospital de sangue na mesma zona que êle ou na zona dos centros de evacuação primária. Para ela convergem todos os feridos do sistema nervoso e, além disso, todos os portadores de estados psicóticos ou psiconeuróticos, e ainda os suspeitos de simulação, para cujo despiste se torne necessário o exame do especialista.

Após observação e tratamento, serão os feridos evacuados para centros neurológicos, situados na zona do interior, onde lhes serão tratadas as sequelas dos ferimentos e onde farão a sua convalescença. Quanto aos doentes mentais, após prévia apresentação à junta, proceder-se-há à sua remoção para asilos antecipadamente determinados.

A ambulância neurocirúrgica deve ser, pois, objecto de atenção especial no acto da mobilização. Dela farão parte os especialistas no serviço activo do Exército, que terão a seu cargo a organização da ambulância. O pessoal cirúrgico será, quanto possível, escolhido entre os mobilizáveis que na prática civil se tenham dedicado à cirúrgica dos centros nervosos. Com êstes elementos serão constituídas équipes cirúrgicas, reforçadas, em caso de necessidade, por outros médicos com prática de cirurgia, embora não especializados.

Aos neurologistas competirá o estudo dos feridos, a decisão da oportunidade, natureza e sede das operações a praticar. Como se sabe, em muitos traumatismos e feridas crâneocerebrais pode não estar indicada uma intervenção directa, mas antes uma operação a distância, por exemplo, uma des-

compressiva temporal, imposta pelos fenómenos de hipertensão. Só o exame neurológico, coadjuvado pelo estudo do fundo do ôlho e por certas técnicas radiológicas que o próprio neurologista deve praticar, serão hoje capazes de indicar qual a conduta que os nossos conhecimentos presentes aconselham em cada caso de traumatismo ou ferida do eixo cérebro-espinhal.

A necessidade de uma instalação radiológica resalta do que vimos dizendo. No capítulo dos centros nervosos, a radiologia adquiriu ainda, se possível, maior importância do que na restante cirurgia, e o problema da assistência radiológica que se põe para todo o Serviço de Saúde do Exército, põe-se igualmente para a ambulância neurocirúrgica. Tal problema que entre nós não foi sequer, julgamos, aflorado, importa ter preparada durante o tempo de paz a sua resolução, dado que as aparelhagens de que viremos a necessitar nos chegam geralmente de países que nós não sabemos hoje ainda se serão nossos aliados ou nossos adversários.

A solução ideal parece ser a da criação de formações móveis de radiologia, motorizadas, contidas num ou dois camions protegidos. Estas formações seriam anexadas a cada centro de tratamento onde a sua presença se tornasse necessária. Desde que o centro de tratamento (hospital de sangue ou outro) cessasse de funcionar como tal, ou tivesse de ser evacuado, a formação móvel de radiologia recuperaria a independência, sendo dirigida sôbre outro centro onde pudesse continuar a sua acção. Estas formações radiológicas deveriam encontrar-se preparadas ou, pelo menos, projectadas desde o tempo de paz. O material radiológico de que elas viriam a constar poderia manter-se ao serviço nos hospitais militares, conservando-se sempre pronto, porém, a seguir para uma possível frente. As grandes dificuldades que nêste capítulo se depararam à direcção dos Serviços de Saúde do Exército francês nos primeiros tempos da última guerra, tão bem descritas na admirável biografia de Madame Curie, deveriam servir-nos de exemplo. Tal situação seria ainda hoje agravada pela utilidade incomparàvelmente maior que apresenta a radiologia actual no socorro que pode prestar à cirurgia de guerra.

Eis, pois, as necessidades da ambulância neurocirúrgica, principal formação de assistência aos feridos e doentes do sistema nervoso:

pessoal especializado, entre o qual se contariam os especialistas do serviço activo, a quem caberia a organização da ambulância;

material médico-cirúrgico, que poderia ser mobilizado entre o existente na prática civil;

uma instalação radiológica, que deveria ser constituída por uma das projectadas formações móveis de radiologia.

Como centros de evacuação da zona do interior, funcionariam as actuais clínicas neuropsiquiátricas, com os anexos que as circunstâncias obrigassem a atribuir-lhes, e os asilos de alienados do Telhal e Barcelos, para o internamento dos casos psiquiátricos.

Eis, Ex.^{mos} Colegas e Camaradas, numa breve resenha, qual o papel actual do neuropsiquiatra militar e quais as funções que êle poderia vir a ser obrigado a assumir em caso de guerra. Que as considerações pèssimistas sôbre a inevitabilidade psicológica da guerra, feitas no início desta palestra, se verifiquem erróneas, é o voto com que quero terminar.

Oxalá a Providência, grande correctora dos defeitos do homem, se encarregue mais uma vez de demonstrar a falibilidade das leis psicológicas e sociológicas que parecem negar a comunidade humana, poupando à nossa preocupada geração a dura provação de uma guerra.

O PENSO INDIVIDUAL E O GARROTE

Pelo Tenente médico LUIZ MACIAS TEIXEIRA

PODEMOS afirmar, sem receio de contradição, que cada guerra tem a sua fisionomia especial derivada de um conjunto de circunstâncias e de factos, dentre os quais se devem destacar, por um lado, os aperfeiçoamentos que a ciência traz ao material de guerra, e por outro, as modificações de natureza estratégica e táctica que êsse novo material, evidentemente, tem de lhe imprimir.

Sendo pois diferentes, no decorrer dos tempos, o ambiente de guerra das Nações e dos Exércitos, torna-se intuitivo que os Serviços Sanitários dêsses Exércitos e dessas Nações terão de acompanhar a evolução e os progressos realizados nos vários sectores da Arte da guerra e da Ciência Militar, procurando adaptar-se, ao mesmo tempo, às novas situações militares e aos aperfeiçoamentos puramente científicos que o evolucionar próprio da ciência médica justificam ou impõem.

Numa conferência que tive a honra de fazer perante o Ilustre Corpo Clínico da guarnição do Pôrto, e que foi distinguida com a publicação no n.º 2 do *Boletim da Direcção do Serviço Saúde Militar* (1941), dizia eu que «o Serviço de Saúde Militar não pode ficar estático perante o movimento de progresso que se vem notando em todos os capítulos da Arte da Guerra e da Ciência militar...», tendo de se adaptar às novas condições de meio e «variando, não sòmente os seus dispositivos, mas ainda a técnica das suas intervenções segundo as circunstâncias militares...»

Isto leva-nos, claramente, à necessidade de se estudarem as dotações e as cargas do material sanitário, e nomeadamente do de extrema urgência, por forma a mantê-las ou a modificá-las de harmonia com as alterações que os novos processos de combater e os aperfeiçoamentos dos agentes vulnerantes mostrem mais necessários e convenientes, e bem de harmonia com os novos conceitos tácticos que as experiências das últimas guerras nos evidenciaram.

Dizendo de forma mais correcta, e porventura, mais sintética, surge periòdicamente a necessidade de verificarmos

se as cargas de material sanitário estão adaptadas à moderna táctica militar, e à conseqüente táctica sanitária. Eis o motivo que me levou a abordar hoje êste problema dos *«Pensos Individuais e dos Garrotes»* que fazem parte das bolsas de enfermeiro, das de maqueiro e do carro sanitário.

*

Todos sabemos o que é o «penso individual» e o que dêle se pode esperar...

Em resumo, não é mais do que um penso constituído por duas compressas de gaze, ou de gaze e de algodão hidrófilo, tendo uma delas cosida uma ligadura com 5 metros de comprido por 5 centímetros de largo, e estando êste conjunto encerrado dentro de um saco de tela impermeável, que o soldado transporta consigo...

Na sua essência é apenas isto.

Em pormenor, os pensos individuais variam de país para país, utilizando alguns Exércitos pensos simplesmente esterilizados, empregando outros pensos impregnados de substâncias antisepticas, como o vioformio dos pensos suissos e dos nossos pensos actuais, o sublimado, ou ainda as pequenas empolas de tintura de iodo que entre nós se usaram durante muitos anos...

De qualquer maneira, parece provado que a acção antiseptica do penso é diminuta, senão nula...

A ferida de guerra oferece à actuação do médico dois elementos diferentes que exercem, no entanto, uma acção associada.

O primeiro, determinado pela acção directa do projéctil sôbre os tecidos, provocando a sua destruïção imediata, ou a sua alteração, mais ou menos intensa, anatómica ou histológica; o segundo determinado pelos germens microbianos múltiplos, aeróbios, que constantemente conspurcam as feridas de guerra e cujo desenvolvimento poderá realizar-se após uma fáse de latência, maior ou menor.

A acção antiseptica das substâncias que impregnam o penso é, como dissemos, diminuta ou nula, e nunca suficiente

para, só por elas, impedirem êsse temido desenvolvimento microbiano...

Se a concentração ou o poder antiseptico da substância é grande, atacará, ao mesmo tempo, os elementos celulares e os microbianos, provocando nos tecidos, um processo de destruïção idêntico ao que desejariamos que provocasse sôbre os agentes infecciosos.

Diz-nos o capitão médico Gomes Durán, num curioso livro àcerca da «Cirurgia de Guerra» que «a acção dos antisepticos sôbre as bactérias de uma ferida de guerra se não parece em nada com a que se produz num tubo de ensaio».

«Por combinação com os humores que impregnam a ferida, tais antisepticos dão origem à formação de compostos insoluveis, que comprometem mais a vida dos tecidos do que os protejem contra os agentes lesivos...»

Assim chegamos à conclusão que a incorporação de antisepticos nos pensos deve visar mais à conservação da sua asepsia do que, pròpriamente, à manutenção ou à criação de um elevado grau de poder microbicida que — exercendo-se apenas à superfície da ferida, e actuando indistinctamente sôbre os tecidos e sôbre os germens — daria lugar à formação dos tais produtos insoluveis a facilitarem o desenvolvimento dos germens mais profundamente alojados nêsses tecidos, e onde a acção do antiseptico não chegaria.

Êste critério obriga-nos a considerar o penso individual como um bom elemento destinado a resguardar a ferida, evitando ulteriores conspurcações, e exercendo uma acção levemente hemostática e de confôrto moral importantíssimo.

No entanto, a acção conhecida das sulfamidas sôbre os estreptococos, os estafilococos e os colibacilos, levou os médicos militares italianos a aconselharem a incorporacão destas substâncias na gaze dos pensos, empregando-a ainda, não só como preventiva, mas também como curativa, em pulverizações locais.

O «garrote», como todos sabemos, não é mais do que o conhecido tubo de Esmarck, e na sua essência é um tubo de borracha, tendo um gancho de fixação numa das extremidades.

Dizendo de outra maneira: é um tubo constrictor que se deve apertar até que a hemorragia de uma ferida se suspenda.

As qualidades que se pedem a um bom garrote, para uso militar são, como todos sabemos:

a) — Ser bastante largo, para que a constricção se exerça numa grande superfície do membro lesado;

b) — Ser elástico e fácil de aplicar;

c) — Possuir um sistema que permita segurar as suas extremidades;

d) — Ser fácil de conservar nos depósitos de material sanitário.

A todos êstes requisitos satisfaz o nosso garrote, mas o mesmo não podemos já dizer das várias fitas com fivela, ou com pelota compressora, fabricadas de tecido de lona pouco elástico, e destinadas a actuarem apenas sôbre os trajectos vasculares.

Estas fitas com pelota compressora nem têm elasticidade que permita uma boa constricção, nem são normalmente aplicadas por quem saiba reconhecer o trajecto dos vasos e os pontos de eleição a comprimir; além de que, exigindo quási sempre a desnudação da região onde devem ser aplicadas, se tornam de um manejo difícil e incómodo na linha de fogo.

Os compressores de Volkers exercem, em minha opinião, uma acção brutal e muito localizada, não tendo vantagens sôbre os bons garrotes.

Como todos os aparelhos, o garrote tem vantagens e inconvenientes...

É certo que, provocando a paragem de tôda a circulação num segmento de um membro, impede os tecidos de receberem os elementos nutritivos que lhes são indispensáveis; e, por outro lado, exercendo uma acção compressora sôbre os troncos nervosos, pode originar, simultâneamente, perturbações tróficas.

A associação dêstes dois elementos provoca o estabelecimento, nos tecidos isquemiados, de um estado de menor resistência à infecção, criando até um terreno eminentemente favorável ao desenvolvimento dos agentes infecciosos, aeróbios e aneróbios.

Olhado apenas sob êste ponto de vista, o garrote seria um mal, e é, na verdade, um mal necessário e, por vezes, até indispensável.

Teóricamente, a sua aplicação deveria apenas ser feita nos casos de grande hemorragia arterial, ou naqueles em que o penso não conseguisse sustar a perda sanguínea.

Mas a verdade é que, na linha de fogo, não há tempo para proceder à distinção entre hemorragias arteriais e venosas, dos grandes ou dos pequenos vasos; não há tempo para se despir o ferido e verificar-se a gravidade e a verdadeira extensão do ferimento ou dos ferimentos...

Nestas condições, o garrote, colocado até pelos camaradas, surge como uma necessidade urgente e de aplicação rápida.

É certo que as feridas vasculares não são feridas isoladas, aparecendo quási sempre associadas a complexos traumáticos e atingindo indistintamente os tecidos moles e os tecidos duros, o que equivale a dizer que o garrote, só por êle, não constitue um bom penso, não dispensando a protecção da ferida por um penso individual, sempre que o pessoal dos serviços volantes da linha de fogo possa colocá-lo.

Mas, como digo, raramente o pessoal dêstes serviços sanitários está presente no próprio momento em que o homem é atingido, e quando chega, apenas vê um ferido sangrando abundantemente, e tendo já ensopado de sangue os tecidos do vestuário, o que dará à ferida um aspecto de gravidade muitas vezes superior ao real.

O sistema curativo mais rápido e que se lhe depara, de maneira quasi reflexa, é a colocação de um garrote.

Por isso, ao P. S. B. hão-de chegar, em grande quantidade, feridos portadores de laços constrictores absolutamente inúteis, e que aí devem ser levantados sob a vigilância do médico que verificará a necessidade rial do garrote, evitando ou atenuando os seus inconvenientes.

Apesar da acção de bloqueio da circulação arterial e venenosa, da interrupção dos estímulos nervosos, da atricção dos tecidos brutalmente apertados, das condições favorecedoras dos processos infecciosos aeróbios e aneróbios, da possibilidade de formação de tromboses e embolias, etc., todos reconhecem que o garrote consegue salvar a vida de muitos

feridos e que, colocado em boas condições e mantido durante pouco tempo, a sua acção ultrapassa o domínio da simples hemostasia para influir, de modo benéfico, sôbre alguns elementos causadores do choque.

Como sabemos, o choque não é mais do que um conjunto sindromátrico no qual actuam de modos diversos, com intensidades variáveis e mais ou menos predominantes:

1.° — Um complexo nervoso inibitório e depressor;

2.° — Um complexo hemorrágico devido, quer à verdadeira hemorragia externa, quer ao conjunto de fenómenos vaso-motores que—provocando hipertensão, anoxémia, diminuição do volume de sangue circulante, aumento de concentração e de viscosidade, etc. — actua como se houvesse, na verdade, uma outra hemorragia;

3.° — Finalmente, uma acção toxi-infecciosa de dupla proveniência:

a) — dos produtos de proteolise das albuminas musculares contundidas e maceradas que, pela acção dos fermentos, dos leucocitos, etc., se hidrolizam até à formação dos polipeptídeos e dos ácidos aminados;

b) — das toxinas microbianas hipervirulentas libertadas pelos agentes que, nestes tecidos contundidos, encontram condições optimas para o seu desenvolvimento mais ou menos rápido.

O garrote, bloqueando uma região, impede ao mesmo tempo: a hemorragia, a absorpção dos produtos de desintegração muscular e de secreção microbiana, e aínda, ao que parece, a condução de estímulos nervosos depressores, dificultando assim o aparecimento do choque.

Fazendo, dêste modo, o balanço das vantagens e inconvenientes verificamos que, dentro das primeiras horas que seguem a acção vulnerante, êle tem mais vantagens do que inconvenientes; pelo contrário, quando a sua aplicação não seja correcta, e quando actue durante um período superior a duas ou três horas, a sua acção pode tornar-se mais nefasta do que útil.

Posto o problema desta maneira, cabe preguntar: o material de socorro dos serviços volantes da linha de fogo, e no-

meadamente, o material sanitário dos Batalhões e Grupos tinha, recentemente, uma quantidade de garrotes suficiente para as necessidades que podessem surgir nesses escalões?

Nós respondemos pela negativa, apoiando-nos nas razões que passamos a expor.

A análise das estatísticas da guerra de 1914-18, relativas à séde anatómica dos ferimentos, mostra-nos as seguintes percentagens:

Feridos da cabeça e pescoço	15,5 %
» no torax	9,36 %
» » abdomen	4,51 %
» » raquis	3,4 %
» nos membros superiores	31,6 %
» » » inferiores	37,79 %

ou seja a de 69,39 % de feridos dos membros.

São êstes os números que nos dá o General médico Inspector Toubert.

O General médico Inspector Troussaint diverge ligeiramente, indicando a percentagem de 70,2 de feridos dos membros, sendo cêrca de 43 % feridos nas partes moles e 27,2 % nos ossos e articulações.

O Capitão médico Gomes Durán aponta 65 % de feridos nos membros durante a guerra de Espanha, 10 % dos quais seriam poliferidos com três ou mais ferimentos e cêrca de 1/3 com lesões osseas.

Vemos assim que a grande maioria dos ferimentos de guerra são ferimentos dos membros, com ligeiro predomínio nos membros inferiores.

Verificando qual o agente vulnerante mais freqüente, encontramos grandes diferenças de guerra para guerra, e aínda na mesma guerra essas percentagens variam conforme a natureza das acções militares — ofensivas ou defensivas — e conforme o tipo de guerra — de movimento ou de estabilização.

Assim, nas guerras do século passado, verificou-se:

Na da Crimeia (Exército Francês)

Feridas por bala	54 %
» » estilhaço	43 %
» » outros agentes	3 %

Na guerra Franco-Prussiana (1870-71)

Exército Francês:

Feridas por bala	70 %
» » estilhaço	25 %
» » outros agentes	5 %

Exército Alemão:

Feridas por bala	90 %
» » estilhaço	9 %
» » outros agentes	1 %

E, no século presente, na guerra Russo-Japonesa, encontramos:

Exército Russo:

Feridas por bala	86 %
» » granada	14 %
» » outros agentes	0,5 %

Exército Japonês:

Feridas por bala	85 %
» » granada	8,5 %
» » outros agentes	6,5 %

Na guerra BALCANICA (1912-13) a percentagem de ferimentos por bala de espingarda foi de 75 a 80 % dos ferimentos totais.

Na GRANDE GUERRA (1914-18) as proporções foram muito diferentes.

Assim:

Nas fases de movimento:

Feridas por bala	30 %
» » estilhaço	58 %
» » agentes diversos	12 %

Nos períodos de estabilização:

Feridas por bala	16 %
» » estilhaço	76 %
» » agentes diversos	8 %

É muito possível que, presentemente, estas percentagens se encontrem grandemente modificadas.

De facto, o aumento crescente no número de bocas de fôgo de artilharia e de carros, o aumento do número de morteiros, a acção das bombas da aviação, e a guerra de minas, devem ter provocado uma alteração grande nas proporções apontadas, alteração cujo valor rial me não foi aínda possivel avaliar.

Mas, de qualquer maneira, êsse aumento tem de traduzir-se por uma maior quantidade de feridas irregulares, anfractuosas, provocando — não pequenos orifícios punctiformes, como os das antigas balas da infantaria, e aínda das novas balas, quando disparadas a distância conveniente — mas lesões anfractuosas, com grandes lacerações, largas contusões, e até verdadeiras explosões de tecidos, amputações e arrancamentos.

Por outro lado, as velocidades e o aumento de calibres das balas de espingarda vieram dar um maior contingente de ferimentos irregulares, porquanto a acção dêstes projé-

cteis, dentro das primeiras centenas de metros do seu percurso, se assemelha muito à dos estilhaços.

A acção explosiva dos projécteis da infantaria (balas), pode realizar-se por dois mecanismos diferentes, actuando conjuncta ou separadamente... Pode, de facto, a acção explosiva ser devida apenas à força viva do próprio projéctil, embora êste tenha atingido exclusivamente partes moles mas de diferente resistência e diversa elasticidade, opondo, por isso, resistência diversa à expansão do cone de ar ou vento da bala, mas pode tambem ser devida — e na maior parte dos casos assim acontece — à transmissão da fôrça viva que anima o projéctil e que, em parte, é transmitida aos fragmentos de tecido osseo que, como novos projécteis, exercem então os seus efeitos.

Tais fragmentos, irregulares, provocam uma acção a que Gomes Duran chama «verdadeiramente cataclísmica».

Ora estas feridas irregulares anfractuosas, sangrando abundantemente, impõem, quasi sempre, o emprêgo do garrote.

Considerando que um batalhão de infantaria pode perder até 25 % do seu efectivo, ou seja cêrca de 200 homens feridos, e que, muito provàvelmente, entre êsses feridos cêrca de 140 o hajam sido dos membros, dos quais ainda 55 o hajam sido dos ossos e das articulações, não é difícil concluir que, pelo menos de 40 dêstes últimos, possam ser feridos por estilhaços de bombas e que os seus ferimentos, sendo graves, necessitam do emprêgo do garrote.

Mas nem sempre os garrotes podem ser levantados nos postos de socorros do batalhão e, muitas vezes, esta hemostasia terá de acompanhar o ferido até ao Hospital de Sangue, onde poderá ser convenientemente tratado. Isto quer dizer que nos P. S. B. não será possivel recuperar todos os garrotes aplicados pelos enfermeiros e maqueiros, na linha de fogo.

Haveria pois necessidade de um suplemento de garrotes a juntar áqueles que, de facto, seria necessário empregar. Podemos até presupor que 1/4 dos garrotes aplicados terão de acompanhar os feridos para a retaguarda, sendo, por isso, recuperados só muito tardiamente. Isto confirmou apenas a necessidade que houve de se dotar cada Batalhão de Infantaria com um mínimo de 28 garrotes.

Quanto à sua distribuição, achamos muito de harmonia com as necessidades prováveis a que acaba de ser determinada pelas instâncias superiores e que é a seguinte:

3 garrotes transportados em cada uma das bolsas de enfermeiro; 2 em cada uma das bolsas de maqueiro, o que já dá um total de 20 garrotes; e além disso, mais 8 virão a ficar em reserva no carro sanitário, para substituirem os que forem faltando em qualquer das bolsas.

A simples análise dos exemplos colhidos em operações militares passadas e recentes só pode confirmar esta necessidade que houve de se aumentarem as dotações em garrotes nas bolsas dos serviços sanitários volantes da linha de fogo, e, por isso, bem avisada andou, em nosso humilde entender, a Direcção do Serviço de Saúde Militar modificando as antigas cargas de material sanitário dos B. I. e Grupos, já antiquadas, e que de modo algum podiam satisfazer às exigências de uma campanha moderna, reagindo, além de tudo, contra a corrente dos que vinham condenando o uso do garrote. Nós, que desejamos ver claro, não deixamos de dispender algumas horas na meditação que nos merecem, não só as medidas tomadas, mas tambem a análise das que se preconizam, e isto de forma a podermos emitir, segura e modestamente, a nossa opinião, ou a expô-la com clareza sempre que tal nos pareça útil aos serviços que julgamos de tão alta importância no decorrer de qualquer acção militar.

Rapidez e facilidade de colocação, eficácia, acção terapêutica superior aos pequenos inconvenientes que pode ocasionar, tais são as vantágens do uso do garrote.

Poderiamos alongar-nos em mais considerações, mas julgamos haver abordado suficientemente o assunto, sem alarde científico e apenas com o puro intuito de contribuirmos para uma mais eficiente acção do Serviço de Saúde do Exército na emergência de dias sombrios...

dendo utilizar-se indistintamente os preparados de *para-animo-fenil-sulfonamida*, habitualmente, ou os seus derivados (*sulfopiridina* ou *sulfotiasol*), quando haja associações bacterianas, principalmente as estafilococicas e pneumocócicas.

Quanto à amigdalite produzida pela associação fuso-espirilar, ou angina de Pleau-Vincent, bem como nos processos infeciosos produzidos por gérmens anaerobios da amigdala, já os seus resultados não são tão convincentes.

2.° — Os processos septicémicos agudos, produzidos por estreptocócos, em qualquer das suas variedades, incluindo o hemolítico, são influenciáveis, por forma bem evidente, com alta percentagem de bons resultados, e muito maior que a que se obtinha com a terapêutica clássica (sóros, agentes quimioterápicos vários, etc.), empregando, já por via digestiva, já por via parenteral, os preparados salinos da *para-amino-fenil-sulfonamida*.

Quando às septicémias estreptocócicas se associem outros elementos bacterianos, sobretudo os grupos pneumocóco, meningocóco, estafilocóco e colibacilo, deve substituir-se o preparado anterior pelo *sulfotiasol*, cuja acção, além de ser intensa para todos os gérmens citados, não deixa de o ser para o estreptocóco, em qualquer das suas formas, embora em grau menos intenso.

3.° — As formas clínicas de localização secundária da infecção aguda estreptocócica (empiemas pleurais, peritonites, meningites, artrites, etc.) são susceptíveis, numa fase muito precoce, de resolução clínica, baseando o tratamento exclusivo na *para-animo-fenil-sulfonamida* (electivamente, a forma *salina*).

Em geral, e apesar do que resam abonatòriamente muitas estatísticas, quando o processo de exsudação purulenta se acentua progressivamente, sem tendência para rápida remissão ou, pelo menos, estabilização, depois de um prévio tratamento sulfamidico, convictamente conduzido, recorrer-se-há ao auxílio do cirurgião o mais cêdo possível, e o tratamento mixto será o de eleição.

4.° — As endocardites sépticas evolutivas, produzidas pelo estreptocóco de Schottmüller, são, nestes últimos tempos, sistemáticamente tratadas, após prévia hemocultura

para esclarecimento da sua etiologia, com *sulfopiridina* ou com *sulfotiazol*, associados à *heparina*. Os resultados obtidos pelos vários autores são contraditórios.

É indubitável que, em processos desta natureza, terminando geralmente, em tempo bem limitado, pela morte do paciente, temos podido observar que, em determinado número dêles, tratados com *sulfopiridinas*, se obtém uma remissão do processo em seguida ao tratamento, e que, aínda quando a afecção recidivou e volta, portanto, a exigir novos tratamentos com esta medicação, a vida do enfêrmo se prolonga até um limite que anteriormente não era possível atingir.

5.º — No papel de principal agente, ou como factor associado a um virus, que o estreptocóco possa ter na etiologia da escarlatina, segundo se sustenta e discute em escolas e autores diversos, é indubitável que a terapêutica sulfamídica, baseada electivamente na *para-amino-fenil-sulfonamida*, constitue um recurso terapêutico que, empregado precocemente, atenua a virulencia da infecção em si própria, e diminue o número de complicações endocardíticas e renais, que, sem êste tipo de tratamento, se produziam em muito maior percentagem.

6.º — Aínda mesmo na hipótese que o estreptocóco tenha um papel secundário, como méro factor de acompanhamento de um virus, na etiologia do reumatismo articular agudo, o certo é que, empregando a *para-amino-fenil-sulfonamida*, ou qualquer dos seus derivados, *sulfopiridina* ou *sulfotiazol*, e, melhor aínda, e preferentemente, qualquer dêstes últimos, tanto na fase de ataque, como com carácter preventivo, no tratamento do reumatismo poliarticular agudo, é de indiscutível, e, por vezes, teatral eficácia.

Em fases de início, em que o quadro poliarticular tenha sido anterior a tôda e qualquer tipo de lesão, na enfermidade reumática, poderia evitar-se o aparecimento da tão temída e freqüente afectação do coração.

Em bastantes casos, mesmo avançados, com evidente e provada evolução do processo cardio-infeccioso, sob o *controle* do mesmo farmáco, e pela investigação da fórmula lincocitária, contagem de glóbulos e velocidade de sedimentação, ter-se-ia obtido uma franca melhoria dos mesmos.

B) — *Enfermidades internas de natureza infecciosa, de origem pneumocócica.*

1.° — Pneumonias e broncopneumonias.

Nestes grupos de afecções, quando o agente produtor é o pneumocóco, qualquer que seja o seu tipo, o medicamento electivo e autenticamente eficaz do grupo sulfamidico é, tanto a *sulfopiridina*, como o *sulfotiazol*.

2.° — Em qualquer destas afecções se deverá investigar, com a maior precocidade possível, o tipo de gérmen que a produz, e, feito o diagnóstico com a máxima rapidez, se deverá instituir o tratamento com um ou outro dos farmácos citados.

Nos casos em que, conhecida a especialidade do gérmen, qualquer daquelas drogas não se mostra eficaz no grau desejado, dentro das primeiras 48 horas, dever-se-há injectar ràpidamente sôro específico, cujo recurso terapêutico complementar eleva o coeficiente dos bons resultados que se obtêm quando se empregam isoladamente aquêles agentes terapêuticos.

3.° — É preciso salientar a precocidade no tratamento, porque nas pneumonias asténicas dos velhos, principalmente, não é raro observar-se a produção de abcessos para-pneumónicos ou meta-pneumónicos, sôbre os quais qualquer daquelas drogas carece, por igual, de eficácia, sobretudo quando chegarem a adquirir um certo volume, tornando-se então tais casos necessàriamente tributários da intervenção cirúrgica.

4.° — A causa da ineficácia desta medicação sôbre o pneumocóco dos empiemas, e, sobretudo, quando êstes adquirem um certo volume, é devido a que, segundo se demonstrou pelos estudos *in vitro*, a concentração que se exigiria a esta substância para tornar vulneráveis os gérmens no pús seria quatro ou cinco vezes mais do que a que se precisa manter no sangue para a sua eficiência, e isto obrigaria a administrar dóses tais de substância, que não seriam toleradas pelo organismo, em virtude da sua toxicidade.

5.° — Nenhuma das possíveis complicações que podem apresentar-se no decurso das pneumonias (hepatopatias icterigeneas, nefropatias com retenção úrica, etc.), contra-

-indicam, na menor medida, a utilização de qualquer dêstes agentes terapêuticos; e, pelo contrário, obrigam ao seu maior emprêgo, dada a toxicidade do processo e, principalmente se, como é freqüente, estas complicações coexistem com a bacteriémia pneumocócica.

6.º — A eficácia da *sulfopiridina* e *sulfotiazol*, no tratamento dos processos pneumónicos e broncopneumónicos é aproximadamente a mesma; e, se acaso é preferível o emprêgo do segundo agênte terapêutico sôbre o primeiro, é porque a incidência de complicações observadas pelo *sulfotiazol* é bastante menor que as observadas com a *sulfopiridina*, por estar bem constatada a sua menor toxicidade, aínda mesmo quando, por ser maior a rapidez da sua eliminação pelo rim, se tem que administrar doses maiores que as de *sulfopiridina*, para assim manter no sangue o nível mínimo óptimo indispensável para a sua eficacidade.

Nota 1.ª — As sepsis pneumocócicas, que por vezes acompanham as pneumonias, agravando-as extraordinàriamente, e outras sequelas das mesmas, com localizações peritoniais, articulares, etc., são tributárias, com as mesmas características terapêuticas e com igual grau de eficiência, aínda que em menor número de casos, do tratamento pelos farmácos citados, indistinctamente.

Nota 2.ª — Quando se trata de processos pneumónicos e broncopneumónicos produzidos por associações bacterianas em que o agente principal é um virus (sarampo, gripe, etc.), ao qual se associa o pneumocóco, e aínda outros gérmens mais raros, como o enterocóco, o meningocóco ou o colibacilo, não deve ser omitido o tratamento pela *sulfopiridina*, ou, melhor aínda, pelo *sulfotiazol*, porque, como é sabido, a malignidade dos processos infecciosos produzidos por associações bacterianas é muito maior do que aquêles em que o agente etiológico é um só.

Por isto, ao actuarem êstes farmácos sôbre gérmens activos de associação, aínda que não eliminem totalmente o processo infeccioso, visto que algum ou alguns gérmens não são influenciados por estas drogas, diminuiriam pelo menos, a malignidade da infecção.

Nota 3.ª — Os resultados obtidos sôbre uma das mais graves complicações e de mais sombrio prognóstico das in-

fecções pneumocócicas, as localizações meningeas (meningites), não são tão animadoras como nos processos acima citados, e não falta até quem os negue.

É indubitável que, em certos casos precocemente tratados, se obtiveram curas, e por vezes em proporções notáveis; mas em outros, pelo menos, mesmo quando o processo terminou lentamente, poude-se observar que evolucionava mais lentamente e com menos virulência e toxicidade do que naquêles em que se empregou esta terapêutica.

A medicação electiva seria o emprêgo da *sulfopiridina* ou de *sulfotiazol*, administrado por via oral ou parenteral, e não deveria empregar-se a via raquidiana, pelas razões que oportunamente enumeraremos.

C) — *Doenças internas de natureza infecciosa, de origem meningocócica.*

1.° — Sôbre a sepsis do meningocóco, que evolue sem meningite, e sôbre a forma clínica mais freqüente de infecção meningocócica, a meningite cerebro-espinal epidémica, os agentes terapêuticos sulfamidicos, empregados com um índice de êxitos extraordinário, em relação com os resultados que se obtinham com as terapêuticas clássicas, são a *sulfopiridina* e o *sulfotiazol*, já por via oral, já por via parenteral.

O êxito está, em parte, condicionado pela rapidez com que se faça o diagnóstico.

Não é necessário recorrer à via intraraquidiana (que não deixa de apresentar inconvenientes), sem aumentar por tal facto a sua eficácia, para a administração destas substâncias, porque, como está bem demonstrado, a permeabilidade dos plexos coroideos a êstes farmácos é boa, e o grau de concentração que se chega a obter no líquido cefalo-raquidiano, aínda que não seja tão elevado como o que se obtém no sangue, pode ser o suficiente para conseguir uma eficaz e óptima acção terapêutica com êstes agentes.

A associação da terapêutica sulfamidada com a terapêutica sérica seria ainda, em geral, mais benéfica.

D) — *Doenças internas de natureza gonocócica.*

1.º — Das complicações que mais interessam ao prático na infecção gonocócica, e que são a septicémia e a colecistopatia com colangite icterigenea, o tratamento sulfamidico, empregado com notável êxito nestas afecções, corresponderia, por ordem de eficiência e electividade, à *sulfopiridina* e ao *sulfotiazol*, em grau semelhante, embora a margem de tolerância e toxicidade do último supere a primeira, tornando-o muito mais indicado.

Os preparados acetilados seriam também eficientes, e notáveis os seus resultados, mas o seu maior grau de toxicidade torna-os menos indicados que os anteriormente citados. O êxito desta terapêutica estará condicionado, além da correcção com que se empreguem, pela exigência dum diagnóstico precoce.

E) — *Septicemias de origem melitocócica (febre de Malta e de Bang).*

As infecções melitocócicas, cujas possibilidades terapêuticas estavam tão limitadas em numerosos casos, apesar da multiplicidade de agentes terapêuticos empregados (nenhum de confiança), beneficiaram extraordinàriamente com a terapêutica sulfamidica, sendo a *sulfopiridina*, entre todos, o preparado de eleição.

A sua eficiência é tanto maior quanto mais precoce fôr o diagnóstico, instituindo-se o tratamento na fase aguda inicial, o mais possível.

A percentagem de êxitos nêste período seria muito notável.

Em fases mais crónicas e adeantadas, e quanto mais adeantadas pior, a percentagem das curas diminuiria progressivamente, embora também não deixem de obter-se bons resultados.

As sequelas tardias dêste processo mórbido (espondilites, artrites, etc.), necessitam de tratamento complementar radioterápico, ondas ultra-curtas, etc., todos conjunctamente indispensáveis para o melhor êxito da terapêutica.

F) — *Acção sôbre a colite ulcerosa.*

A acção dos sulfamidados sôbre esta afecção, que parece ser infecciosa, aínda mesmo quando o agente que pode produzi-la é desconhecido, é, segundo vários autores, variável. Mas assinalam óptimos resultados, empregando habitualmente a *para-amino-fenil-sulfonamida*, ao passo que outros, e com êles nós próprios, segundo a nossa estatística, pouco numerosa, mas escrupulosamente estudada, não observámos resultado algum favorável com tal terapêutica.

G) — Dois novos agentes terapêuticos, derivados também da *para-amino-fenil-sulfonamida*, a *sulfodiacina* e a *2-sulfoani-amido-piracina*, são usados ùltimamente por diversos autores no tratamento de diversas enfermidades infecciosas, especialmente as tributárias da etiologia pneumocócica, com bons resultados.

Mas a escassez de informações sôbre êste ponto, e o facto de êle não superar, nos resultados, ao que se obtém com a *sulfopiridina* e o *sulfotiazol*, principalmente, leva-nos a não emitir uma conclusão prática.

H) — Os estudos experimentais e clínicos realizados até agora com diferentes preparados sulfamidados no tratamento da infecção bacilar tuberculosa não se mostraram eficazes. Sòmente o emprêgo de um novo agente sulfamidado, o *Pronim*, que aumentaria a resistência da cobaia à infecção tuberculosa experimental, merece ser aqui citado, já não como uma curiosidade científica, mas susceptível de ser tomado em conta com vista a um futuro mais ou menos próximo.

1.° — As conclusões práticas, esquemàticamente enunciadas, exigem certas afirmações referentes ao tratamento sulfamidado nas diversas afecções internas em que se emprega.

Fundamentado num critério etiológico, pela sua acção sôbre o gérmen ou gérmenes patogéneos, e sendo a sua eficácia, aínda que geralmente bôa, de diverso grau, o tratamento sulfamidado exigirá, em muitos casos, o emprêgo de

outros tratamentos coadjuvantes, quer clássicos, quer mais recentes, que aumentem o rendimento total da terapêutica instituída.

Referimo-nos à associação seroterápica, em alguns casos; à associação com salicilato de sódio, em outros (reumatismo poliarticular agudo); à associação com a heparina, na endocardite evolutiva; à associação com o quinino, no paludismo; à associação da vacinoterápia, da arma bacteriana, etc., etc.

2.º — Constituíndo esta terapêutica um ponto de ataque sôbre o gérmen causal, e produzindo-se no decurso da doença muitos incidentes de diversa ordem, que afectam órgãos e aparelhos que aqui não mencionaremos, será imprescindível ter em linha de conta estas eventualidades, afim de serem tratadas adequadamente, e uma por uma (complicações circulatórias, renais, respiratórias, etc.)

3.º — Um ponto fundamental sôbre que queremos insistir é o justo conceito e a valorização total e em detalhe da terapêutica sulfamidada.

Revelada e comprovada sem discussão a sua eficiência, de grau diverso, mas indubitável, para cada caso, numa série de doenças, deve acentuar-se que tais substâncias, se empregam sob as seguintes normas:

a) — O seu emprêgo deve estar perfeitamente indicado, exigindo um diagnóstico correcto da doença e o mais precoce possível.

b) — Deve empregar-se adequadamente, tanto no que respeita à dose necessária e eficiente, como à via de administração e intervalos a considerar nas doses a ministrar.

c) — Não deve usar-se êste farmáco fóra dos casos em que esteja justamente indicado, pois a difusão nociva com que hoje se emprega, àparte a sua inutilidade em muitas ocasiões, não deixa de ser prejudicial. Compreende-se isto perfeitamente, se se tiver em mente que, embora a percentagem de acidentes tóxicos produzidos por esta medicação seja relativamente pequena (e está nas nossas mãos a possibilidade de eliminá-los, já pela supressão precoce da droga, no início, já por outras medidas terapêuticas capazes de neutralizá-los, apenas se manifestem), quando estas substâncias se empreguem nos casos perfeitamente indicados, o que não

sucederá quando a sua difusão terapêutica injustificada se dê na prática em quantidades tão exageradas como hoje sucede, ainda que seja lógico que ao aumento de casos tratados por esta forma corresponda um aumento da percentagem de complicações.

d) — Nos breves anos decorridos desde quando se estão colhendo os frutos desta medicação, podemos dizer que o obtido é muito, mas não tanto quanto imaginam muitas pessoas, cuja informação sôbre êstes problemas é deficiente; o que está ainda para se obter, em face da cadência dêstes estudos, é, provàvelmente, muito mais ainda. Ao rigor científico dos que descobrem e experimentam êstes farmácos há-de suceder o rigor clínico e o critério científico dos que o utilizam na prática. Só assim poderão ser úteis à humanidade enfêrma, e então o risco será mínimo. Isto obriga o médico a utilizar estas drogas sob o mais severo critério e espírito crítico científicos.

Madrid, 18 de Abril de 1942.

Sumário das Revistas

ARCHIVES MÉDICALES BELGES

ANO DE 1933

JANEIRO

Tratamento das fracturas diafisárias abertas da coxa — Pelo Dr. Van der Elst.
Conservação dos opoterápicos — Pelo alferes médico de reserva A. Verchumen.

FEVEREIRO

A cistografia pelo bióxido de tório — Pelo Dr. E. Tant (Bruxelas).
As periviscerites — Pelo Dr. Van Bever.

MARÇO

As sequelas das fracturas dos membros e o médico perito — Pelo Dr. R. Focquet.

ABRIL

A cirurgia da recruta — Pelo major médico Grutman (Bruxelas).
Corpos estranhos — Pelo Dr. Carlos Santos (filho), director do Serviço de Radiologia do Hospital de Santo António dos Capuchos, em Lisboa.

MAIO

A invaginação intestinal — Pelo tenente-coronel médico Voncken, chefe do Serviço de Cirurgia do Hospital Militar de Liége.

JUNHO

A organização da higiéne no Congo Belga — Pelo Dr. A. Dubois, professor na Escola de Medicina Tropical.
O emprêgo do anidrido carbónico no decurso da narcose nos hospitais militares do exército belga — Pelo capitão médico Cambresier (Serviço de Cirurgia do Hospital Militar de Liege).

JULHO

O simpático ocular — Pelo Dr. P. Gaudissart (Bruxelas).
Reflexões sôbre certas vacinações no momento de uma mobilização eventual — Pelo tenente médico Th. Verschraegen (Hospital Militar de Antuérpia).
A vacinação anti-tuberculosa — Pelo Dr. Blumenthal-Jacquet.

AGOSTO

Sintomatologia e diagnósticos clínicos dos tumores encefálicos — Pelo tenente médico de Busscher (Hospital Militar de Gand).

SETEMBRO

As curas de desintoxicação pelo cloridrato de emetina, principalmente no alcoolismo clássico — Pelo tenente médico Bodart (Hospital Militar de Antuérpia).

OUTUBRO

O transporte dos feridos na 1.ª linha — Pelo major médico V. M. E. Winters (Bleijerheide, Holanda).

NOVEMBRO

Patogenia e tratamento da asma — Pelo major médico A. Melchior (Hospital Militar de Gand).

DEZEMBRO

Os traumatismos do joelho — Pelo capitão médico De Monie (idem, idem).

Referenciação ventricular — Pelo tenente médico Toussaint (Hospital Militar de Antuérpia).

BULLETIN INTERNATIONAL

A sincope respiratória — (conferência) — Pelo capitão médico P. Clairbois.

Estudo experimental da coloração vital das substâncias ósseas e dentárias — Pelo capitão médico Kuizo Nakatone, do Corpo médico do exército japonês (sob a direcção do prof. Keuji Kiyon, M. D., da Universidade Imperial de Kyoto).

Questões dizendo respeito ao Serviço de Saúde num exército de milícias — Conferência — Pelo tenente coronel médico Vollenveider, Berne.

Os meios de transporte e de evacuação, na montanha, no escalão do batalhão e do regimento — Pelo Dr. Tchoulkov, do exército da U. R. S. S.

A medicina militar através dos tempos — Pelo coronel médico Schickelé (Exército metropolitano francês).

Os laboratórios químicos de campanha, sua relação com o serviço farmacêutico, e sua importância na guerra de movimento ou de posição — Pelo capitão farmacêutico Bohumil Sucharda (Praga).

O penso individual, suas qualidades, e métodos de exame — Pelo coronel Thomann, farmacêutico-chefe do exército suisso.

A evolução da medicina militar em Espanha — Pelo tenente-coronel médico Agustin Van Baumberghen.

Os princípios da hospitalização na organização do Serviço de Saúde em campanha — Pelo Coronel médico Schickelé.

VII Congresso internacional de medicina e farmácia militares — (Madrid, 29 de Maio — 5 de Junho, de 1933).

Assembléia internacional dos chefes dos serviços de saúde dos exércitos — (Madrid, Junho de 1933).

Ácêrca do papel dos bacteriologistas na futura guerra — Conferência — Pelo Comandante-médico Dr. Taditch Radoyé (Exército jugoslavo).

Contribuïção para o estudo das estreptococcias — Conferência — Pelo tenente-coronel médico Vargas.

Idéias modernas sôbre a ginástica — Conferência — Pelo capitão médico Albert Govaerts, professor e director do laboratório do Instituto militar de Educação física (Bélgica).

Projecto de ficha médica — Conferência — Pelo tenente-coronel médico-cirurgião Francisco R. Vargas.

A preparação da água potável em campanha — Pelo Dr. Edgar Erskine Hume, do Exército americano.

Secção bibliográfica

OBRAS ADQUIRIDAS PARA A BIBLIOTECA DA D. S. S. M. NO 1.º SEMESTRE DE 1937

TÍTULO DA OBRA	*AUTOR*
La costituzione, seconde le attuali vedute, nei suoi rapporti con la patogenesi della tubercolosi e col giudizio di dipendenza da causa di servizio.	*Publicação do Ministero della Guerra—Direzione Generale di Sanitá Militare — Itália.*
Commission Internationale d'Études du Matériel Sanitaire (II.ª Session) 5-12-Octobre 1936	*Institut International d'Études du Matériel Sanitaire.*
Instruções para uso do morteiro I. 8 cm. m/931	*Ministério da Guerra — D. A. de Infantaria.*
Conferências sôbre tática e serviços de cavalaria	*Ministério da Guerra.*
Agressivos Químicos	*Ten. Méd.º António de Vasconcelos Dias.*
Boletim do Arquivo Histórico Militar (6.º Vol.)— Ano 1936	*Publicação oficial.*
Sinopse da Legislação Militar da Metrópole e das Colónias (Edição de 1918)	*Eduardo Picaluga.*
Memória Histórica e Descritiva do Real Colégio Militar	*Fernando da Costa Maya, Major de Cavalaria.*
Sessão solene Comemorativa do 1.º Centenário do Real Colégio Militar	*Publicação oficial.*
Os três maiores inimigos do colono português em África.	*Joaquim Francisco Vieira, Capitão Médico.*
Desenvolvimento do orçamento da despesa para o ano económico de 1934-1935.	*Publicação Oficial.*
Regulamento para os Depósitos Gerais de medicamentos, e de roupas e objectos de cirurgia do Exército (1863).	*Idem.*
Regulamento Geral do Serviço de Saúde do Exército (1842).	*Idem.*
Divisão de Instrução — Serviço de Saúde — Nomenclatura e Instruções para armar e desarmar as tendas «Tortoise», Cunha Bellem e Tollet	*Idem.*
Army Medical School N.º 67-Session September 1, 1928 to January 31, 1929	*Pub. dos E. U. da América.*
Army Medical School-n.º 65-February 1, 1928 to May 29, 1928	*Idem.*
Les Affectations physiologiques — Classification Morphologique du Contingent	*M. le Dr. A. Thooris.*

TÍTULO DA OBRA	*AUTOR*
Reglamento de Excenciones para declarar en definitiva la utilidade y la inutilidad de los Individuos de la Classe de Tropa del Ejército que se hallen en el servicio militar	*Publicação oficial Espanhola.*
Ley de Reclutamento y Reemplazo del Ejército, de 11 de Julio de 1885, modificada por la ley de 21 de Agosto de 1896	*Idem.*
Instruction sur L'Appréciation Sanitaire des Militaires (1887-1906)	*Publicação oficial Suiça.*
Les Dépôts de Convalescents (pendant la Guerre de 1914-1915)	*Thése par Wladimir Ermoulovitch.*
École d'Application du Service de Santé Militaire (Réglements).	*Ministére de la Guerre et des Pensions Francais.*
Estatística Criminal e Disciplinar do Exército (ano de 1928)	*Publicação oficial.*
Estatística Criminal e Disciplinar do Exército (ano de 1927)	*Idem.*
Estatística Criminal e Disciplinar do Exército (ano de 1926)	*Idem.*
Mapas Estatísticos do Hospital da Marinha (anos de 1901, 1902, 1905 e 1906.	*Idem.*
Estatística Médica dos Hospitais das Províncias Ultramarinas (Ano de 1870).	*Idem.*
Mapas estatísticos do Hospital da Marinha — Navios Escolas e Escolas de Torpedos (Ano de 1900).	*Idem.*
Anais de Marinha. Mapas Estatísticos do Hospital da Marinha (Anos de 1925 e 1926)	*Idem.*
Estatística Médica do Govêrno Militar de Lisboa, Ano de 1927 (2 exemplares)	*Idem.*
Estatística Médica do Exército Português (Anos de 1909, 1910, 1920, 1921, 1928, 1929 e 1930 — (2 exemplares de cada ano)	*Idem.*
Estatística Geral do Serviço de Saúde do Exército Anos de 1871-1872, 1874, 1876-1877, 1878-1879	*Publicação oficial do Exército Português.*
Investigações Estatísticas sôbre as doenças e mortalidade do Exército português.	*Dr. J. A. Marques.*
Annexeá la Statistique Médicale de L'Armée Francaise (Anos de 1906 e 1911)	*Pub. oficial do Ministro da Guerra.*
Statistique Médicale de L'Armée pendant les années: 1907, 1908, 1919, 1921 e 1922. . . .	*Publicação oficial do Estado Francês.*

TÍTULO DA OBRA	*AUTOR*
Statistique Médicale de L'Armée Belge (Anos de 1899, 1919, 1922 e 1930).	*Publicação oficial do Estado Belga.*
Suplemento da Estatística Sanitária do Exército Alemão (Ano de 1907)	*Publicação oficial.*
Estatística Criminal e Disciplinar do Exército Anos de 1901, 1902 e 1903.	*Idem.*
Estatística Criminal do Exército (Ano de 1862) .	*Idem.*
Estatística do Recrutamento do Exército Norueguês (Ano de 1911)	*Publicação oficial do Exército Norueguês.*
Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal (Anos de 1914, 1921 e 1922) . .	*Publicação oficial.*
Suplemento da Estatística Médica do Exército Americano (Anos de 1911 e 1912)	*Pub. dos E. U. da América.*
Estatística Sanitária do Exército Russo (Ano de 1906).	*Pub. oficial do Exército Russo.*
Anuário Estatístico de Portugal (Ano de 1903) . .	*Publicação oficial.*
Estatística Sanitária do Exército Russo (Suplementos dos anos de 1904, 1905, 1907 e 1908).	*Publicação do Exército Russo.*
Resumen de la Estadistica Sanitária Del Ejército Español (Anos de 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1912, 1914, 1915, 1918, 1921 e 1928)	*Publicação oficial do Exército Espanhol.*
Notizie Sommarie Sula Estatistica Sanitaria Del Regio Exército (Anos de 1901 e 1906) . . .	*Exército Italiano.*
Relazione Médico-Statistica delle condizioni Sanitarie del R. Esército (Anos de 1902, 1904 e 1905)	*Publicação oficial do Exército Italiano.*
Estatística Sanitária do Exército Austriaco (Anos de 1904, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, e 1911).	*Publicação oficial do Exército Austriaco.*
Report on the Health of. the Army for the Year (Anos de 1921, 1926, e 1927).	*Publicação oficial do Exército Inglês.*
Arméförvaltnimgens Sjukvårds Styrelses Underdaniga Berättelse Ar 1912).	*Exército Sueco.*
Subsídios para o estudo comparado da mandibula do homem e de alguns mamíferos.	*Americo Pires de Lima.*
Memória sôbre o modo de purificar o ar infeccionado, e sôbre os aparelhos portáteis, e permanentes para o mesmo fim, para uso dos Hospitais Militares.	*Publicação oficial.*
La Gripe	*Ricardo Jorge.*
Combate ao Sezonismo — Estação experimental de Benavente	*L. Figueira e F. Landeiro.*

TÍTULO DA OBRA	*AUTOR*
Madére — Station Médicale	*D. C. A. Mourão Pita.*
Annali D'Igiene N.º 8, de 31 de Agosto de 1916	*Publicazione Mensile.*
A Junta de Saúde e a peste	*A. M. da Cunha Bellem.*
Formulário dos Medicamentos para uso dos Hospitais (1896)	*Publicação oficial.*
Formulário dos Medicamentos para os Hospitais Militares do Exército Português (1872)	*Idem.*
A vida médica no campo de batalha	*A. M. da Cunha Bellem*
A vida médica das Nações	*Guilherme José Ennes.*
Um cas d'hémangiome caverneux de l'orbite	*Lopes de Andrade, Ten. Méd.*
Noções Elementares de Semiologia ocular e Simulação	*Mário Moutinho, Ten. Méd.*
Os Serviços de oftalmologia na Base do C. E. P.	*Idem.*
La myopie scolaire au Portugal	*Idem.*
Doença do Sono — Relatórios enviados ao Ministério da Marinha pela Missão scientifica nomeada por portaria de 21-2-901	*Publicação oficial.*
Doença do Sono. Trabalhos executados até 6 de Agosto de 1902 pela Missão enviada a Angola pelo Ex.mo Ministro da Marinha	*Aníbal Bettencourt e outros autores.*
Paris Médical (N.os 1 a 20, de 1920)	*Sob a Direcção do Professor A. Gilbert.*
Revue Interalliée pour l'étude des questions intéressante les mutilés de la guerre (N.os 1, 2, 3, e 4 de 1920)	*Sob a Direcção do Dr. Jean Camus.*
Revue d'orthopédie (N.os 1, 2, 3, 4, 5 e 6 de 1920 e n.º 1 de 1921)	*Sob a direcção de M. le Dr. Kirmisson.*
La chirurgia degli organi di movimento (N.os 1, 2, 3 e 4 de 1921)	*Sob a Direcção do Dott. V. Putti.*
La Chirurgia degli organi di movimento (N.os 1, 2, 3, 4, 5 e 6 de 1920)	*Idem.*
Exposição de Arte ornamental do distrito de Viana do Castelo, em 1896	*L. de Figueiredo da Guerra.*
Approved Plans And Specifications for Post Hospitals	*Surgeon General's Office.*
Colecção dos Boletins Militares das Colónias, ano de 1930	*Publicação oficial.*
Colecção dos Acordãos do Supremo Tribunal Militar nos anos de 1925 e 1926	*Idem.*
Manutenção Militar. Relatório e Contas de 1927-1928	*Idem.*
O. G. de Fardamento e Calçado (Relatório da Gerência de 1933-1934	*Idem.*

TÍTULO DA OBRA	*AUTOR*
A navegação do «*Argos*»	*Jorge de Castilho.*
Report on the Health of The Army for the Year — 1935	*Pub. oficial do Exército Inglês.*
Boletim dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Vol. V)	*Publicação oficial.*
Reconhecimentos militares — 2.ª Edição — 1937	*A. F. Pereira da Cruz, Ten.*
«Aide-Mémoire» para oficiais e sargentos em manobras em campanha (1.ª Edição)	*Idem.*
O Grupo de Cavalaria Divisionário	*Marques Valente.*
As tropas do 1.º Grupo de Companhias de Saúde em França, na Grande Guerra	*Alvaro Martins, Coronel Méd.*
Estéres da Colina	*Leão Correia.*
Auto da Aclamação de El-rei D. João II	*A. Cardoso dos Santos.*
A batalha de artilharia	*Elias da Costa.*
La vie de Pasteur	*René Vallery Radot.*

6 422 R
Biblioteca
7095

REPÚBLICA PORTUGUESA.

MINISTÉRIO DA GUERRA

Estado Maior do Exercito
BIBLIOTECA
6422

BOLETIM

DA

DIRECÇÃO

DO

SERVIÇO DE SAÚDE MILITAR

BIBLIOTECA DO EXÉRCITO

(PUBLICAÇAO TRIMESTRAL)

5.º ANO

N.os 3 e 4

LISBOA
1942

CD 1.00.17C

REPÚBLICA PORTUGUESA

MINISTÉRIO DA GUERRA

BOLETIM

DA

DIRECÇÃO

DO

SERVIÇO DE SAÚDE MILITAR

BIBLIOTECA DO EXÉRCITO

(PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL)

5.º ANO

N.os 3 e 4

LISBOA

1942

6422

S U M Á R I O

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE MILITAR EM TEMPO DE PAZ
pelo Tenente-coronel médico, João Calvet de Magalhães Marques da Costa

INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA MODERNA TÁCTICA MILITAR
pelo Capitão-médico A. de Sousa Gomes

L I V R O S E R E V I S T A S

S E C Ç Ã O B I B L I O G R Á F I C A

N O T A S E N O T Í C I A S

ESTADO MAIOR DO EXERCITO
BIBLIOTECA
N.º 6422 Custo $
Em 23 / 9 / 1944

NOTA DA COMISSÃO REDACTORA: As afirmações e opiniões expressas nos trabalhos originais insertos no *Boletim* são da Responsabilidade dos respectivos autores.

Composto e Impresso na Tipografia da Liga dos Combatentes da Grande Guerra
: : : : Calçada dos Caetanos, 18 — LISBOA — Telefone 2 1450 : : : : :

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO S. S. MILITAR EM TEMPO DE PAZ

Pelo Tenente-coronel médico
JOÃO CALVET DE MAGALHÃES MARQUES DA COSTA

EM 1941 realizámos, no Ciclo de Conferências de Instrução para os oficiais médicos do Q. P., e segundo o tema que nos tinha sido distribuído, uma palestra, na qual procurámos dar aos nossos camaradas uma idéia geral da orgânica do Serviço de Saúde Militar em tempo de paz, tal qual existe, e a seguir as modificações que julgávamos útil introduzir-lhe para a sua maior e melhor eficiência.

O largo lapso de tempo decorrido até hoje marca, primeiramente, a nossa hesitação em passar a letra de forma tão modesto trabalho, ao qual só a grandeza do título pode emprestar algum brilho; e, depois, as crescentes dificuldades em que realizamos o serviço na hora actual, dadas as suas exigências e a falta de pessoal, pouco ou nenhum tempo nos dando para estudar, e, em seguida, deduzir dêsse estudo qualquer ordem de considerações que possam ser tomadas pelas entidades competentes por legítimas e bem fundamentadas aspirações.

Resolvidos, por fim, a pôr em fôco o assunto cujo estudo nos propuzemos, e isto porque, de vários lados, recebemos sugestões e incitamentos para o fazer, vimos apresentar aos nossos leitores alguns excerptos do trabalho em referência, alguns alvitres e considerações que nos pareceram de utilidade ser conhecidas, e ainda as que, em concordância com o pensamento inicial, se nos oferece hoje produzir como desenvolvimento do estudo em questão.

A concepção que podemos ter do nosso Serviço, quanto à sua estructura, e reportando-nos ao que sôbre o assunto está legislado, pode sintetizar-se no seguinte esquema:

a) *Um orgão de direcção* — A Direcção do S. S. M.
b) de vários *orgãos de execução*, a saber:

1.º *Orgãos de instrução e estudo:*

a) A Comissão técnica
b) A Escola do Serviço de Saúde Militar.

c) Cursos e estágios para oficiais e graduados.
d) Outras Comissões de estudo.

2.º *Orgãos de fiscalização, unidades do Serviço de Saúde e serviço de saúde das tropas:*
a) As Inspecções do S. S. M.
b) As Companhias de saúde.
c) O serviço de saúde orgânico das Armas e S. A. M.

3.º *Orgãos de hospitalização e tratamento:*
a) Os hospitais militares.
b) As enfermarias de guarnição e as das Escolas Práticas e regimentais.
c) Os postos de socorros e P. A. V. regimentais.
d) A Assistência aos tuberculosos militares.

4.º *O Serviço das Juntas Médico-Militares.*
5.º *O Serviço Farmacêutico Militar.*
6.º *Depósitos e Oficinas:*
a) O Depósito Geral de Material Sanitário e de Hospitalização.
b) Os Depósitos Regionais de Material Sanitário (a criar).
c) A Farmácia Central do Exército, com as respectivas Delegações.

A D. S. S. M., instalada em uma dependência do antigo edifício da Crédito Predial, à Sé, tem a seu cargo o estudo e resolução de todos os assuntos que ao Serviço dizem respeito, estudo êsse que, em parte, se realiza nas suas 3 repartições.

À sua actividade é regulada pelo art.º 58.º e seguintes do dec.º n.º 16.718, de 15 de Abril de 1929 (O E. n.º 6, 1.ª Série, de 15 dêsse mês), que dizem:

Artigo 58.º — Compete à D. S. S. M.:

a) O estudo de todos os assuntos que tenham por objectivo a eficiência do serviço medico-castrense, e do farmacêutico militar;

b) Todos os assuntos que tenham por objectivo a higiene e profilaxia das tropas;

c) Determinar as características do material sanitário e hospitalar, bem como fixar os respectivos modêlos;

d) Superintender em tôda a instrução médico-castrense, bem como na do serviço farmacêutico e inspeccioná-los para garantir uniformidade na interpretação das determinações e dos regulamentos tácticos e técnicos;

e) Superintender técnicamente no serviço dos hospitais, enfermarias regimentais, e quaisquer outros estabelecimentos sanitários;

f) Receber, distribuir e inspeccionar todo o material sanitário, hospitalar e farmacêutico do Exército;

g) Preparar a mobilização dos serviços médicos e farmacêuticos, de acôrdo com as instruções que lhe forem dadas pelo organismo competente;

h) Elaborar, coligir e publicar a estatística médica e farmacêutica do Exército.

Artigo 59.° — A D. S. S. M. compreende:

1.° As Inspecções do Serviço Médico;
2.° A Inspecção do Serviço Farmacêutico;
3.° As repartições da Direcção e o respectivo arquivo:
4.° A Comissão Técnica;
5.° Os Depósitos de Material Sanitário e Hospitalar.

Artigo 60.° — Às Inspecções do S. S. compete a inspecção e fiscalização técnica de todo o serviço de saúde do Exército, bem como do material sanitário e hospitalar.

Artigo 61.° — À Inspecção do Serviço Farmacêutico compete a inspecção e fiscalização técnica do serviço das farmácias do Exército não industrializadas, bem como dos produtos químicos e farmacêuticos e material de especialidade em carga às respectivas farmácias, unidades e estabelecimentos.

§ único — O quadro do pessoal da Inspecção será:

Inspector — 1 Tenente Coronel ou Major do quadro dos farmacêuticos.

Adjunto — 1 capitão ou tenente farmacêutico.
Amanuense — 1 2.º sargento do S. S.

Artigo 62.º — A D. S. S. tem 3 repartições e 1 arquivo.
§ 1.º — *À 1.ª Repartição competirá:*

a) O estudo dos assuntos médico-castrenses;
b) Os assuntos que digam respeito à instrução especial do serviço de saúde militar, quer sob o ponto de vista técnico, quer sob o ponto de vista militar;
c) A elaboração dos projectos de regulamentos e instruções privativas do serviço de saúde castrense;
d) Os assuntos relativos à higiene militar;
e) As relações de carácter técnico com os hospitais, enfermarias e médicos militares;
f) Os assuntos de carácter técnico referentes às Juntas médico-militares;
g) O estudo e informação de todos os processos médicos referentes a pretenções de militares ou civis em serviços dependentes do Ministério da Guerra;
h) A organização e publicação da estatística médica do exército;
i) Os assuntos referentes à organização e mobilização do serviço de saúde.

§ 2.º — *Á 2.ª Repartição competirá:*

a) Os assuntos respeitantes à organização, instrução, funcionamento e mobilização do serviço farmacêutico do exército;
b) A elaboração dos projectos de regulamentos e instruções privativas do serviço farmacêutico;
c) Os assuntos referentes à organização e publicação da estatística farmacêutica do exército.

§ 3.º — *Á 3.ª Repartição competirá:*

a) Os assuntos relativos a todo o material sanitário e de hospitalização do exército, incluíndo o estudo e fixação dos modelos a adoptar;

b) A superintendência nos assuntos do material sanitário e hospitalar;

c) O movimento das cargas e fornecimentos de material sanitário e hospitalar às unidades e estabelecimentos, e relações com os depósitos;

d) O expediente geral da Direcção.

§ 4.º — *O arquivo compreenderá:* — O arquivo geral, destinado à guarda e arrumação de correspondência da Direcção, e o técnico, organizado metòdicamente, por forma a permitir a consulta fácil de todos os trabalhos elaborados pela Direcção.

Artigo 64.º — A Comissão Técnica será presidida pelo Director do Serviço, e terá como vogais permanentes:

Os Inspectores do Serviço Médico;
O Director do Hospital Militar Principal;
O Professor de higiene da Escola do Exército;
O Adjunto da Direcção (1);
3 oficiais médicos com residência em Lisboa.

Artigo 65.º — Preceitua os fins a que se destinam *os Depósitos de Material Sanitário e de Hospitalização*, e diz que a sua organização e funcionamento serão regulados por diploma especial.

Mas, já em 1927, para não citar mais disposições, dizia o decreto n.º 13.851 (O. E. n.º 7, 1.ª Série, de 30-VI-937), no seu artigo 93.º:

— O S. S. M. compreende:

a) A D. S. S. M.
b) 5 Inspecções do S. S. M.
c) A Escola do Serviço de Saúde Militar.
d) As escolas de enfermeiros militares.
e) A escola de praticantes de farmácia.
f) 3 Companhias de saúde.

(1) Oficial do E. M. E.

g) Os Depósitos de Material Sanitário e de Hospitalização, a saber:

1 Depósito Geral de Material Sanitário e de Hosp.
4 Depósitos Territoriais de Material Sanitário e Hosp.

h) O Serviço de hospitalização, garantido por:

1 Hospital Militar Principal;
4 Hospitais Militares Regionais;
3 Hospitais Militares Auxiliares;
Hospitais Militares de Guarnição;
Sanatórios Militares;
Depósitos de Convalescentes.

i) O Serviço das juntas médico-militares;
j) O serviço médico das unidades e estabelecimentos militares a saber:

Assistência médica aos oficiais, praças e famílias.
Uma enfermaria regimental por unidade ou estabelecimento militar, quando necessário.

k) O serviço farmacêutico militar.

Estas organizações foram remodeladas pelo decreto-lei n.º 28.401, de 31-XII-937, que fixa, provisòriamente (art.º 1.º), os quadros do Exército em tempo de paz. Conforme dispõe o art.º 26.º e seguintes, o Serviço de Saúde Militar compreende:

5 Inspecções de Saúde;
1 H. M. P., tendo anexa a Escola do S. S. Militar;
4 H. M. Regionais;
2 Depósitos Territoriais de Material Sanitário;
3 Companhias de Saúde;
3 Centros de Mobilização, anexos às companhias.

Artigo 27.º — A composição em tempo de paz dos quadros e efectivos das unidades, estabelecimentos e outros

orgãos do serviço de saúde militar é a constante dos quadros XL e XLI anexos ao presente diploma.

Artigo 28.° — O quadro permanente do S. S. Militar em oficiais e sargentos compreenderá:

a) *Oficiais:*

Postos	Médicos	Farmacêuticos
Coroneis	3	—
Tenentes Coroneis	7	1
Majores	12	2
Capitãis	40	7
Subalternos	38	8
	100	18

b) *Sargentos:*

4 sargentos ajudantes;
12 1.os sargentos;
38 2.os sargentos;
78 Furrieis.

§ 1.° — O Ministro da Guerra pode contratar médicos para o serviço das tropas e de especialidades clínicas nos hospitais quando se tornar necessário. Os oficiais milicianos têm preferência absoluta nêstes contratos.

§ 2.° — São extintos os actuais quadros de sargentos enfermeiros e sargentos praticantes de farmácia, ingressando os seus componentes no quadro de sargentos do serviço de saúde, constante da alínea *b)*.

Segundo o art.° 4.° do citado decreto-lei, o pessoal do exército metropolitano distribuir-se-á pelos seguintes organismos:

1.° — Corpos de generais e do estado maior.
2.° — Quartéis generais e comandos.
3.° — Unidades e formações de fronteira e similares.
4.° — Unidades e formações de linha.

5.° — Bases aéreas e campos bases de aeronáutica.
6.° — Fortificações e outras obras de defesa.
7.° — Inspecção e informação técnica.
8.° — Estabelecimentos, compreendendo institutos, escolas, centros de instrução, depósitos, hospitais e tribunais.
9.° — Distritos de recrutamento e mobilização.
10.° — Centros de mobilização particulares para cada arma e serviço e algumas das suas especialidades.

E, para nos não alongarmos demasiada e fastidiosamente na análise da legislação, do qual já demos um breve, embora incompleto, resumo, passemos a nova ordem de considerações que possam servir de norma ao que sôbre o assunto se nos oferece dizer.

*

Examinando detalhadamente a situação em que funciona o Serviço de Saúde, em face das condições que lhe foram creadas para o tempo de paz, e tendo em vista o seu perfeito funcionamento em tempo de guerra, todos nós sabemos que a diferenciação sofrida pelos serviços dos exércitos, e, normalmente, pelos seus *serviços principais*, é cada vez mais acentuada, visto êles terem de acompanhar, fatal e necessàriamente, a evolução sofrida pelas Armas na sua modernização.

Se, já em 1918, se tinha chegado à conclusão de que os meios de assistência aos feridos e doentes tinham que ser multiplicados e reforçados, tanto na sua acção, como na celeridade com que os levássemos até à zona de operações, é evidente que a guerra de movimento moderna, deixando a perder de vista, em rapidez e multiplicidade de meios, a que até então se fazia, veio impôr uma nova orgânica sanitária, que, não deixando de ser altamente diferenciada e especializada, deve, ao mesmo tempo, tornar-se *dinâmica* em todos os escalões, pelo aligeiramento das formações de tratamento, pela motorização obrigatória dos transportes, e pela facilidade e rapidez em atender ao que lhe é exigido pela batalha moderna.

Esta evolução, operada nos exércitos mais adiantados, não foi ainda seguida pelo nosso Serviço de Saúde. E, se alguma coisa de novo se tem vindo realizando, pouco é para o muito que ainda está por fazer.

Dêste modo, cremos que o S. S. M., está em face de uma vasta tarefa: a fixação de uma nova *doutrina sanitária*. Essa doutrina tem, forçosamente, que se basear nos novos conhecimentos adquiridos e nas necessidades reais decorrentes do que se possa prevêr para as tropas em operações numa emergência de guerra em território nacional, *quer na metrópole, quer nas colónias.*

Se é certo que o exército metropolitano tem, pelo que dispõe o art.º 3.º da Lei n.º 1.960, como funções principais, de manter permanentemente, pela fôrça das armas, e com outros meios de acção de que o Govêrno disponha, a *integridade do território do continente e ilhas adjacentes*, terá ainda, eventualmente, que cooperar, por meio de *fôrças expedicionárias, na defesa do território das colónias e na satisfação de compromissos militares de ordem externa.*

De que meios dispõe o exército em tempo de paz para o desempenho dessas missões?

Segundo o art.º 34.º da lei citada, a organização das tropas compreende:

1.º — *Unidades de fronteira*, organizadas segundo o tipo das unidades de campanha, constituídas com efectivos, e armadas, equipadas e instruídas em condições de poderem entrar imediatamente em acção.

2.º — *Unidades de linha*, organizadas parte em quadros parte em efectivos, e armadas, equipadas, e instruidas em condições de poderem actuar em reduzido número de dias.

As primeiras podem agrupar-se eventual ou permanentemente em unidades de ordem superior; as segundas agrupar-se-hão (art.º 37.º) em *grandes unidades*, 4 divisões, podendo as unidades e formações de cada uma ter ou não a sua séde na área de uma mesma região militar; em tropas e serviços de exército, e tropas e serviços de comando em chefe; e em

unidades e formações de tropas não endivisionadas, cuja constituïção seja imposta pelas necessidades do recrutamento, da instrução e da mobilização.

Portanto, esquemàticamente:

1 divisão de tropas de cobertura.
4 divisões de tropas de linha (correspondentes às 4 R. M.)
1 divisão de tropas e formações do G. M. L.

Quais serão, pois, em princípio, as necessidades mínimas do *S. S. em tempo de paz*, em função das suas necessidades *para o tempo de guerra*?

Em nosso parecer, o serviço de saúde do quadro permanente tem de ser organizado de tal modo que, em capitãis e subalternos, tenha o suficiente para enquadrar, pelo menos em 30%, os oficiais milicianos médicos chamados ao serviço das tropas no momento da mobilização; e, em oficiais superiores, o suficiente para atender, *na totalidade* (visto que se não pode contar, para êsse efeito, com oficiais superiores médicos da reserva em número apreciável), às necessidades das tropas das zonas da frente e da retaguarda, isto é, da totalidade da *zona de operações*.

Haverá quem nos venha dizer que em França, por exemplo, a percentagem dos oficiais médicos do quadro permanente era de 15%, ou pouco menos. A isso, porém, podemos contrapôr que a instrução militar dos médicos da reserva em França era muito cuidada, e, portanto, melhor que a dos nossos oficiais milicianos médicos, os quais, após a freqüência das seus cursos de oficiais milicianos, não tornam geralmente a ser chamados para o serviço, salvo em circunstâncias especiais e extraordinárias. e por limitado espaço de tempo.

Vejamos agora, de uma forma esquemática, e em face do determinado pelo Regulamento de Campanha, III parte, a pág. 167 e seguintes, qual o provável pessoal médico necessário para as referidas 6 divisões.

Número de oficiais superiores para o enquadramento das formações na Divisão, C. E. e Ex.º:

Divisão:

Chefe do S. S. Divisionário	1 Tenente coronel médico
Comandante do G. S. D.	1 Major médico

Corpo de Exército:

Chefe do S. S. do C. E.	1 Tenente coronel médico
Oficial adjunto do chefe do S. S.	1 Major médico
Comandante do H. S.	1 Major médico
Chefe do G. S. R.	1 Capitão médico

Exército:

Chefe do S. S. do Exército		1 Coronel médico
Oficiais adjuntos do Chefe do S. S. do Exército	Organização e pessoal	1 Major médico
	Hospitalização e evacuação	1 Ten. Cor. méd.
	Ligações	1 Major médico
Hospital de Evacuação n.º 1 — Director		1 Ten. Cor. méd.
Hospital de Evacuação n.º 1 — Sub-Director		1 Major médico
Centro de recuperáveis		1 Capitão médico
Secção de H. L. D.		1 Capitão médico
3 Centros de tratamento (1)	Gazeados	1 Major médico
	Contagiosos	1 Major médico
	Medicina	1 Major médico
Estação Reguladora		1 Major médico
Hospital Complementar		1 Ten. Cor. méd.

Prosseguindo no nosso cálculo e supondo o exército de campanha composto de 6 divisões e 3 brigadas de cavalaria, não endivisionadas (cada brigada com 1 major médico à frente do respectivo G. S. B. C,), e essas fôrças agrupadas

(1) Citamos, apenas *pour memoire*, estes 3 Centros, pois nesta zona do Exército, outros há de instalação normal, e não menos importantes: estropiados, convalescentes, etc., bem como formações de higiene, laboratório, tropas do S. S., reabastecimento e transporte, que absorvem um número considerável de oficiais médicos, farmaceuticos e do S. A. E. Omitímos, também, tôda a dotação necessária de pessoal superior médico para a *zona do interior*. No nosso caso, esta sobrepõe-se à do Exército, como é sabido, e nela existem importantes formações de tratamento geral e de especialidades, além das reservas de pessoal, a prever.

em 3 corpos de exército, teremos os seguintes *números mínimos* (aproximados) de oficiais superiores para o funcionamento do serviço de saúde dessas tropas:

Oficiais superiores	1 Coronel médico	
	12 Ten. Cor. méd.	
	22 Majores méd.	
Total . . .		35

Para os quadros de capitãis e subalternos médicos, encontramos os seguintes números:

Capitãis e subalternos, para o mesmo efectivo (6 Div., 3 C. E., e 3 B. C.)	6 divisões	228
	3 C. E.	54
	3 B. C.	24
		306

Número total de oficiais médicos para as tropas mencionadas 341

É evidente que êste cálculo apróximado, sujeito aliás a rectificações, não leva em conta o S. S. das formações da zona do interior (hospitais temporários, e permanentes, centros de tratamento ou de isolamento, serviço privativo das tropas das L. C., etc.) bem como o serviço de saúde das reservas táticas que, mobilizando, teriam que ser providas com oficiais superiores tirados do quadro permanente, por desdobramento dêste em promoções; e, ainda, com as necessárias reservas do pessoal médico.

E, se em lugar de um só exército, tivessemos dois exércitos em operações, um ao norte, e outro ao sul do Tejo, então as dificuldades em obter oficiais médicos do quadro permanente para êsses efectivos seriam de maior tomo.

Quer dizer: para assegurar, dentro da maior parcimonia, o funcionamento do serviço nas 6 divisões citadas teriamos que organizar um quadro permanente de oficiais superiores médicos que igualasse, ou excedesse ainda, o número a que chegámos anteriormente.

Quanto a capitãis e subalternos médicos, do quadro permanente, dificilmente atingiriamos a percentagem a que acima aludimos. Mas, nêste ponto, já seria possível enquadrar o número de oficiais milicianos médicos que suprisse êsse

déficit, partindo do princípio, claro está, que êstes estivessem suficientemente instruídos para assumirem, muito ràpidamente, os postos que lhes fôssem designados.

A percentagem no quadro do activo, de oficiais superiores em relação com os capitãis e subalternos era, no S. S. do Exército Francês, de cêrca de 34%; no Exército Belga, de cêrca de 16%. Esta última percentagem era considerada, pelos técnicos belgas, insuficiente para as necessidades da mobilização.

Ora, se precisamos de, pelo menos, 306 capitãis e subalternos para o serviço das 6 divisões, 3 brigadas de cavalaria e 3 corpos de exército, conforme expusemos, e supondo que 2/3 dêsse número são oficiais milicianos médicos, seria de 100, ou pouco mais, o *número limite mínimo* para o quadro de capitãis e subalternos médicos para o serviço do tempo de paz. É assim, o número de 35 oficiais superiores que acima apontamos, como sendo o necessário para as referidas tropas, estabelece a percentagem de 30%, aproximadamente, dêstes oficiais em relação com o número de capitãis e subalternos, o que nos apróxima da percentagem francesa acima citada (34%).

Como conclusão fácil de tirar — e que a experiência, aliás, tem sobejamente demonstrado — é que a actual dotação do nosso quadro de oficiais médicos é *insuficiente* para as necessidades mínimas do exército em tempo de guerra; e, é de supôr que, mais tarde ou mais cêdo, terá que vir a ser alterada, não só em consideração com essas necessidades, mas também pelas que o serviço do tempo de paz tem mostrado serem-lhe indispensáveis.

Contudo, uma afirmação queremos desde já pôr em evidência: não se julgue que pretendemos defender um quadro numeroso, em discordância com a limitação de funções que, em tempo de paz, nos é atribuída, e até com a proverbial escassez de meios de que dispomos. Pretendemos, apenas, uma organização do quadro médico em base sòlidamente estável; e essa, não a encontraremos melhor do que a do cálculo que acima deixamos esboçado, visto que é, evidentemente, *a preparação para a guerra que deve constituir a preocupação dominante dos nossos trabalhos em tempo de paz.*

Não importa que o nosso quadro seja pouco numeroso; o que importa é, não a *quantidade*, mas antes a *qualidade*.

Que êle seja organizado como um todo homogéneo, bem instruído, bem orientado, numa base de vida mais *dinâmica*, do que *estática*, com rigorosa selecção dos seus elementos, e dêste modo teremos a garantia da sua alta eficiência, e do seu elevado moral.

Não podemos, nêste momento, deixar de nos referirmos como é lógico, ao quadro dos oficiais farmacêuticos.

Nos exércitos modernos surge, cada vez mais acentuada, a necessidade de haver um quadro de oficiais farmacêuticos, militarmente treinados e tècnicamente competentes. O serviço farmacêutico, no nosso exército, não tem tido, porém, aquêle desenvolvimento que seria para desejar, visto que não podemos deixar de reconhecer o muito importante papel que lhe cabe dentro do S. S. militar.

Em todos os exércitos, a colaboração do farmacêutico tem sido utilíssima visto que, dada a sua especialização em todos os ramos da química, a sua acção se não limita à execução dos serviços pròpriamente farmacêuticos nos hospitais, e demais formações sanitárias; ela exerce-se também, com a maior eficiência, noutros departamentos, como sejam os laboratórios de análises clínicas, bromatológicas, toxicológicas e bacteriológicas (laboratórios fixos e de campanha), exame dos farmácos, etc.

Além disso, no serviço de análises de águas, no reconhecimento das suas propriedades, e na sua quási sempre necessária beneficiação, e ainda no serviço anti-gás, é o farmacêutico um elemento indispensável ao Comando.

Ora, em nosso entender, o quadro farmacêutico existente é insuficiente para prover às necessidades das tropas em serviço na frente, e ainda menos para as que hajam de ficar em reserva, ou na zona do interior. Acresce ainda a circunstância de que, fazendo-se hoje os maiores bombardeamentos aéreos sôbre a zona acima referida, parece poder deduzir-se que teremos que dotar esta com médicos e farmacêuticos que cheguem para os numerosíssimos socorros a prestar a feridos e intoxicados, e que tenham sólidos conhecimentos militares.

Também não queremos, nem podemos esquecer, os oficiais oriundos do S. S. M., pertencendo ao extinto quadro auxiliar do Serviço, ou ao S. S. A. E., prestimosos e valiosos colaboradores do médico militar, e sem os quais seria, por vezes, muito difícil levar a cabo as tarefas que nos são cometidas.

A sua convivência com os meios médico e farmacêutico, o seu conhecimento do material de instrução e, em geral, de todo o complexo material sanitário de campanha, cada vez mais especializado, conferem a estes oficiais uma larga prática, além da que diz respeito às suas funções administrativas e de disciplina, e às de instrução, especialmente depois que, pelo decreto n.º 20.873, de 12-III-1932, lhes foi atribuído o cargo de instrutores de recrutas, em colaboração com os aspirantes a oficial e oficiais médicos, função esta de que se têm desempenhado com zêlo e competência.

Dêste modo, não é demais salientar a vantagem em se promover que os mais directos colaboradores do médico militar no exercício das suas funções — que são o oficial farmacêutico, e o do quadro auxiliar — venham, desde o tempo de paz, sendo chamados a prestar a sua colaboração em conformidade com um único *plano de acção*, e de tal forma que, a sobrevir o estado de guerra, nada mais haja a fazer do que aplicar, na campanha, os métodos estudados e os conhecimentos adquiridos desde o tempo de paz.

Ora a maneira de se conseguir tal unanimidade de esforços é a de que *todos falem a mesma linguagem*, isto é, que a sua cultura geral e a sua perícia, nos ramos da actividade que a cada um compete, se exerçam *no mesmo plano*, sob uma direcção única e competente, e tendo em vista *o mesmo objectivo*.

Tudo quanto se faça, pois, para levar êstes colaboradores a um mais elevado grau de cultura e a mais apurada especialização só pode trazer à eficiência do serviço os maiores benefícios, além da elementar vantagem de todos bem se conhecerem uns aos outros, não só sob o ponto de vista profissional, mas também no que diz respeito às qualidades morais e psicológicas.

Em França, por exemplo, e para o caso dos oficiais farmacêuticos, a sua actividade não só assegura a execução do

serviço farmacêutico pròpriamente dito (preparação, verificação, classificação, conservação e fornecimento dos medicamentos, artigos de penso, e, ainda a esterilização, desinfecção e desratização, análises clínicas, biológicas e toxicológicas), mas também outras funções especiais, conforme a formação em que prestam serviço.

Fóra da sua especialidade, pode ser encarregado, nas formações sanitárias da frente, da vigilância das equipas de maqueiros, dos principais cuidados a feridos e gaseados, do reabastecimento de material sanitário, da higiene das tropas e do saneamento do campo de batalha.

Nas ambulâncias e hospitais, pode ter a seu cargo a desimpregnação e terapêutica dos gaseados, os cuidados pre e post-operatórios, a assistência, a bacteórologia, o funcionamento da radiologia, a conservação do material cirúrgico, etc.

Está também especialmente qualificado para intervir na *defeza passiva* das formações sanitárias, e para dirigir as operações de detecção, desinfecção e recuperação, podendo as unidades recorrer ao oficial farmacêutico para completar químicamente a detecção primária efectuada pelo grupo de protecção.

*

De resto, estes pormenores de nova e mais aperfeiçoada *doutrina sanitária* a estabelecer são apenas directrizes que devem condicionar a orientação a imprimir ao serviço, a qual deve ter, de um modo geral, *a necessidade de prover as tropas com elementos sanitários perfeitamente integrados na missão a cumprir*, e que tão importante papel desenpenham na vigilância e defesa da sua saúde, na recuperação dos seus efectivos e na manutenção de um elevado moral!

Alguma coisa há ainda a dizer, e não menos importante, no que se refere à orgânica sanitária do serviço em campanha, e sua regulamentação, no estudo e *mise-au-point* das formações sanitárias, à composição das suas cargas de material de tratamento e hospitalização, aos meios de evacuação a pôr em marcha, emfim, a tudo o que deve ser estudado e realizado *desde o tempo de paz*, porque não se pode improvisar *em tempo de guerra*.

No capítulo da *instrução das tropas*, por exemplo, seria da maior vantagem que as Inspecções tivessem nesta uma maior interferência. Se é certo que a creação da Escola do Serviço de Saúde Militar veio dar um novo e valioso impulso à eficiência da instrução, não é menos verdade que ela não pode a tudo provêr, e que a instrução das tropas, sempre em via de maior desenvolvimento e aperfeiçoamento, exige tôda a atenção, não só da entidade directora, mas também dos que nela têm interferência orientadora e fiscalizadora.

Passemos, portanto, ao que se nos oferece dizer sôbre as *Inspecções do S. S. Militar.*

O art.° 458.° do R. G. S. S. E. diz-nos que «as inspecções de fiscalização médica têm por fim conhecer do estado sanitário das tropas e das condições higiénicas dos quartéis, hospitais e outros estabelecimentos militares, estudando e examinando com a maior circunspecção tudo o que possa influir na saúde das praças e nas condições de salubridade dos edifícios».

Os artigos seguintes dêste regulamento, ainda hoje notável, não obstante a sua antiguidade, fixam as normas sob as quais se deve exercer a actividade dos inspectores, havendo a notar que, nessa época, em que as exigências de instrução, educação física e higiene eram menores que hoje, se tinha reconhecido já a necessidade de existirem inspectores e sub-inspectores do S. S. Militar, os quais, em cada divisão, se coadjuvavam ou revesavam conforme as exigências do serviço.

Não analisando agora, por não interessar a êste estudo, as razões que levaram à supressão dos sub-inspectores, parece-nos que as inspecções, além da sua função normal de fiscalização já assinalada, da orientação do trabalho das juntas hospitalares de inspecção, e elaboração da estatística médico-militar, podem ainda exercer uma acção importante na superior orientação da instrução geral das tropas do S. S. e na dos maqueiros regimentais, e ainda na elaboração do que poderemos chamar o *cadastro sanitário* do território. Com efeito, sabemos a importância que o levantamento dos feridos no campo de batalha e o seu primeiro tratamento

pode ter na evolução das suas lesões; e, por outro lado, não pode o oficial médico fiscalizar pessoalmente todo o serviço, por não poder estar, a um tempo, em numerosos locais diferentes.

Por isso, a cuidada instrução dos maqueiros regimentais é hoje encarada como uma necessidade por tôdas as unidades e formações.

A elaboração pelo nosso Serviço, do Guia provisório para essa instrução, e a sua distribuïção pelas unidades, vem dar novas possibilidades para se conseguir o fim em vista.

Contudo, é preciso remover alguns inconvenientes: unidades de grande efectivo, em que o número de maqueiros a instruir excede largamente as possibilidades do *corpo docente*, isto é, do médico da unidade e do pessoal seu subordinado; unidades do efectivo médio, mas que não têm médico militar, e em que a instrução dos maqueiros está confiada ao graduado enfermeiro, quando êste não é um simples soldado.

Estes inconvenientes poderão ser removidos, pelo refôrço do pessoal instrutor, no primeiro caso, e pela creação de *centros de instrução de maqueiros*, a instalar em determinadas zonas militares, dotados de pessoal e material de instrução em harmonia com o número de praças a instruir.

Na instrução das tropas sanitárias (C. S.), as modificações a introduzir no plano de intrução em cada ano, a fiscalização das E. Q. e de complemento, o desenvolvimento e a aplicação prática dos programas a pequenos temas ou ensaios no campo, com a respectiva aparelhagem, tais são, a nosso vêr, os pontos sôbre os quais, na instrução das tropas de saúde, os Inspectores do Serviço podem exercer a sua acção orientadora e fiscalizadora, além das que já lhes estão confiadas na ordenação geral da instrução que se ministra, nos hospitais militares, aos maqueiros, enfermeiros, e outros especializados.

No que diz respeito ao Cadastro Sanitário do território, esta teria por objectivo a colheita de todos os elementos de carácter sanitário que, em ocasião de manobras, ou em outras emergências, habilitassem a chefia do serviço a poder contar com as instalações preexistentes que, total ou parcialmente, pudessem interessar à realização da assistência sanitária às

tropas: enfermarias de estacionamento, divisionárias, de C. E., complementares, centros de tratamento, hospitais temporários ou complementares, etc.

O inquérito a realizar diria respeito, para os estabelecimentos militares, à capacidade de hospitalização normal e máxima, meios de tratamento, e meios a requisitar, dos hospitais militares, enfermarias regimentais, ou de guarnição, quartéis, institutos de ensino, postos de socorros, e meios terapêuticos existentes em farmácias e cantinas.

Para os civis, mencionar-se-ião os hospitais, postos de socorros, liceus e outros estabelecimentos de ensino, dispensários, preventórios, sanatórios, casas de saúde e asilos, farmácias, postos de serviço médico e farmacêutico da Assistência pública, companhias de seguros, e outras, fábricas, minas, etc.

Esta resenha completar-se-ia com a enumeração do pessoal médico e de enfermagem, pessoal farmacêutico, depósito de material de tratamento, transporte, hospitalização e manutenção.

Poderia ser conjuntamente elaborada um síntese gráfica dos elementos colhidos para cada localidade, com a indicação das suas vias de acesso, próximidade de via férrea, situação dos principais edifícios hospitalares, e tudo quanto ao critério do inspector parecesse conveniente ser indicado.

Êste inquérito levaria tempo a realizar e a completar, e exigiria estreita colaboração de tôdas as entidades civis ou militares que fôssem chamados a intervir.

Deve notar-se também que, em parte, êle iria ao encontro do que está previsto pela D. C. T. e, portanto, representaria um valioso elemento de coordenação e informação.

Ainda em relação com o que deixamos dito, citaremos, de memória, algumas considerações produzidas pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. A. Reinaldo dos Santos, a quando do Ciclo de Conferências de cultura do Hospital Militar da Marinha, e que diziam respeito à necessidade de, dado o tipo da guerra moderna, se olhar com a devida atenção o problema dos pequenos hospitais ou clínicas da província, dotando-os de meios modernos de tratamento e de maior capacidade de hospitalização, visto que os bombardeamentos aéreos incidem, indistintamente, sôbre as cidades, vilas e aldeias, e mais

intensamente, e com maiores estragos, na zona do interior, do que na da frente.

Segundo o ponto de vista do ilustre professor, torna-se necessário prevêr, desde o tempo de paz, a discriminação de socorros por todo o território nacional, visto que, de um modo geral, onde ocorrem os bombardeamentos, aí se devem ter os socorros. Êsses hospitais, cuja situação é, em geral, e como todos sabemos, deplorável sôbre todos os pontos de vista, seriam dotados dos respectivos abrigos contra os *raids* aéreos, com todos os aperfeiçoamentos que a moderna técnica indica para tais instalações.

Companhias de Saúde:

Três são as unidades do S. S. militar no território nacional: a 1.ª C. S., com séde no Porto, a 2.ª C. S., em Coímbra, e a 3.ª C. S., em Lisboa.

A 1.ª C. S. incorpora os recrutas destinados ao S. S. na área da 1.ª R. M.; a 2.ª C. S. incorpora os da 2.ª R. M.; a 3.ª C. S., os da 3.ª e 4.ª R. M., G. M. L. e os oriundos das ilhas adjacentes. Por esta breve resenha se pode vêr que o efectivo da 3.ª C. S. é, de longe, muito maior que o das outras unidades similares.

O decreto-lei n.º 28.401, de 31-XII-937, no seu quadro XL, dá-nos, como organização do tempo de paz *para cada C. S.*, o seguinte:

Oficiais:

Comando	1 Capitão médico
1 Secção de instrução .	1 Subalterno médico
1 Secção de mobilização	1 subalterno médico e 1 oficial dos S. A. E.
1 Centro de mobilização	1 Oficial de reserva

Sargentos — 1 Sargento ajudante, 1 1.º sargento, e 6 2.ºs sargentos ou furrieis.

Cabos e soldados — 24.

Ulteriormente, para a 3.ª C. S., o número de praças passou para 30, e depois para 50. O Comando de cada C. S. passou a ser exercido por 1 major médico, ficando o quadro da 3.ª C. S. constituído por 1 major médico, 1 capitão mé-

dico, 1 subalterno médico, 3 subalternos médicos milicianos e 3 oficiais do S. A.

Um colega nosso, aliás médico militar ilustrado e competente, dizia-nos, há tempo, que se justificava o facto das tropas de saúde contarem com tão pequenos efectivos, sobretudo em maqueiros, pois que, se assim não fôsse, perder-se-ião muitos homens válidos para o serviço das armas.

Ora, nós pensamos que o maqueiro é um soldado como outro qualquer, e não há nada que se oponha a que êle tenha a mesma instrução geral da que tem um soldado de infantaria, ou um pioneiro, além dos conhecimentos especiais da função a que se destina. A única diferença que existe entre um maqueiro e um soldado das armas é que lhe não é lícito servir-se da sua arma senão em legítima defesa ou na da formação a que pertence. Quanto ao mais, os riscos são os mesmos, igual o serviço, senão mais pesado, que o do combatente, e o estoicismo de que deve estar imbuido para o nobre desempenho da sua missão é por todos sabido e reconhecido.

Dêste modo, o maqueiro não é um soldado qualquer. O maqueiro tem que ser seleccionado e instruido com tanto ou maior cuidado que o soldado de qualquer outra arma; e pode até, em determinadas emergências, combater com a maior valentia, sob as ordens dos seus superiores, tal como se viu em Espanha, quando da última guerra civil, e por mais de uma vez.

A instrução das tropas do S. S. deve ser muito cuidada não só sob o ponto de vista dos conhecimento técnicos, mas também na sua aplicação às condições do terreno e nos socorros a prestar aos feridos nas mais variadas hipóteses, trabalhando de dia ou de noite com o mesmo desembaraço, visto que, frequentemente, se combate mais de noite que de dia.

As tropas do S. S. devem, dêste modo, constituir uma sólida corporação fortemente orientada para o seu objectivo dominante — socorrer os seus camaradas através de todos os perigos e dificuldades — e ser, por isso, dotada de elevado moral.

Êste objectivo só se consegue integrando as tropas do S. S. no seu verdadeiro papel, e dando-lhes meios para o

desempenho da sua missão na guerra, *através da sua organização na paz.*

Não é possível, porém, realizar tal plano de trabalho com unidades de fracos efectivos, e com períodos de instrução reduzidos.

Se, conforme se lê no n.º 10 do relatório que antecede o decreto-lei citado, «sendo a ciência militar por sua natureza experimental, não faz sentido que haja unidades cujos efectivos não permitam, ao menos uma vez em cada semana, o trabalho no campo de parte importante dos seus quadros», é evidente que o problema da instrução permanente e prolongada das tropas do nosso serviço só pode ser resolvido com um aumento razoável dos quadros e dos efectivos.

A isto mesmo seremos levados se, por outro lado, considerarmos a necessidade de ter sempre à mão, na previsão de uma súbita emergência, tão possível nos agitados tempos que decorrem, uma *fôrça sanitária de reserva* que poderia ser, por exemplo, *em cada companhia de saúde, um grupo sanitário divisionário completo*, com todo o pessoal e material prontos a marchar à primeira voz para onde lhes fôsse determinado, para o que se exercitariam permanentemente.

Não nos parece difícil conseguir-se um tal objectivo, o que daria às unidades do S. S. M. uma fôrça real e utilíssima, permitindo-lhe uma perfeita instrução do quadro de oficiais, sargentos, e de todo o pessoal permanente ou a incorporar.

Mas, se é certo que precisamos de maqueiros em grande número e bem instruídos, não é menos verdade que o quadro dos enfermeiros militares necessita ser constituído por elementos bem seleccionados e também em número suficiente para as diversas formações do S. S. M., em campanha.

Mostra a experiência que a maior parte dos enfermeiros formados pelo C. S. retoma as suas ocupações habituais logo que é licenciado.

Com efeito, o nosso meio hospitalar civil, salvo os de Lisboa, Porto e Coímbra, é reduzidíssimo, pois que os hospitais da província são pequenos, e vivem geralmente com dificuldades.

Assim, os enfermeiros militares licenciados não encontram maneira de exercer a sua actividade, e são compeli-

dos a lançar mão da sua anterior ocupação, ou a procurar outra.

Quando tais elementos voltam, eventualmente, a ser chamados às fileiras, já nada sabem do que aprenderam e, por isso, torna-se muito difícil integrá-los no serviço, de dia para dia mais complexo.

Êste constitue um problema grave e urgente, cuja solução só se poderia, possìvelmente, obter, pelo aumento do tempo de serviço, pelo aumento do pessoal de enfermagem nos hospitais militares, por um estágio de alguns meses, anualmente, para os enfermeiros das cinco últimas classes licenciadas, e por uma chamada geral ao serviço, bi ou tri-anualmente, para os mais antigos.

Ao mesmo tempo, constituir-se-ia o «Serviço de Enfermeiras Auxiliares do Exército», tal como se faz nos exércitos estrangeiros, sem quadro fixo, e onde receberiam instrução da especialidade as estudantes universitárias, as empregadas ou diplomadas solteiras até certa idade, as que se inscrevessem voluntàriamente, etc. Êste pessoal auxiliar poderia prestar os maiores serviços, não só nos orgãos de tratamento avançados, como também nos hospitais da zona do interior.

O Serviço de Saúde orgânico das tropas:

O serviço regimental é, geralmente, aquêle por onde se ingressa na prática da vida médico-militar. A tendência, hoje em dia, é o tornar êsse serviço cada vez mais perfeito, dando-lhe uma relativa autonomia. O médico adquire, assim, o espírito da tropa com a qual se habitua a conviver; e colegas há que passam algumas horas do seu dia de trabalho entregues aos cuidados que lhes merecem os doentes, e até os sãos, da sua unidade. Não é só a revista diária de saúde que lhes deve ocupar o espírito; é também a visita demorada aos doentes da enfermaria, a vigilância a exercer sôbre o pessoal adstrito à mesma, os boletins a preencher devidamente, os oficiais e graduados que, por vezes, também, se apresentam no posto de socorros para serem examinados;

outras vezes, pessoas de família dêstes que reclamam consulta, ou até, a visita domiciliária.

O médico regimental tem ainda que proceder às vacinações, às mensurações antropométricas, à vigilância da educação física e dos desportos. E como as incorporações se fazem, actualmente, em dois turnos, as inspecções de entrada dos recrutas e as juntas regimentais constituem mais um encargo para a sua actividade. A isto juntaremos as palestras de higiene às praças, a instrução dos maqueiros regimentais, etc.

O médico regimental é pois, hoje em dia, solicitado por uma soma de atribuïções e deveres que o obrigam a cuidar muito sèriamente da sua instrução geral. E como é, antes de tudo, um médico, não se pode confinar na vida do quartel, e precisará, de vez em quando, de fazer um estágio, mais ou menos prolongado, no hospital. E assim, melhorando a sua preparação, concorrerá também para que o serviço hospitalar melhore com a sua actividade. Porque, nêste ponto, somos de parecer que todos os médicos da guarnição devem, indistintamente, prestar serviço, por escala ou rotação, nos hospitais militares.

É nosso dever assinalar que, nêstes últimos anos, se tem vindo dando um certo desenvolvimento aos orgãos de tratamento privativos das unidades, conforme se pode verificar da seguinte relação:

G. M. L.	Unidades e estabelecimentos	55
	Enfermarias regimentais e de guarnição	22
	Postos de socorros	18
	Postos A. V.	16
	Dotação para tratamento estomatológico	8

1.ª Região Militar	Unidades e estabelecimentos	20
	Enfermarias regimentais e de guarnição	7
	Postos de socorros	11
	Postos A. V.	15
	Dotação para tratamento estomatológico	5

2.ª Região Militar	Unidades e estabelecimentos	15
	Enfermarias regimentais e de guarnição	7
	Postos de socorros	5
	Postos A. V.	7
	Dotação para tratamento estomatológico	7
3.ª Região Militar	Unidades e estabelecimentos	17
	Enfermarias regimentais e de guarnição	7
	Postos de socorros	4
	Postos A. V.	10
	Dotação para tratamento estomatológico	5
4.ª Região Militar	Unidades e estabelecimentos	13
	Enfermarias regimentais e de guarnição	6
	Postos de socorros	4
	Postos A. V.	6
	Dotação para tratamento estomatológico	6

Pela circular n.º R. 3, do E. M. E., de 17 de Fevereiro de 1941, (distribuïção dos contingentes) o número de recrutas a incorporar foi de:

Infantaria	15.106
Artilharia	5.762
Cavalaria	2.663
Engenharia	2.618
Aeronáutica	530
S. S. M.	266
S. A. M.	970
Companhias de Trem	619
	28.534

Êste número representa justamente 30 a 40% dos mancebos presentes às inspecções.

De facto, no decénio de 1924 a 1933, as percentagens são as seguintes, segundo o quadro inserto a pág. 7, do « Rela-

tório Geral e Estatística dos Serviços de Recrutamento », de 1936:

Anos	Percentagens dos apurados definitivamente entre os que se apresentaram	
	Ás juntas de recrutamento	Ás juntas regimentais
1924	35,54	37,22
1925	38,18	36,89
1926	38,86	43,12
1927	49,41	44,40
1928	40,55	43,76
1929	44,14	38,25
1930	42,12	39,85
1931	37,78	35,60
1932	37,92	35,97
1933	38,32	35,99

Se juntarmos aos 28.500 recrutas incorporados as 26.397 praças do serviço permanente (efectivo fixado pela circular n.º 21.130, da 1.ª D. G. do M. G. de 20-XII-1939) encontramos fàcilmente, para efectivo médio do exército, em tempo de paz, o número aproximado de 40.000 homens (26396 + ½ de 28.500).

Ora, já em 1928, no relatório apresentado ao Congresso Nacional de Medicina sôbre a « Organizacão do S. S. Militar », pelo Ex.mo Coronel médico Dr. Manuel Gião, que foi nosso prestigioso Director, se dizia:

« O quadro permanente de médicos militares, fixado na última organização do exército, é de 152 oficiais, número insuficiente para as exigências do serviço em tempo de paz. As dificuldades do recrutamento fazem com que êste quadro esteja incompleto, sendo o número de médicos em serviço efectivo de 145 ».

E, encarando agora esta questão do recrutamento dos oficiais médicos do Q. P., não queremos deixar de inserir neste estudo algumas sugestões que o nosso distinto camarada, tenente médico Macias Teixeira nos enviou sôbre o assunto:

« Hoje, mais do que nunca, a Nação e o Exército confundem-se num todo igualmente sacrificado na luta pelos interêsses morais e materiais da Pátria ».

«Se esta confia ao Exército a vida dos seus filhos, deve exigir-lhe as necessárias garantias de conservação dessa vida e dessa saúde».

«Manutenção da saúde, e recuperação dos efectivos, são as duas grandes missões que os regulamentos apontam ao S. S. Militar. Como corolário desta finalidade, surge para o S. S. a missão de preparar os elementos necessários ao enquadramento de outros valores, e à utilização dos meios necessários ou disponíveis, em caso de guerra».

«E esta missão de preservação e recuperação assume importância especial num país, como o nosso, cujo valor populacional é diminuto, cujo índice de robustez é deficiente, e cujo estado sanitário geral é desolador.

«Se, para os políticos de todo o mundo surge, a cada instante, a necessidade de verificarem as condições de adaptação da política nacional às finalidades militares, e condicionarem essa política superior às referidas possibilidades de fôrça, é aos militares que cabe a responsabilidade da manutenção da eficiência das fôrças armadas, e para êles surge, também, a cada momento, a necessidade de verificarem se todos os departamentos, todos os ramos, tôdas as rodas do complicado organismo militar se encontram devidamente providos, harmònicamente desenvolvidos e tratados, ou devidamente afinadas as suas engrenagens».

«Em caso de desarmonia, torna-se necessário um reajustamento, que pode traduzir-se (e em regra se traduz) em sacrifícios financeiros de momento, que a Nação terá que defrontar para evitar danos maiores, e para manter as suas fôrças armadas à altura de poderem satisfazer, tanto as exigências da política internacional, como a simples segurança nacional.

«O S. S. Militar parece não corresponder, de facto, às exigências do momento, sentindo-se a necessidade de procurar o seu reajustamento ao desenvolvimento que se verifica no restante organismo militar».

«É um Serviço diminuto em número, mal provido em material e... com pessoal pouco instruído e pouco conhecedor das suas missões».

«O S. S. não necessita, pròpriamente, de médicos capazes de aplicarem conhecimentos médico-cirúrgicos do tempo de paz, medidas preservativas ou curativas, etc. Necessita, sobre-

tudo, de directores, de chefes de serviço, capazes de harmonizar as exigências da técnica médico-cirúrgica com as necessidades e as condições militares».

«E, *como é na paz que se prepara a guerra*, o quadro dos médicos militares deveria ser constituído, inicialmente, por 2 "Corpos" distintos:

1.º — O *Corpo de Médicos Militares* pròpriamente dito, formado por médicos com uma preparação geral ao mesmo tempo médica e militar, perfeita e enciclopédica. Constituiria o núcleo de recrutamento dos futuros chefes ou directores do Serviço».

«2.º — O *Corpo de Especialistas* que servisse, em tempo de paz, para tratar dos casos e dos assuntos das suas especialidades, no meio militar, e capaz de poder ser, em tempo de guerra, um depósito de Consultores especializados que se agregariam, como adjuntos ou Consultores, aos Chefes médicos do Exército».

«Vemos, assim, que as funções dêstes dois grupos, embora aparentemente iguais, seriam na verdade distintas».

«Aos primeiros incumbiria o exercício da medicina regimental e das clínicas gerais dos hospitais, podendo ainda praticarem, ser adjuntos ou assistentes dos serviços especiais».

«Aos segundos incumbiria o serviço das especialidades e dos restantes serviços da guarnição. Êstes especialistas poderiam ser, indistintamente, médicos do quadro permanente, ou milicianos, providos nos logares por concurso de provas públicas, em regime de readmissão periódica (cada 3 anos, por exemplo), e não vitalícios».

«No caso de não serem readmitidos, os médicos do quadro voltariam à sua anterior situação, e os milicianos seriam licenciados».

«O Corpo de Médicos Militares deveria ser constituído por 156 médicos, e o dos Especialistas apenas por 25».

«Aos primeiros, como futuros directores ou chefes do S. S., deveria ser dada, no decorrer de tôda a carreira, uma instrução ao mesmo tempo militar e médica, bastante perfeita e enciclopédica».

«Para tanto seriam obrigados a freqüentar, periòdicamente, serviços hospitalares, de preferência universitários,

em regimen de estágio de duração variável, com a importância que na vida militar tenha o ramo da medicina ou da cirurgia em que se estagie».

«Assim, os serviços de mais demorados estágios deveriam ser os de cirurgia e ortopédia, de higiene colonial e geral, e de medicina legal».

«Em cada período de 3 anos, por exemplo, os médicos teriam de fazer qualquer estágio, conforme a indicação da Direcção do S. S. Militar, que procuraria que todos os médicos freqüentassem as várias especialidades da medicina e da Cirurgia».

«O quadro permanente, ou "Corpo de Médicos Militares", seria constituido por:

1 Brigadeiro médico, Director do S. S. M.

5 Coroneis médicos Inspectores, do S. S. M. das Regiões.

2 Tenentes Coroneis médicos, Inspectores do S. S. M. nas ilhas adjacentes.

6 Tenentes Coroneis médicos directores dos H. M. Principal e Regionais.

14 majores médicos — incluindo 3 comandantes das Companhias de Saúde, que poderiam ser de novo transformadas em grupos de companhias.

138 Capitães e subalternos médicos regimentais, clínicos dos Serviços de Clínica Geral dos Hospitais Militares, assistentes das especialidades, médicas de escolas e estabelecimentos militares, etc.

«O "Corpo de Especialistas" seria organizado por forma a que os Hospitais Militares tivessem um número proporcional à sua importância real».

«Assim, o Hospital Militar Principal teria 9 especialistas contratados, além dos assistentes do Q. P. acima referidos».

«Êsses especialistas seriam: 1 cirurgião, 1 neuro-cirurgião, 1 urologista, 1 oftalmologista, 1 oto-rin-laringologista, 1 estomatologista e cirurgião maxilo-facial, 1 neurologista, 1 radiologista fisioterapeuta e 1 analista anatomo-patologista».

«O Hospital Militar do Porto (n.º 1) teria 7 especialistas».

«Os Hospitais Militares Regionais n.ºs 2, 3 e 4, 3 especialistas cada um».

«Ao expôr a nossa opinião sôbre estas cousas, não deixo de compreender que, se a leigos fôsse dita, não deixariam de a classificar de megalomânica, de exagerada, de própria só de países ricos...»

«Todos os que, como nós, sabem o que representa, dentro de um exército, a conservação dos efectivos, e todos os que conheçam a complicada engrenagem militar, concordarão em que é apenas um programa mínimo, justamente necessário, e até indispensável, num país que não é rico, cuja população não é saudável, e cujo valor populacional não é elevado».

Êste depoimento — digamo-lo assim — aborda, entre outras, a questão dos médicos civis contratados para o serviço dos estabelecimentos militares hospitalares, e, de certo modo, os contratados para o serviço das próprias unidades.

Há muito que consideramos que o médico civil contratado para o serviço das tropas não póde, de forma alguma, equiparar-se ao médico militar na mesma função.

Um problema militar como é o da assistência às tropas, em qualquer emergência, o conhecimento da sua índole e da sua psicologia próprias, o da higiene militar, da táctica sanitária e dos cuidados a ter com o material complexo, delicado e caro que é entregue à guarda do médico militar, além das funções que lhe cabem como perito, oficial com funções administrativas, e até, muitas vezes, comandante de fôrças, não nos parece que possa ser resolvido eficientemente pelo contracto de diplomados civis, por muito competentes que sejam como profissionais e muito cuidadosos com os seus doentes, mas desconhecedores, na sua maioria, da complexidade do serviço médico-militar e do que, no desempenho do mesmo, lhes pode vir a ser exigido.

De resto, devemos desde já acentuar que os contractos médicos desta categoria excluem, em geral, qualquer função militar pròpriamente dita. Podemos portanto concluir que, excluido o quadro das especialidades nos estabelecimentos hospitalares, tudo o que é do fôro da medicina castrense, como especialidade que de facto é dentro da medicina geral, deve ser lògicamente desempenhado pelos médicos militares.

*

Orgãos de hospitalização e tratamento: hospitais, enfermarias regimentais e de guarnição e postos de socorros.

Os hospitais militares podem dividir-se, conforme a sua classificação oficial, e seu grau de importância crescente, em *auxiliares, regionais* e *principal.*

Os hospitais auxiliares, provisòriamente mantidos, são apenas os de Chaves e o de Elvas, com um apetrechamento reduzido em material de tratamento e pequena capacidade de hospitalização. Têm, por isso, uma função bastante limitada e local.

Os hospitais militares regionais podem classificar-se, em 2 grupos: os do Porto e Coimbra, muito importantes, porque além da sua capacidade de hospitalização e meios de tratamento, têm ainda uma função docente na preparação técnica do pessoal das 1.ª e 2.ª C. S., com séde naquelas cidades; os de Tomar e Évora, com meios de tratamento mais reduzidos e menor capacidade de hospitalização, servindo as regiões respectivas.

Finalmente, o Hospital Militar Principal de Lisboa, o qual, não só pela sua capacidade de hospitalização, mas ainda pelos meios de observação e tratamento de que dispõe, é de facto o nosso primeiro estabelecimento hospitalar.

Num plano geral de reforma hospitalar, a estabelecer, haveria que estudar, não só os melhoramentos a introduzir nos hospitais mais parcamente apetrechados quanto à sua função de tratamento, mas ainda no que diz respeito à sua localização.

Não há dúvida, porém, que as bases de hospitalização no continente são Lisboa, Porto e Coimbra, e que para estas cidades convergem naturalmente as grandes correntes de evacuação de feridos e doentes, tanto no tempo de paz, como em tempo de guerra.

É, pois, para os H. M. R. n.os 1 e 2, e para o H. M. P., que devemos p evêr, numa situação de emergência, as concentrações suficientes de pessoal e material, devendo os regionais poder dispôr, cada um dêles, de 500 camas de hospitalização, e o Principal de, pelo menos, 1000 camas, ser-

vindo todos como centros médico-cirúrgicos, com tôdas as especialidades.

Êstes hospitais têm, como já apontámos, uma função docente importante na preparação dos enfermeiros, maqueiros, praticantes de farmácia e de laboratório oriundos dos 3 C. S. Onde, porém, essa função é mais importante é no H. M. P., pois que, anexo a êste, funciona a Escola do Serviço de Saúde Militar, que tem a seu cargo os estágios e cursos técnicos dos oficiais do Q. P., e os cursos do 2.º ciclo dos sargentos milicianos e oficiais milicianos médicos.

Êste hospital, cuja capacidade de hospitalização está actualmente exgotada, não poderá ser ampliado no local em que se encontra, pois já em tempo se verificou que as suas fundações não suportariam novos andares; e, ainda, porque as suas dependências na antiga cêrca — cirurgia, oto-rino, oftalmologia, laboratório, pavilhão de operados, etc. — estão condenadas pela passagem da nova rua que, do Largo da Estrêla, desce até à Avenida 24 de Julho.

Surge, portanto, o problema de instalar êste hospital em novo edifício, com maior capacidade de hospitalização, e mais adequada concentração de meios de tratamento e manutenção.

Por outro lado, também o aquartelamento em que se encontra alojada a 3.ª C. S., na Graça, não corresponde às necessidades da instrução a ministrar ao pessoal, visto que, além de outros inconvenientes, está situado a grande distância do H. M. P., obrigando o pessoal a contínuos deslocamentos de um para outro local, o que origina uma perda de tempo e de esforços, de que resulta um prejuizo certo para a eficiência da referida instrução.

Parece, portanto, necessário que se encare a solução dêste problema por forma a que, a realizar-se a construção de um novo hospital militar, se preveja a instalação da 3.ª C. S. em edifício próprio e nas imediações daquele estabelecimento.

Haveria ainda grande vantagem em que os outros orgãos do Serviço ficassem agrupados em torno do hospital, obedecendo ao princípio de coordenar o mais possível as suas funções, tornando-as conjuntamente solidárias no objectivo em vista: a melhor preparação técnica de todo o pessoal do S. S.

Eis o que procurámos realizar com o esquema que a seguir apresentamos, e que é apenas uma sugestão gráfica que pode vir a servir de base de estudo para a solução do problema. De facto, é em Lisboa que estão agrupados os orgãos mais importantes do Serviço, e portanto, é aqui que deve existir o Centro impulsionador e coordenador de tudo o que diga respeito à actividade do mesmo.

O nosso esquema representa, portanto, a ante-visão do que poderá ser êsse Centro médico-militar, logo que a reforma do Serviço fôsse superiormente julgada conveniente, e se pudesse dispôr das necessárias verbas para a construção dos edifícios, a qual seria feita em étapas sucessivas, dando-se preferência àquêles cuja instalação fôsse julgada mais urgente, como é o caso do edifício hospitalar e do quartel para a 3.ª C. S.

Inúmeras e valiosas seriam as vantagens resultantes dessa concentração para a total e perfeita eficiência do S. S. Militar.

Com efeito, todos os orgãos centrais do Serviço, quer os de direcção, quer os de execução, estariam, pela sua proximidade, em permanente troca de informações, estudos, e ajuda mútua, sem ser preciso, para isso, ter que transpor grandes distâncias, ou ter que tratar os assuntos por escrito, o que se não compadece com a forma dinâmica como hoje deve funcionar um serviço desta natureza, cuja preparação para a guerra depende, em última análise, da íntima colaboração dos dirigentes com os dirigidos, e da orientação que as aquisições de ordem científica podem, dia a dia, imprimir à sua actividade.

O mesmo diriamos da influência que a modernização do serviço, pela creação dêste Centro Médico-Militar, poderia ter no índice da instrução geral das tropas sanitárias em todos os seus graus, na constituïção e aperfeiçoamento das suas formações de campanha, na melhoria das condições higiénicas das tropas, no completamento da rêde das suas enfermarias e postos de socorros, e em tudo o mais em que essa actividade se pudesse exercer em benefício geral, não só da colectividade militar, mas também da do próprio meio civil.

Relembramos, a propósito, as judiciosas considerações do nosso antigo e prestigioso director, Coronel médico Dr. Manuel Gião, que extratamos da já citada conferência:

«Se, em certos ramos de actividade médico-cirúrgica, o Serviço de Saúde dispuzesse de elementos que excedessem as suas necessidadee do tempo de paz, mas que fôssem julgadas indispensáveis para garantir as necessidades de guerra, como Centros ou núcleos de preparação e instrução, êsses elementos podiam colaborar com o Serviço de Saúde dependente do Ministério do Interior».

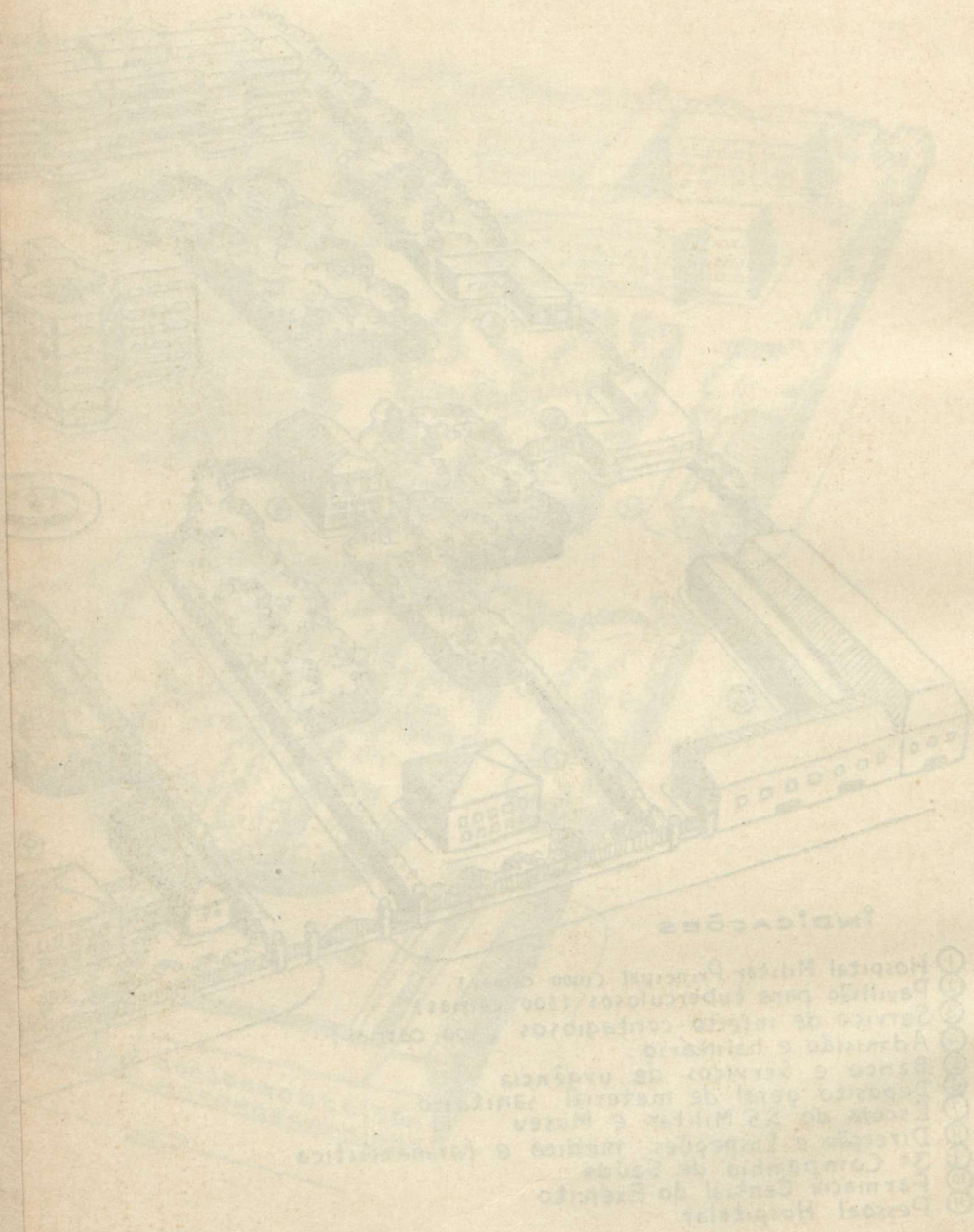
«¿Se o serviço de saúde militar dispuzésse de laboratórios de análises proporcionais, em número e largueza de instalação, às necessidades do serviço, se estes tivessem, como convinha, uma secção mobilizável, não podiam êles ser utilizados pelos inspectores civis de saúde, nas localidades onde estes não dispuzessem de laboratórios próprios? ¿Não podiam as secções móveis colaborar no estudo de uma epidemia, ou no de um abastecimento de águas?»

«¿Se o serviço de saúde militar dispuzésse de carros automóveis de transporte de feridos, não podia tomar a seu cargo, em ligação com as autoridades civis, o transporte urbano e rural de feridos e doentes?»

«¿Se a luta contra as doenças venéreas entrar numa fase de realizações, não poderiam as consultas dos hospitais militares, convenientemente dotadas com pessoal e material, coadjuvar as consultas civis a criar?»

«¿Se o serviço de saúde militar dispuzésse do material necessário para instalar as formações sanitárias de tratamento: ambulâncias cirúrgicas automóveis, tendas e barracas, leitos e roupas, cozinhas, estufas de desinfecção, etc., não estariam estes recursos sempre prontos para qualquer necessidade da saúde pública?»

«Pelas suas funções próprias e permanentes no meio militar, e pela colaboração permanente ou temporária que pode prestar aos serviços civis, o serviço de saúde militar não representa uma colocação improdutiva do capital comum dos dinheiros da Nação».



«De armas e munições, só na guerra se tira partido; do Serviço de Saúde utiliza-se permanentemente a actividade, não há perigo de o ver de braços cruzados, porque o inimigo, contra o qual êle se apetrecha, não desarma nunca.

*

Ainda duas palavras, como fecho dêste estudo, no que há a dizer sôbre a pesquiza radiológica sistemática do contingente, a assistência estomatológica ao exército, e a formação, em tempo de paz, de cirurgiões militares.

O problema da "radioscopia sistemática" dos contingentes incorporados tem sido alvo de vários estudos, de há alguns anos a esta parte. Ela foi posta em prática na Suissa, na França, e, algum tempo depois na Alemanha, Argentina, Suécia, etc.

Referindo-se a êste assunto, o tenente coronel Walther, do exército suisso, diz que não é só ali, mas também noutros países, que o tratamento dos homens atingidos pela T. P. exige grandes somas todos os anos.

O "seguro militar do exército suisso" gastou, em 50 casos de tuberculose pulmonar, cêrca de quarenta mil francos por cada caso.

Por isto se vê o interesse que há em instituir o exame radioscópico sistemático, visto que a experiência nos diz que são raros os casos de indivíduos, anteriormente sadios, que se tuberculizam durante o serviço militar.

O exame radioscópico dos homens chamados a prestar serviço demonstrou à evidência que um número relativamente elevado de mancebos de 20 anos — a-pesar-de aparentemente robustos — estavam, na verdade, já tocados pela T. P.

Os convocados são prèviamente examinados pelos Raios X, de modo que, quando passam em seguida à observação médica da junta de recrutamento, já o presidente da mesma sabe o resultado do exame radioscópico, o que facilita imenso o serviço da junta.

Na Alemanha instituíu-se, em 1934, a radioscopia sistemática, porque "a experiência demonstrou que, em cada ano, eram tratados e reformados como tuberculosos muitos

homens cuja sintomatologia clínica só se manifestava depois da incorporação».

O tenente médico Gillard, de Liége, depois de, com outros autores, dizer «sob o ponto de vista militar, a utilidade do exame radiográfico não se discute», conta uma visita feita, em Metz, ao «Serviço de radioscopia sistemática», do coronel médico Sieur, grande apóstolo desta investigação. E refere que «o material radioscopico é transportado num reboque atrelado a um automóvel».

Quando da nossa visita ao Fort de Vanves, em Paris, tivemos ocasião de examinar êsse reboque, pequena viatura pesando, em ordem de marcha, apenas 500 quilos, e por isso rebocada por um auto vulgar.

O médico radiologista e os seus ajudantes seguem neste, e, uma vez chegados ao local da inspecção, o aparelho é ràpidamente instalado numa dependência que possa servir de câmara escura, e o serviço começa.

Tanto o médico examinador, como o ajudante e o sargento secretário estão devidamente protegidos por *écrans* especiais, e nada falta à equipa para que a inspecção se faça com a maior rapidez, dispondo até de uma pequena máquina de escrever para a rápida notação dos mapas a elaborar, e chegando mesmo o coronel Sieur a utilizar um teclado eléctrico de sinalização luminosa que permite uma maior economia de tempo e de explicações verbais.

Também nessa ocasião vimos um magnífico reboque de estomatologia dotado de gabinete de consulta, e oficina de prótese que resolve por completo o problema da assistência estomatológica em campanha, e até, como no nosso caso, o das tropas da província, tão desprotegidas dêsses e doutros cuidados, mesmo em tempo de paz.

A formação de um grupo de estomatologistas dentro do quadro médico militar é tão importante e urgente, como a de cirurgiões e traumatologistas, higienistas e radioterapeutas.

Se cada região militar dispuzésse, para o serviço de radioscopia sistemática, de uma viatura reboque como a que citamos, e, para o serviço de assistência estomatológica, de uma outra viatura da especialidade, — viaturas essas que podiam estar adstritas ao serviço do respectivo hospital regional, e servidas pelo seu pessoal médico e de enferma-

gem, — teriamos dado um grande passo em frente no campo da profiláxia e da higiene das tropas.

E teríamos, ainda mais, como directa conseqüência, a constituïção dos quadros de especialistas nesses dois ramos tão importantes para o serviço de campanha, além da possível colaboração e activa intervenção dêsses elementos no campo da medicina social, trabalhando em consulta externa para as populações das localidades em que estacionassem.

E o mesmo poderíamos dizer, em concordância com o pensamento do Dr. Manuel Gião, para o serviço que os grupos cirúrgicos automóveis e os laboratórios de campanha poderiam prestar por todo êsse país em determinadas emergências, ou quando fôssem requisitados os seus serviços.

É muito importante a formação de cirurgiões militares em tempo de paz, dada a necessidade da grande soma dêstes especialistas para o enquadramento das formações cirúrgicas em tempo de guerra.

Para êsse efeito, poder-se-ia adoptar uma de duas soluções: a instalação de Serviços de Cirurgia de urgência nos Hospitais Militares de Lisboa, Porto e Coimbra, com banco e enfermaria de operados para militares e civis; ou a frequência obrigatória, por meio de estágios, com a feição de internato, nos Serviços de urgência dos hospitais civis daquelas cidades, para oficiais médicos do quadro que os quizessem freqüentar, tornando-se. neste caso, necessário o estabelecimento de uma rotação ou escala de frequência convenientemente estudada. As informações prestadas pelos chefes de serviço serviriam para orientar a colocação dêsses oficiais nas formações a mobilizar.

Ainda algumaa palavras mais sôbre a constituição e funções dos Depósitos de material sanitário.

Embora exista, por enquanto, apenas um Depósito Geral de Material Sanitário, prevê a legislação a constituição de depósitos regionais, que, a nosso ver, terão as suas naturais localizações no Porto e em Coímbra.

Mas o Depósito geral, como depósito-base, não deve ficar limitado à sua função de armazem; é preciso que tenha também uma oficina, onde se faça a reparação do material avariado, o estudo de novos prototipos, e até a construção

de modelos simples de material sanitário de campanha (macas, tendas, etc.), de que carecemos.

Não podemos nem devemos terminar êste trabalho sem fazermos uma breve referência à organização de higiene do Exército inglês para o tempo de paz ou de guerra.

Êla marca bem a alta diferenciação que êsse serviço atingiu na orgânica do Serviço de Saúde militar britânico, e os resultados admiráveis conseguidos nesse ramo de actividade sanitária.

Levar-nos-ia longe a descrição de quanto vimos e aprendemos na nossa visita à Escola de Higiene de Aldershot, pela qual passam, *obrigatòriamente*, todos os oficiais e graduados do exército inglês.

Entre nós, estes assuntos são por vezes considerados de somenos importância: e, contra êsse perigoso desinteresse devem os médicos militares sustentar uma luta sem tréguas, não esquecendo que o quartel representa um élo na cadeia das medidas iniciadas na infância para o revigoramento da raça.

Sem uma boa higiene militar, os mais seguros planos do Comando ficam comprometidos, e a guerra será irremediàvelmente perdida.

A guerra de 1914-1918 e, mais recentemente, a campanha da Abissínia, com os seus magníficos resultados, em matéria sanitária, corroboram abundantemente estas asserções.

Não poderemos, é certo, aspirar, pelo menos nos tempos mais próximos, a possuír uma escola exclusivamente destinada ao ensino de higiene, como a de Inglaterra; mas pode a nossa Escola do S. S. militar dar à cadeira de higiene militar o maior desenvolvimento, dispondo, no vasto terreno que lhe destinamos no nosso *esquema*, de um parque de instalações de campanha, à semelhança do que vimos em Aldershot.

Nêsse parque de higiene fariam estágio os oficiais e graduados, tanto os das armas, como os dos serviços, e ficar-lhes-ia dessa freqüência uma idéia clara, e fundamente gravada na memória, da necessidade dos dispositivos a adoptar, e da sua grande importância na saúde das tropas.

*

Para fecho das considerações que acabamos de expor, extraímos da conferência realizada no Ciclo de Cultura do Hospital Militar da Marinha, as palavras com que o ilustre Director Geral da Saúde Pública, Dr. José Alberto de Faria, focou a missão que ao médico militar, ou naval, incumbe na prática da higiene geral e na eugénica das populações:

«Em cada ano é desenvolvida pela medicina militar uma operação de enorme valor, constituindo mesmo a base da actividade médica social e que fica totalmente desaproveitada nos seus possíveis efeitos de estudo e da aplicação.

Passará ela despercebida para êsse intento mas nem, por isso, deve deixar, a meu vêr, de ser utilizada em sentido da medicina social.

Manda esta, como primeira condição, que se proceda a inquérito, por observação e por indagação e que êsse primeiro trabalho de despiste seja, depois, seguido das medidas preventivas, de aconselhar ou executar.

Ora as inspecções por motivo da selecção dos recrutas, de que a medicina militar se desempenha, com dureza de serviço e em meio de disposições morais irritantes, poderiam resultar em mais qualquer vantagem.

Trata-se duma observação médica, feita sôbre grande massa de indivíduos, ao entrar no estado adulto, vivendo ainda no seio das famílias e, portanto, podendo contribuír de certa maneira para o estabelecimento do índice sanitário dêsses meios e pretexto para a penetração nêles.

Repita-se, trata-se, como se vê, duma operação de medicina social de tôda a maior largueza e a que convém dar um rumo prático, sem aumento de trabalho, visto que umas tantas linhas que se escrevam chegam suficientemente.

Consistiria isso na elaboração duma ficha com um pequeno questionário sôbre as doenças de que o recruta, seu pai, mãi e irmãos teriam sofrido; igualmente o questionário conteria perguntas sôbre o grau de validez de todos

êles e a respeito de vacinações sofridas e do estado económico da família.

Quanto à observação e decisão da Junta, elas não teriam de aparecer na ficha, visto ser isso matéria que só à medicina militar interessa no caso de apuramento; e quando não fôsse apurado o homem, lá ficava para ser observado pelo médico civil.

As fichas correspondentes aos indivíduos de cada concelho seriam entregues nas respectivas delegações de saúde que tomariam a responsabilidade de colher delas o que pudesse interessar para elucidação e para acção.

Está claro que, nem de longe, êste apuramento poderia dar origem a contraposições e discussões diagnósticas, nada, nelas, aparecerá de tal aspecto, mas apenas a relação das informações que o mancebo pode dar.

Isso, assim sòmente, seria uma colheita óptima de informes e qualquer de nós, sem esfôrço algum, poderá pensar de quanta orientação mais segura e de quanto benefício poderia vir a tirar-se dela na prática da profilaxia e da assistência.

Pudésse, depois, cotejar-se êsses dados com os da observação antropológica, física e mental do recruta e reconheça-se também que não seria impossível obter deduções que interessassem mais especialmente à avaliação das condições da raça e de certos *porquês* de influência nela.

Perdoar-me-ão, pois, V. Ex.as, que volte a achar-me com razão para dizer que essa actividade poderia, e deveria, ser aproveitada, para a medicina social. Não seria possível sem um dispêndio incomportável, tanto mais que duplicado, organizar um outro sistema de inspecções sôbre certa grande parte da população, atinente aos fins da medicina social, e mais perfeito, por qualquer outro serviço médico do Estado.

E digo mais perfeito, porque à inspecção militar ninguém falta e essa falta em todos os tempos terá, pelo seu significado anti-pátrio, de ser severamente punida.

Entrado na regra militar, é o soldado seguido em tôda a sua vida física e mental com o esmero que nós, hoje, sabemos êle merecer dos médicos do exército e da armada.

Todos os elementos de observação, de sãos ou de doentes, as decisões terapêuticas que hajam de ser postas em prática,

constarão do seu cadastro e essas poderiam ficar em arquivo das guarnições ou hospitais por onde êles tivessem passado e donde, se preciso fôsse, poderiam ser requisitados.

Mas outros elementos seriam aquêles que pudéssem ser inscritos em documento que o soldado, depois da baixa, deveria levar ao conhecimento do delegado de saúde e que contivesse a menção das doenças que êle tivesse sofrido durante o alistamento, das vacinas que lhe tivessem aplicado e sôbre se existia, ou não, perfeita cura, no momento de saír da tropa, da doença que tivesse havido, sobretudo tratando-se de doenças venéreas, sífilis, tuberculose, sezonismo, tracoma ou qualquer intoxicação.

Também estou persuadido de que V. Ex.as prevêem comigo, a aplicação prática que estas noções promoveriam, tanto mais, ao recordarmos que estes homens saídos dos quartéis serão os chefes dos futuros lares a constituir-se lá na terra.

Pode mesmo dizer-se que, por ela, se completariam os veios de acesso junto das famílias; da banda de cá, caminhava-se através das crianças e das mães, de V. Ex.as vinham os esclarecimentos de maior importância a respeito dos pais, e nós bem sabemos, por desoladora experiência, de como as informações do lado paterno são sempre escassas; não aparecem por causa do trabalho ou porque não querem e às mulheres só estão para dizer aquilo que lhes convém e, por vezes, terão até direito racional de proceder assim junto delas.

Adiante, anotaremos que esta belíssima colaboração da medicina militar para a medicina social, viria a dar certos efeitos de reversibilidade, visto que traria, com o andar dos tempos, uma maior simplificação e segurança na selecção de mancebos pela medicina militar.

Cunha Bellem, que escreve em 1896 as suas «Breves noções de higiene militar», poucos anos depois de saído em França o livro de Júlio Rochard, médico naval ilustre, autor dum tratado de Higiene Social, assenta o fecho dessas noções nas seguintes linhas:

«E agora, chegados ao termo, podemos definir a higiene militar: a ciência que, em proveito do homem alistado, estuda

as suas relações sanitárias com o mundo exterior e as faz contribuír para o desenvolvimento físico do recruta, para o bem-estar do soldado e para a felicidade do reservista, restituído à vida civil nas melhores condições de existência longeva e de viabilidade da prole».

Quer dizer, todos estes nossos higienistas que eram militares, cheios de entranhamento e de zêlo, focavam o alcance da educação da higiene, duma maneira clara nas fórmulas e imperativa na finalidade. E êsse alcance é também o que, feliz e lògicamente vem constantemente a ter realce da parte da medicina militar de todo o mundo.

Com resultados já apreciáveis?

Não tanto em qualquer outro país como nos Estados Unidos certamente.

Faz ali escola o acêrto do coronel médico Havard, director da Academia de Medicina Militar, que proclamou desta maneira:

«Se nos lembrarmos que a grande maioria dos nossos soldados demora pouco tempo nas fileiras para voltar à vida civil, temos de imediàtamente pensar no altíssimo benefício da instrução que se lhes der quanto às condições da defesa da saúde a empregar no seu meio. Os milhares de homens, que têm anualmente baixa do exército, se levarem para as suas casas hábitos sanitários já feitos e mais, ou menos conhecimentos da prevenção contra as doenças, ficarão úteis para si próprios e para aquêles com que convivam; e, por isso, a higiene que a cada soldado se ensine durante a vida de quartel vem a tornar-se em um dos mais valorosos elementos educativos que se desenvolva pela acção do Estado».

«Disseram-me, mas sem uma certeza absoluta, que os nossos regulamentos de saúde da armada e do exército, não põem em destaque missões desta espécie.

Nem fui ver, primeiro porque nada tinha com isso, segundo porque eu sinto que, acima dos regulamentos, se levanta sempre qualquer execução de valor provado para a colectividade e que não esteja contra-indicada pela legislação.

Talvez a oportunidade de se prestar esta devoção à medicina social possa surgir agora, exactamente em tempos de guerra, quando se deverá procurar que o soldado saiba defender-se conscientemente e que, regressado à sua aldeia, deva vir com uma preparação tal que supra, por ela, a falta daqueles que a guerra possa ter victimado.

Meus Senhores:

Eu não tenho títulos nem direitos para vir aqui falar-lhes, e já assim o disse nas minhas primeiras palavras.

Nem mesmo pela minha obrigante função de divulgador de higiene oficial eu teria cabimento nesta casa.

Mas, perdoem-me V. Ex.as, reclamo o meu lugar aqui para cumprimento dum dever que os meus sentimentos de gratidão e de admiração me estavam impondo fortemente e da maneira que já por outras formas tive a honra de traduzir.

Capacitado de que a regularização da medicina social entre nós, deverá merecer, em grandíssimo talhe, a colaboração da medicina militar, eu quero, porque devo, em nome da saúde pública e dos meus serviços, significar a V. Ex.as o meu profundo agradecimento pela recente determinação de vacinação tripla obrigatória para os soldados do exército português.

Sempre tinha fixado em meu pensamento a idéia de que, estabelecida essa obrigatoriedade para os militares, nós teríamos o caminho aberto, dentro de dois ou três anos, para uma desembaraçada intervenção vacinal, nossa, nos meios públicos.

Começa a confirmar-se o valor da vossa colaboração!

Os meus agradecimentos mais uma vez, e também, aínda outra vez, a declaração de que a medicina social beberá sempre dos vossos esforços um alento gerador das mais rasgadas e iluminadas conseqüências!»

Muito gratos ficamos nós, os médicos militares, em ouvir da boca de tão ilustre autoridade médica palavras que constituem mais um incentivo para proseguirmos no caminho encetado.

Concluindo:

Chegados ao termo dêste trabalho, reconhecemos que não é possível tratar, com maior detalhe, do muito que ainda haveria a dizer sôbre o problema em estudo, e sobre a solução que lhe possa convir.

O nosso fim, aliás, foi apenas o de estabelecer uma base de discussão, pondo em evidência algumas ideias gerais, as quais se podem sintetizar no seguinte:

— O Serviço de Saúde Militar é um serviço principal do Exército e, como tal, deve ser dotado de todos os meios necessários à sua perfeita eficiência.

— Para tal fim, torna-se necessário conferir aos seus orgãos principais a iniciativa, flexibilidade e apetrechamento que foram julgados convenientes e suficientes para se poder imprimir ao serviço o preciso dinamismo.

— Para êsse efeito, e estando em Lisboa os seus orgãos de direcção e de execução principais, parece conveniente preconizar-se que as suas instalações se encontrem agrupadas, de modo a assegurar a unidade, a continuidade e a incessante melhoria dos seus meios de acção.

— Nestes termos, expõe-se a necessidade de que os seus quadros de oficiais e graduados sejam convenientemente aumentados, de modo a não só assegurar o perfeito enquadramento do Serviço de Saúde do Exército em tempo de paz, mas também o da sua preparação para a guerra.

— Deste modo conseguir-se-há dar às tropas do Serviço aquele grau de dextresa, desenvolvimento e competência técnica, que as complexas funções a seu cargo lhe impõe, além do perfeito conhecimento e emprêgo do material que lhe fôr distribuido.

— E, por fim, que desta forma se obterá de modo seguro a cultura e desenvolvimento do espírito militar das tropas de saúde, tão necessário para a sua completa integração nos altos ideais por que se rége o Exército, ao serviço da Nação.

INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA MODERNA TÁCTICA SANITÁRIA

Pelo Capitão-médico A. DE SOUSA GOMES

TEMOS a impressão de que se torna necessário mostrar, numa espécie de «Introdução ao Estudo da moderna Táctica Sanitária», alguns aspectos da guerra actual e as suas ligações mais ou menos evidentes com as disposições regulamentares ainda em vigor e que serviram para os sistemas da antiga guerra.

Pensamos que assim poderão os que tiverem de estudar a Nova Táctica Sanitária (e somos todos nós) aprender, mais fàcilmente, não só a «maneira de ser» dessa nova táctica, mas também, e principalmente, a «razão de ser» dessa renovação ou da adaptação de certos aspectos da antiga táctica aos métodos modernos de guerra.

*

O Sr. Coronel do E. M. Ferreira de Passos publicou um curioso artigo no «Boletim do Instituto de Altos Estudos Militares» de Caxias, de apreciação a um livro «sôbre a Blietzkrieg» da autoria do antigo oficial do exército checo-slovaco F. O. Miksche.

Nesse artigo dizia-se «a noção de arma evolucionou, e, se não fôssem as conseqüências administrativas da eliminação dos respectivos quadros, e a rotina própria das instituïções militares, veríamos, dentro em pouco, o recrutamento do pessoal compartimentado em especialidades técnicas e não em armas».

E, acrescentava: «a constituïção mista característica das grandes unidades tornou-se extensiva às pequenas, e destas pode dizer-se que nenhuma é hoje exclusivamente de uma só arma».

«O Regimento de Infantaria, e o Batalhão de Infantaria, — continuava — compreendem infantes, artilheiros, engenheiros, automobilistas, etc.; com as unidades de artilharia passa-se outro tanto...»

Por sua vez o referido F. O. Miksche, no seu livro, que está traduzido para português com o título "A Guerra

Relâmpago", ao procurar definir "à luz das condições drásticamente alteradas da guerra moderna" os princípios directivos da táctica e da organização, diz: «o mais importante dêstes princípios é que a infantaria hoje quási que não existe como tal, em qualquer unidade superior ao pelotão: a acção da infantaria é feita pelos agrupamentos de armas combinadas, organizados e treinados os homens de modo a actuarem juntos...»

E acrescenta: «a necessidade desta reorganização provém da natureza da guerra...; a Divisão de infantaria, organizada e treinada segundo as velhas formas e processos tácticos, não se pode adaptar a essa nova natureza da guerra, pois... nada se pode fazer para dar uma maior mobilidade à Divisão normal da Infantaria».

«O que se pode fazer — continua — é organizar a Divisão moderna em agrupamentos de combate capazes de ràpidamente tomarem qualquer direcção, e suficientemente descentralizada dos seus comandos e abastecimentos, de modo a permitir-lhes actuarem eficientemente...»

E depois de várias considerações Miksche diz um pouco mais longe: «a solução para o problema da Divisão de infantaria consiste no seu emprêgo em "grupos combinados" ou "agrupamentos de combate"...»

«A composição dêstes agrupamentos varia muito...; nos agrupamentos de combate mais pequenos, o grupo elementar e básico, consiste simplesmente em uma secção de infantaria...; a companhia e o batalhão formam as bases dos agrupamentos de combate de grandeza média...

*

Parece-nos necessário e oportuno recordar que o nosso «Regulamento para Serviço de Campanha» ao falar dos "destacamentos de segurança" em geral e das "guardas avançadas", "guardas de retaguarda" e "guardas de flanco" em especial diz que essas guardas, compreendem na Divisão: infantaria, elementos de reconhecimento e exploração (cavalaria, ciclistas, elementos mecanizados, motorizados ou fracções auto transportadas) e unidades de sapadores mineiros.

E o regulamento acrescenta «em certos casos, as guardas avançadas podem ser dotadas de carros de combate, artilharia, elementos de D. T. C. A. e meios de transmissão suplementares...»

E depois de dizer que «normalmente pela conveniência de coordenar intimamente a acção das guardas avançadas entre si e com a artilharia, o Comando adoptará um "dispositivo descentralizado", — continua — «neste último caso constituem-se "agrupamentos mixtos" de infantaria, artilharia, cavalaria e sapadores mineiros cuja acção o comando coordenará...»

Como se vê a idéia dos "agrupamentos mixtos» encontrava-se com freqüência no antigo Regulamento e, ainda a propósito das "guardas avançadas", o Regulamento, depois de dizer que se fraccionam em dois escalões — um de exploração, outro de combate, cujas acções se completam, diz que cada batalhão em guarda avançada compreende uma ou duas vanguardas...»

Ora esta "vanguarda" é também do mesmo tipo — é formada por uma companhia de atiradores, reforçada com um pelotão de metralhadoras pesadas e, eventualmente, com cavaleiros regimentais, sapadores de infantaria, fracções de sapadores mineiros e mesmo, em certos casos, com auto-metralhadoras ou elementos do grupo de cavalaria.

Ao falar das guardas de retaguarda, o Regulamento mostra ainda mais essa tendência, pois diz que essas guardas «são constituïdas ùnicamente por tropas muito móveis, mecanizadas, motorizadas ou auto-transportadas, as quais ocuparão posições sucessivas, sem nunca se deixarem fixar pelo combate...»

O mesmo sucede quando, a propósito das "missões de descoberta ou de segurança" a executar pelas brigadas de cavalaria, fala nos "destacamentos de descoberta".

A constituïção dêsses destacamentos de descoberta "depende da missão que lhes for atribuida, da situação, da natureza do terreno e do estado das vias de comunicação».

Em princípio «terão como núcleo um esquadrão a cavalo e compreenderão, geralmente, pelotões ou secções de metralhadoras pesadas e um ou mais pelotões de auto-metralhadoras, sendo também dotados com meios de transmissão...»

Porém... «o efectivo dos destacamentos pode ainda ser reforçado com outros meios destinados a aumentar-lhes a potência ou o raio do acção, isto é, com pelotões transportados e engenhos de acompanhamento e, quando o efectivo do destacamento fôr suficientemente forte, com uma divisão ou bataria de artilharia».

E, ainda mais, «podém os destacamentos de descoberta ser constituídos ùnicamente por elementos motorizados e mecanizados...»

Dir-se-ia que através dêstes "destacamentos de descoberta" assim motorizados e mecanizados, o velho Regulamento estava "descobrindo" novos caminhos para a guerra futura, que em 1940 aparecia assim também "destacada" de velhos moldes, de surprêsa, usando processos que se não esperavam e que tinham sido experimentados na Guerra de Espanha...

*

Miksche insiste muito no facto de o campo de experiências alemão ter sido a Espanha e entende que «nenhum observador militar experimentado podia deixar de fazer, nas campanhas de Espanha, constantes e cuidadosas experiências realizadas em pequena escala».

Na sua opinião «a lentidão com que marchava a campanha em Espanha não era um obstáculo para quem procedia às experiências da luta, mas antes constituia uma condição necessária para o seu estudo».

Por isso estuda no seu livro, com bastante desenvolvimento, vários aspectos da Guerra de Espanha, para demonstrar que os alemães aprenderam aí que «a arte da guerra havia mudado» emquanto os franceses julgavam que permanecia a mesma, e que a experiência de Espanha era uma pequena experiência.

E orienta o seu estudo sempre no sentido de demonstrar que o que levou os franceses à derrota não foi a insuficiência de material mas sim *a falta de uma doutrina adaptada às novas circunstâncias.*

Referindo-se ainda a factos da Guerra de Espanha atribue «a falência relativa dos *tanks* no ataque de Brunete» não ao pequeno número de *tanks* empregados nas operações,

mas «à forma do ataque» que «consistia na dispersão dos *tanks* numa grande frente» de acôrdo com as «teorias francesas», quando de facto se verificou, que o êxito dos *tanks* se realizava sobretudo após concentração dos esforços num «ponto de ataque» e derivava da «flexibilidade da primeira direcção de ataque».

Miksche, que combateu em Espanha ao lado dos governamentais, recorda que o General Varela lançou o seu primeiro contra-ataque nos flancos de uma grande bôlsa, no ponto onde se reüniam as primitivas linhas dos republicanos; como o seu contra-ataque fôsse esperado, foi repelido; mudou porém ràpidamente a direcção do seu contra-ataque para o meio da "bôlsa" e conseguiu êxito.

O autor do livro "Guerra Relâmpago" depois de recordar outros êxitos desta "flexibilidade da direcção do ataque" diz «que os alemães não estiveram apenas a fazer experiências, procurando pôr à prova o seu material em Espanha» estavam também «pacientemente a estudar a nova táctica adeqüada a êste material».

Esta "flexibilidade do ataque", possível com o material mecanizado e com os transportes motorizados, conduzia lògicamente às batalhas em "frentes estreitas".

Miksche diz que se tem pretendido muitas vezes que, na actual guerra, o Estado Maior francês «falhou porque não tinha preparado defesas bastante fortes ou alcançado uma superioridade material sôbre o inimigo...».

Na sua opinião, porém, a falência dos franceses foi devida principalmente «a um êrro capital: durante alguns anos êles enganaram-se na apreciação das possibilidades técnicas e nas conseqüências das possibilidades tácticas do material moderno...».

«Tôdas as suas idéias de ofensiva tinham por base, "continua", a concepção geral da batalha em "grandes frentes"; não compreendiam, que o exacto emprêgo do material moderno, os conduzia lògicamente, à batalha em "frentes estreitas".

«Tôda a "Linha Maginot" derivou simplesmente da idéia das "grandes frentes" e foi isto, "continua", que principalmente os levou, e aos exércitos baseados nas suas crenças, à catástrofe.»

*

Miksche recorda que, lògicamente, também em matéria de defensiva táctica se obteve grande experiência na Guerra de Espanha; à idéia do "ponto de ataque" e da "concentração de esforços" numa frente estreita contrapôs-se a idéia do "centro de resistência" de que já falavam os velhos Regulamentos e que em certos sectores de Espanha tomou notável incremento.

Em Espanha «o emprêgo de aldeias e cidades como *centros de resistência*, organizados para a defesa em tôdas as direcções conseguiu "demorar" ou parar a progressão do inimigo que penetrava além da sua retaguarda» pois «ameaçavam os flancos ou a retaguarda das fôrças empenhadas e impediam o atacante de trazer reforços para a frente».

Durante o ataque a Madrid «um centro de resistência na Cidade Universitária impediu a penetração nas suas vizinhanças» e na batalha de Guadalajara a «defesa das tropas republicanas e a contra-ofensiva beneficiaram dos *centros de resistência*, republicanos de Trijulque e Brilmega».

Miksche diz que os regulamentos do exército francês de 1935 dão menos importância ao *centro de resistência* do que os alemães davam em 1918, mas o "Réglement de l'Infanterie", aparecido nos princípios de 1940, dá-lhe já uma grande importância.

*

Partindo do princípio de que a exigência feita aos médicos, no Instituto de Altos Estudos Militares, em Caxias, de conhecimentos de táctica geral, tem como razão de ser essencial o facto de se julgar necessário que o médico amanhã enquadre a sua acção táctica sanitária no ambiente geral das operações, — e as conheça — convém que, para o estudo das novas condições de táctica sanitária, conheçamos êstes pormenores sôbre modalidades de ataque e modalidades de defensiva.

O nosso Regulamento de Campanha falando da «organização do terreno na defensiva» diz que a *Posição de Resistência* é organizada com abrigos e obstáculos, contínuos ou

não, distribuidos em largura e profundidade e agrupados constituindo núcleos de resistência, adaptados aos compartimentos de terreno (posto de combate, pontos de apoio, centros de resistência).

Por seu lado o Sr. Major-General Pereira dos Santos, num artigo publicado sôbre "Defensiva" no Boletim da então "Escola Central de Oficiais" dizia «a Posição de Resistência é organizada com grupos de abrigos e obstáculos, convenientemente espaçados em largura, e profundidade, e adaptados às zonas de acção das diversas unidades...».

E acrescentava: «êstes grupos de organizações, segundo a sua função táctica e a importância da sua organização, constituem "Centros de Resistência", "Pontos de apoio", "Postos de Combate"; os *centros de resistência* são dispostos irregularmente em pontos tàcticamente importantes do terreno, por forma a apoiarem-se reciprocamente pelo fôgo e a poderem ser apoiados pela artilharia; a sua guarnição "corresponde ao efectivo de um batalhão" e são "constituidos por vários pontos de apoio acciqnados por um mesmo comando».

Os pontos de apoio, por sua vez, convém recordá-lo, «são constituidos por uma guarnição, cujo efectivo será da ordem da companhia...» e «são formados pela reünião, sob um mesmo comando, de vários postos de combate, cujo efectivo é da ordem do pelotão...»

Miksche diz porém que «...em 1940 os Estados Maiores Aliados mal tinham fortificado quaisquer aldeias, a algumas milhas por detrás das suas linhas e atribuiam pequena importância à idéia geral de *centros de resistência*».

Paris e outras grandes cidades, «podiam ter sido de grande importância em 1940, se tivessem sido fortificadas e defendidas»; estas cidades, continua, «defendidas casa por casa podiam não só ter sido posições donde recuos necessários se podiam fazer, como também podiam constituir ratoeiras para destruir divisões couraçadas completas».

Na opinião do autor da "Guerra Relâmpago" a evolução da actual guerra podia ter sido muito diferente «se os dirigentes da França quisessem combater pela defesa de Paris e voluntàriamente armassem os que podiam pegar em armas para a sua defesa».

É curiosa a sua observação quando diz ter sido a Guerra de Espanha muito semelhante à Guerra Mundial, no 1.º ano; nos fins de 1937 êsse aspecto mudava; em 1938 e 1939 foi «uma guerra de infiltração, de ataques concentrados, sob pressões profundas, com velocidades notáveis, existência de *centros de resistência* e novos métodos».

No boletim n.º 6 do Instituto de Altos Estudos Militares fazem-se «algumas considerações julgadas úteis e justificativas de uma solução» que «se afasta talvez...» e fala-se largamente de «pontos de apoio» e de «centros de resistência» fazendo-se numerosas citações do "Réglement de l'Infanterie — de 1940 — deuxième Partie — Combat».

Depois de se dar de «Pontos de apoio» e de «Centros de resistência» uma definição idêntica à que atrás transcrevemos do artigo do Sr. Major-General Pereira dos Santos diz-se que a noção de «Ponto de apoio» e de «Centro de resistência» implica a existência simultânea de três elementos: — uma porção particularmente importante do terreno; uma determinada organização defensiva da mesma porção de terreno; uma ocupação da dita porção de terreno por efectivos proporcionais às suas dimensões».

E no "Boletim" diz-se, após várias considerações, «...no fundo, um "Centro de resistência" não é mais do que um grande "ponto de apoio" entendendo-se, concretamente por ponto de apoio, um ponto forte do terreno devidamente organizado e ocupado...»

E mais adiante o "Boletim" chama a atenção para a designação de "agrupamentos defensivos" dada pelo autor do "Aide-Memoire de l'Officier de Réserve d'Infanterie" aos "pontos de apoio" e aos "centros de resistência" — designação que "parece de aceitar".

Uma vez precisada a noção de "ponto de apoio" e de "centro de resistência", como "forma de ocupação e defesa do território em geral", importa agora «estabelecer concretamente a forma de ocupação e defesa duma posição de resistência» (P. R.)

Ora, diz-se na mesma ordem de idéias, «de um modo geral, a P. R. não deve conceber-se como uma sucessão de linhas paralelas, mas sim como um xadrez de pontos de apoio, repartidos segundo o terreno, apresentando-se a posi-

ção sôbre a forma de um quadrilátero de trincheiras, de comunicações enterradas, de abrigos, de falsas organizações, cujo número e extensão asseguram em definitivo a *camuflagem* da posição».

*

Da leitura destas considerações feitas pelo "Réglement d'Infanterie" e pelo "Boletim do Instituto de Altos Estudos Militares" verifica-se que se vai de facto acentuando a evolução no sentido dos "centros de resistência", parecendo que deve deixar de conceber-se a "Posição de Resistência" "como uma sucessão de linhas paralelas" para passar sobretudo a ser «um xadrez de pontos de apoio».

Deve notar-se que Miksche apresenta uma concepção defensiva a que chama «defensiva em teia e segundo a qual se organizam grupos ou «teams» de posições (1.ª e 2.ª posições) distânciadas de 35 a 75 quilómetros, ligadas por posições transversais intervaladas de 30 a 60 quilómetros. O espaço compreendido nos quadriláteros assim formados — cêrca de 35 a 75 quilómetros de profundidade — é designado por «zona de guerrilhas» e tem a sua organização especial; é constituida por "ilhas de resistência", e as unidades existentes nesta zona farão «guerra de guerrilhas», aparecendo e desaparecendo.

As posições acima citadas, tanto as 1.ª e 2.ª posições, como as transversais, seriam constituïdas, segundo o mesmo autor, por posições de «postos avançados», que seriam constituïdas por «ilhotas» ou «vedetas de resistência» com guarnições do valor de secções, pelotões e, excepcionalmente, de companhia e por uma «zona de principal resistência» e «zona de reservas divisionárias».

Embora esta «defensiva em teia», seja uma concepção do oficial checo F. O. Miksche, convém conhecê-la para se verificar como coincide em parte a sua teoria com a não manutenção de linhas de defesa paralelas e com a sua substituïção por um «xadrez de pontos de apoio...». E convém-nos a nós, médicos militares, pensar na importância que não pode deixar de ter para a nova táctica sanitária a existência de guerrilhas e, principalmente, de «zonas de guerrilhas».

Se pensarmos na existência de guerrilhas, e portanto de zonas perigosas de guerrilhas; se pensarmos no predomínio de «agrupamentos de combate» e de «centros de resistência» e portanto na não existência de «linhas de defesa paralelas» teremos que pensar que, pelo menos, o serviço de saúde tem que passar a ser como dizia o Ten. Cor. Médico Pinto da Rocha, «uma verdadeira tropa de choque», por andar permanentemente exposto aos perigos que resultam do encontro fácil de guerrilhas inimigas e do inimigo pròpriamente dito.

Dizia o mesmo oficial médico, numa das suas conferências que, no exército alemão, para enfermeiros e maqueiros são escolhidos, com especial cuidado, «os indivíduos mais robustos e desembaraçados» e que «depois da Infantaria, é o serviço de saúde que tem tido mais baixas nesta guerra».

E acrescenta: «na Alemanha tem-se tirado das tropas combatentes soldados que se tinham distinguido em combate para ingressarem no serviço de saúde».

*

A nós, que estamos fazendo aqui um pequeno esbôço que sirva de «introdução» ao Estudo da Táctica Sanitária Moderna interessa-nos focar êste aspecto *guerreiro* do novo serviço de saúde.

Assim como a engenharia, com os seus «sapadores de assalto», e outros, passou a ter uma importância guerreira que não tinha, assim também o serviço de saúde passou a ter requisitos de bravura e capacidade de acção para os seus homens, de que não carecia tanto anteriormente.

Para os Serviços de Saúde também foi na Guerra de Espanha que se fez a grande experiência de que esta guerra tem sido um aperfeiçoamento.

Já na Guerra de Espanha se requeria aos médicos qualidades de bravura e dedicação que nada ficavam a dever às dos oficiais combatentes.

Os médicos militares acompanhavam a pé as tropas, que seguiam ao lado dos *tanks*, e morriam com relativa freqüência; expunham-se com galhardia aos perigos da guerra e até com naturalidade impressionante.

O médico militar demonstrou ali, mais uma vez, que a medicina castrense não é uma medicina cómoda e que para ela são necessárias qualidades psicológicas especiais.

Parece-nos que se podem aplicar aos médicos militares, de uma maneira geral, as palavras que Gomez Durán, — figura marcante da cirurgia de guerra espanhola — dizia dos cirurgiões militares.

Gomez Durán diz que «a cirurgia castrense não se vive senão na guerra, e portanto não se pode ter experiência dela, senão quando surge essa tremenda comoção, que nos apresenta de uma maneira súbita e imprevista, problemas graves, que, qualquer que seja a preparação técnica do Cirurgião, são sempre difíceis e nunca vistos, que exigem uma decisão urgente e inadiável, radical e transcendente para a vida dos combatentes».

Estas palavras publicadas num artigo intitulado «Principios fundamentales en Cirúgia de Guerra» e publicado na revista portuguesa «Clínica, Higiene e Hidrologia» podem aplicar-se, como dissémos, aos médicos militares em geral.

A nova guerra exige, cada vez mais, qualidades de decisão e desembaraço aos médicos e ao restante pessoal sanitário, pois encontramo-nos em face de problemas «nunca vistos» e «difíceis», que exigem resolução «urgente e inadiável».

É curioso notar que, em grande número dos nossos colegas espanhois, quer em artigos publicados em revistas da especialidade, quer nas conferências realizadas no Congresso de Castellon, se nota uma forte tendência para se revoltarem contra os velhos «Regulamentos», que não têm talvez tantas culpas como lhe atribuem.

O próprio Gomez Durán — que nos parece ter sido a figura médica de maior destaque na Guerra de Espanha, salvo evidentemente melhor opinião, — diz algures «que, se se quere fazer alguma coisa em tempo de guerra, é preciso ir contra os regulamentos...»

Outros colegas criticam sempre que podem a clássica concepção do Posto de Socorros Divisionário colocado à beira da estrada, perto de um cruzamento, onde haja água... e dizem, com certa brutalidade, que não podem estar à procura dêsse tipo idílico de Posto de Socorros, sendo de notar

que escritores militares alemães também, a propósito da actual guerra, preconizam a sua localização em plena povoação onde haja recursos.

Devemos notar que, na maior parte dêsses artigos e conferências, se nota tendência para desdobramento do P. S. Divisionário e para a não existência do P. S. Regimental; e sabe-se que hoje, no exército alemão, predomina a concepção dos dois Grupos Sanitários Divisionários e não existe o P. S. Regimental, conforme o fez notar nas suas conferências — publicadas neste Boletim — o Sr. Ten. Cor. Méd. Pinto da Rocha.

Não é nossa intenção — nem isso estaria de harmonia com o título do nosso trabalho — entrar nos pormenores das tendências da nova táctica sanitária; quisemos sòmente, fazer — à maneira antiga — uma introdução ao estudo da táctica sanitária moderna.

Julgamos que convém porém focar, antes de terminar, que numa guerra como a actual, onde predominam os agrupamentos de combate por um lado e por outro os «centros de resistência», surgirá muitas vezes a dificuldade de transportar os feridos e de os levar calmamente a um posto de refúgio.

Lògicamente parece, como pode depreender-se do panorama geral, que haverá tendência para se organizar um serviço destinado a ir buscar os feridos onde os haja.

O Ten. Cor. Méd. Sancho, no seu livro «Servicio de Sanidad» quando fala dos serviços de saúde na guerra motorizada diz que «no exército alemão se dispuzeram as coisas para cada carro levar os meios precisos para fazer tratamentos sanitários, tendo, para êsse efeito, certa aprendizagem uma parte do pessoal do carro.

Viu-se porém que «isso não resolvia o problema da evacuação dos feridos» e que muitas vezes «o carro ficava imobilizado com os feridos dentro» ou o «condutor abandonava a luta para levar os companheiros feridos».

Pensou-se por isso que o melhor era «aproximar os serviços sanitários dos carros onde há feridos — após comunicação ràdiotelefónica — aproveitando os carros de remuniciamento de carburantes e munições». Criou-se, para êsse efeito, mais tarde, «o carro sanitário blindado» que pode

transportar quatro feridos deitados, e dez sentados, sem contar com o pessoal sanitário, que vai à frente com o condutor e leva material de tratamento e pensos.

Êste carro «tem entrada pela parte posterior — duas portas blindadas — mas tem uma cobertura especial para atenuar a antipática vibração do motor dentro dum carro inteiramente metálico»; é evidente que êste carro está sujeito a ser bombardeado como os outros e, por isso, se fizeram atrás as considerações precisas sobre a «combatividade» do pessoal médico e sanitário.

O mesmo autor diz, e muito bem, que «pouco pode esperar-se dos nossos serviços, quando a unidade de carros sucumbe à acção da aviação e da artilharia anti-carro; não se pode pedir ao organismo humano uma resistência superior à dos destroçados monstros de aço dentro dos quais sucumbem os seus serventes...»

O mesmo autor acrescenta que estes «carros sanitários» são de grande utilidade para a evacuação de baixas em unidades diversas como motociclistas, auto-metralhadoras, etc.

Parece-nos que, se no panorama geral da nova guerra, há uma certa tendência para os agrupamentos mixtos no género daqueles a que se refere o nosso Regulamento a propósito de destacamentos de descoberta, guardas avançadas, etc., deverá também haver tendência no Serviço de Saúde para evolucionar no sentido dos S. S. das grandes unidades de cavalaria a quem, regra geral, compete fazer êsses serviços de descoberta e de guardas avançadas.

Parece que deverá haver portanto tendência para os «ninhos de feridos» e para os «postos de reünião» de feridos; em parte, já no exército alemão se nota uma certa importância dos postos de reünião.

O Ten. Cor. Médico Sancho, no livro já citado, diz que, na cavalaria motorizada, as auto-ambulâncias vão buscar os feridos aos «postos de reünião» e que devem essas auto-ambulâncias ser uma espécie de Postos de Socorros ambulantes», para o que levarão material e pessoal com o qual pratiquem os socorros de urgência».

Diz ainda o mesmo autor que «o serviço de saüde das grandes unidades de cavalaria necessita dispôr de meios de evacuação amplos, rápidos e adaptáveis a todo o terreno,

porque as baixas estão muito disseminadas e a grandes distâncias e, quási sempre, nas imediações do inimigo».

Precisam por isso — e para isso — de dispôr de postos de reünião de baixas que «desempenhem missão análoga aos dos Postos de Socorros Regimentais, só com a diferença de serem mais móveis».

O pessoal e o material necessitam portanto de se deslocar, como já dissemos, em auto-ambulâncias de «todo o terreno» e, digamos, possìvelmente no género do carro blindado atrás descrito.

Devemos recordar que nos bombardeamentos de Londres, há, se não estamos em êrro, um serviço de auto-ambulâncias que são pràticamente Postos de Socorros ambulantes; e que, no exército alemão, há para estas unidades de cavalaria «triciclos automóveis» com dispositivo para cada um transportar duas macas.

*

Seria curioso deixar aqui ditas algumas palavras sôbre colaboração da aviação nos serviços sanitários e fazer uma referência, sobretudo aos «aviões cegonha», que fazem, por vezes, um serviço de pesquiza de feridos idêntico ao dos carros blindados atrás citados e ao das auto-ambulâncias das grandes unidades de cavalaria (estas auxiliadas pelos cães sanitários).

Deixaremos porém essa parte dos transportes aéreos para uma outra ocasião; por hoje limitamo-nos a deixar aqui, em meia dúzia de traços gerais, uma nota servindo de introdução ao Estudo da Moderna Táctica Sanitária.

Livros e Revistas

POR determinação de S. Ex.ª o Sub-chefe do E. M. E., a repartição competente daquela D. G. tem enviado ao nosso Serviço uma série de artigos, publicados em periódicos estrangeiros, que tratam de assuntos respeitantes ao Serviço de Saúde, ou que com êle se relacionam, e que iremos inserindo nesta secção na medida das nossas possibilidades.

O artigo que hoje trazemos ao conhecimento dos nossos leitores, e que traduzimos, foi publicado na revista *Ejército* de Agosto de 1942, e versa o tema «*Material Sanitário — Como deve modificar-se*».

Aproveitamos o ensejo para, desta modesta tribuna, expressar aos nossos Excelentíssimos Generais Tasso de Miranda Cabral e José de Mascarenhas, ilustres Chefe e Sub-Chefe do E. M. E., o nosso reconhecimento pelas muitas atenções concedidas por SS. Ex.as ao Serviço de Saúde Militar e pelo cuidado e particular interêsse que lhes merece o grau e a eficiência da sua instrução geral e especial.

Em Julho de 1936, o material sanitário dos regimentos e o existente nos parques sanitários era escasso, antiquado e estava em grande parte deteriorado; os pensos individuais faltavam, ou estavam inutilizáveis; as bolsas de pensos não existiam, e as caixas de *botiquin* estavam meio-vasias.

Os parques sanitários militares e os de farmácia trabalharam intensivamente, fazendo tudo o que podiam fazer; mas, ao tratar-se da fabricação do material regulamentar, verificou-se, com surprêsa, que êle correspondia ao de quási um século para trás. Dêste facto resultava a variedade no formato e na composição que os vários elementos ali fabricados apresentavam.

Por outro lado, o tipo moderno da luta guerreira obriga à sua modificação, à adição de medicamentos e material de tratamento para melhor terapêutica de feridas e queimaduras, e para a prevenção das infecções, sempre no propósito

de conseguir o objectivo primordial da sanidade militar: a recuperação rápida e máxima dos efectivos.

Nesta conformidade, a luta obriga a uma radical reforma do nosso material sanitário, e por nos parecer de utilidade, vamos expôr como poderia êle ser constituido para a sua perfeita utilização na frente, tanto no que diz respeito a um mais adequado tratamento dos feridos, como no que, pela sua contenção em suficiente arsenal de medicamentos, permita um amplo tratamento de afecções que reduza ao mínimo os casos de hospitalização.

Não iremos expôr nem o número, tamanho e forma, nem as dimensões e distribuïção do conteúdo, visto que isso não é mais que um problema de ulterior adaptação; mas apenas o material necessário, tanto o de pensos, como o de medicamentos, de luta contra os gases, etc., como deve ser êsse material, e a forma de eleição para o seu melhor transporte.

Como introdução, resumiremos as classificações mais importantes e modernas das feridas e lesões de guerra na actualidade, visto que, como é natural, por elas estarão condicionados os elementos de cura.

A primeira que inserimos é a de Hughes e Banks, que se refere às diferentes lesões que aparecem nos campos de batalha.

BIBLIOTECA DO EXÉRCITO

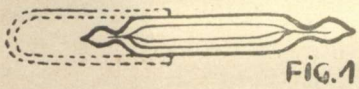


FIG.1

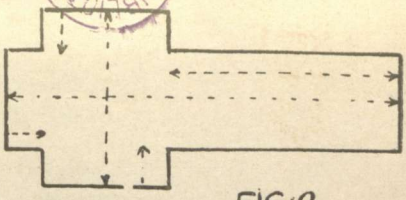


FIG.2

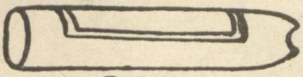
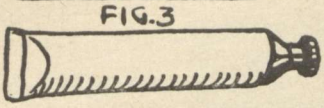


FIG.3



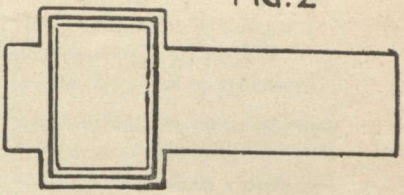


FIG.4

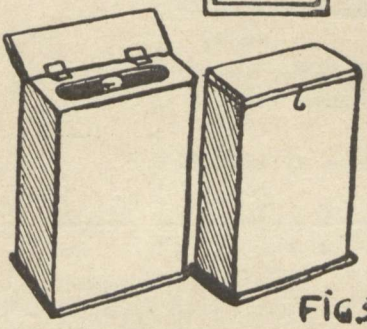


FIG.5

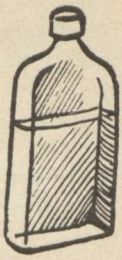


FIG.7

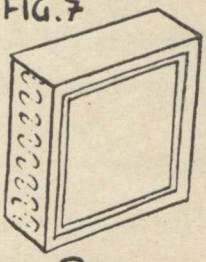


FIG.9

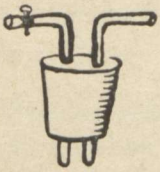


FIG.6

FIG.10

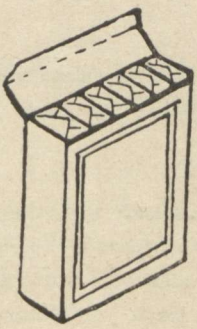
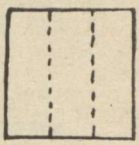
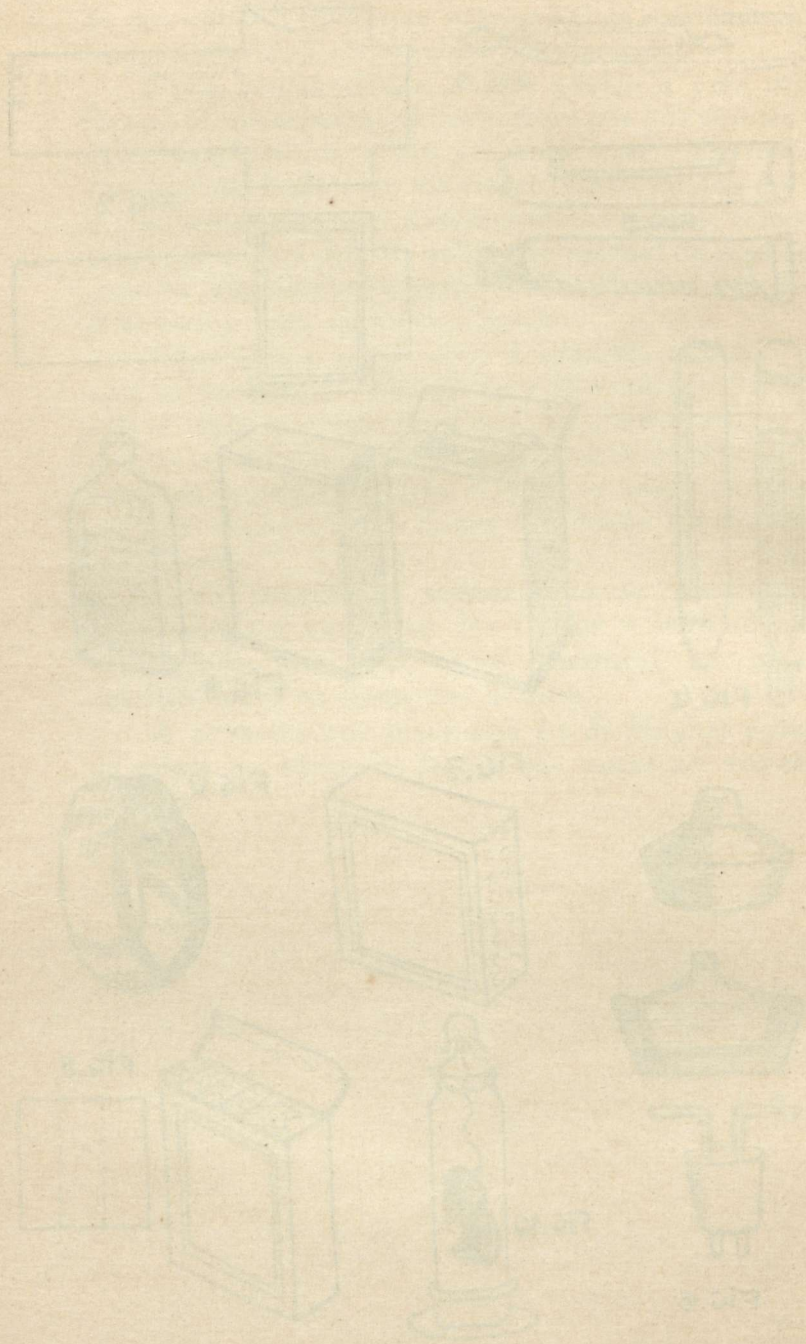


FIG.8





Classificação geral dos feridos (Hughes e Banks)

- Feridas
  - Não penetrantes
    - Contusão
      - Superficial
      - Profunda
    - Fractura
      - Simples
      - Composta
  - Penetrantes
    - Só das partes moles
      - Pequeno orifício de entrada
      - Grande orifício de entrada (ferida lacerante e penetrante).
    - Interessando o osso
      - Continuidade do osso destruida
      - Intacta a continuidade do osso
  - Perfurantes
    - Só das partes moles
      - Orifícios de entrada e saída pequenos
      - Pequeno orifício de entrada e grande e irregular orifício de saída
      - Orifícios de entrada e saída grandes
    - Interessando o osso
      - Continuidade do osso destruida
      - Continuidade do osso conservada
  - Dilacerantes
    - Com penetração ou perfuração
    - Sem penetração ou perfuração
  - Penetrantes e incisas
    - Feridas de baioneta
    - Feridas de navalha
  - Queimaduras
    - Bombas e granadas
    - Líquidos inflamáveis (lança-chamas)
  - Gases asfixiantes venenosos
    - Gases de granada
      - Lacrimogénios
      - Fortemente venenosos
    - Ondas de gás
  - Acidentais ou casuais
    - Feridas por metralha, estilhaços de bordos irregulares
    - Feridas acidentais nos transportes por mulas, mecânicos, etc.

A segunda classificação é clínica, e diz respeito a feridas por *raid* aéreo; o seu autor é *Trueta*, que as divide em 2 grupos:

a) Feridas resultantes da acção de grandes fragmentos de bombas de grande calibre, lançados contra edifícios. Produzem grandes descalabros e são análogos às produzidas pelo fogo da artilharia, mas mais destrutivas.

A mortalidade dos casos que chegam ao hospital é de 66,8 %, e a morte ocorre principalmente por meningo-encefalite. Estas bombas, de alto poder explosivo, produzem fracturas muito cruentas, causadas pela queda ou desmoronamento de edifícios.

b) Feridas produzidas por pequenas bombas dirigidas contra a população civil; a metralha que levam espalha-se em sentido horizontal e com grande violência, na forma de inumeráveis e pequenos fragmentos que produzem nítidas e pequenas incisões na pele, que podem atravessar a cabeça e o corpo de lado a lado (pelo que estes feridos dão a impressão da múmia egípcia), e roçar tangencialmente ou perfurar os ossos das extremidades, dando fracturas radiadas dêstes.

c) Juntariamos a estes um terceiro grupo de lesões por queimadura, devidos aos incêndios produzidos pelas grandes bombas, ou pelas pequenas bombas incendiárias.

A terceira classificação é de Lucins W. Johnson, que no seu estudo «Medical and Sanitary care of the civilian population necessitated by attacks from hostile aircraft» (The *Military Surgen*, 1941), divide as alterações fisiopatológicas e as lesões produzidas pelos bombardeamentos aéreos em:

1.° — Neuroses; 2.° — Queimaduras, que podem ser causadas: por metal fundido, bombas incendiárias de termite e fósforo, e pela iperite; 3.° — Feridas penetrantes, perfurantes e por laceração, produzidas por projécteis, metralha, pedras, vidros, madeira, bétão, etc.; 4.° — esmagamentos produzidos pela queda e desmoronamento de edifícios; 5.° — fracturas de tôdas as espécies; 6.° — Schock e 7.° — Gases.

Note-se que o material de tratamento requerido pelos feridos de um bombardeamento é *oito vezes maior* do que aquêle que necessitaria um igual número de feridos por acidentes industriais.

Como sucede que, na guerra actual, tanto nas povoações, como nos acantonamentos, como no próprio campo de batalha, o papel dos bombardeamentos aéreos é muito importante, tem o material de tratamento que estar preparado, em grande parte, para a assistência aos feridos causados por aqueles, e daí a importância destas classificações.

As normas gerais a que deve satisfazer o material sanitário contido nas bolsas de socorro e *botiquin* do pessoal são os seguintes: 1.ª — Simplificação máxima, suprimindo tudo o que seja inútil, e estando as cousas dispostas de modo que, como dizia o general Marvá, «possa utilizar-se tudo o que é preciso sem dificuldades»; 2.ª — Que o pêso e o volume dos seus elementos seja o menor possível, usando-se a gase e o algodão comprimidos, e igualmente os produtos químicos em que os excipientes estão reduzidos ao mínimo e a substância activa muito comprimida; 3.ª — Que sirvam indistintamente para serem transportados a dorso, em camião ou ambulância; 4.ª — Que leve elementos de luta contra os gases; 5.ª — Que em qualquer logar, e, inclusivamente, ao ar livre possa ser efectuado, com os seus elementos, o exame e tratamento facultativo, como se fôsse no quartel; e 6.ª — A supressão dos grandes cestos de recompletamento, utilizando uma muar no transporte a dorso, e dando maior mobilidade ao P. S. de batalhão ou de regimento, com a base de maior rapidez no reabastecimento.

Apósito ou penso individual

O penso individual regulamentar, até 1916, levava um dúplo envólucro, sendo o exterior impermeável e o interior em papel pergaminho, o qual continha duas compressas de gase e algodão de 10×7 centimetros, uma ligadura de gase de $7^{cm} \times 5^{m}$ cm, e um lenço triangular.

Adoptou-se depois um penso formado por envólucro de tela, que forrava uma caixa metálica de folha a qual continha duas compressas de gase e algodão, dois pincéis de algodão, uma ampola de tintura de iodo e uma ligadura. Verificou-se porém, e verificámos, que a sua rigidez o tornava incómodo durante o transporte, que a caixa de fôlha

se amolga e enferruja com o uso e o tempo, enchendo-se de furos e, portanto, contaminando o conteúdo.

Sob êste tipo, mas mais útil, é o que consta da fig. 1.ª, e que indica a utilidade da ampola de iodo; com êste processo, parte-se uma das extremidades da ampola apertando o tubo de cautchú; mantendo êste com a mão esquerda, parte-se então a outra extremidade livre da ampola, protegendo os dedos com o algodão contido no envólucro. Comprimindo o tubo de cautchú, faz-se cair a solução alcoolica do iodo a 5 % em torno da ferida e sôbre esta.

Durante o Movimento Nacional, utilizaram-se muito vários pensos, suprimindo em todos êles a ampola de tintura de iodo.

Descrevemos em seguida um modêlo que foi muito usado. De um lado tinha impressa a cruz vermelha, encimada pelas seguintes instruções: «Abrir o penso, rasgando em primeiro logar o envólucro externo; a seguir, abrir o envólucro interno de tela impermeável, puchando por uma lingueta, e, por último abrir o terceiro envólucro de papel pergaminho e aplicar as compressas de algodão e gase pelo lado em que está impressa uma pequena cruz vermelha; em seguida, ligar».

O primeiro envólucro é de papel pergaminho gomado, com o tamanho de $9,^{cm}5 \times 6^{cm}$. O segundo envólucro é de tela impermeável, fechado herméticamente; tem na superfície plana posterior uma lingueta de ruptura. O terceiro é de papel celofane, de $18^{cm} \times 3,^{cm}5$, e envolve por sua vez um papel pergaminho de $15^{cm} \times 0,^{cm}5$, que contém duas compressas de $10^{cm} \times 10^{cm}$, simples, de gaze e algodão: uma fixa, a 22^{cm} da extremidade de uma ligadura de 5 metros por 8 centímetros e outra móvel, para quando a ferida apresente orifício de saída, deslisando aquela conforme se tornar necessário. Tanto as compressas como a ligadura são comprimidas. Posteriormente, pensou-se em empregar as compressas de gaze e algodão com antisépticos, utilizando alguns exércitos, para êste efeito, o rivanol, outros a tripaflavina, e os ultimamente fabricados no Parque Central de Farmácia Militar, o manganito de prata.

Nos exércitos beligerantes preconiza-se, actualmente, e com insistência, pela sua acção profiláctica, compressas im-

pregnadas de sulfamida (as sulfamidas mantêm as feridas húmidas, e o sulfatiazol séca-as), e, para mais, alguns pensos levam uns comprimidos de sulfamidas que o ferido ingére depois de se ter feito o primeiro penso, e com o que se consegue que, nas primeiras horas, exista no sangue circulante uma certa quantidade de produto de acção local e profiláctica de septicemias; essa ingestão é da maior importância nas feridas de ventre, por ser o sulfatiazol um poderoso recurso contra as bacterias abdominais, facto no qual insistem os investigadores americanos.

Também estes autores recomendam contra as infecções anaeróbias o peróxido de zinco, que iria nas compressas e seria polvilhado sobre as feridas anfractuosas.

O penso que acima descrevemos, e é regulamentar no nosso exército, tem dois grandes inconvenientes: 1.° — a freqüência de feridas múltiplas de metralha de artilharia e de aviação, e rajadas de metralhadora; 2.° — as compressas são pequenas para muitas feridas, pois que elas foram estudadas para aplicar em feridas de bala de espingarda.

Em resumo, e como conclusão, pensamos que os envólucros do apósito individual devem ser como os que anteriormente mencionamos, e em número de três; que as compressas devem ser, pelo menos, de $20^{cm} \times 20^{cm}$, devidamente dobradas de modo que possam ampliar-se por desdobramento se a ferida assim o exigir; serem formadas de vários planos de gaze, que possam ser fàcilmente separados para poderem ser aplicados separadamente no caso de feridas múltiplas; e devem ser impregnadas de sulfatiazol, que séca as feridas, e portanto, impede que a secreção, empapando as compressas, sirva de meio de cultura.

Recordemos bem a importância dêste capítulo, pois que «a sorte dos feridos depende do primeiro tratamento e da rapidez da evacuação», pelo que os soldados devem ser bem exercitados no uso dêste penso, e o médico da primeira linha deve, sempre que lhe seja possível, utilizar o penso individual que os próprios feridos transportam, e no caso dêstes não o terem utilizado.

Medicamentos e substancias sólidas

Mencionamos a seguir os necessários, dizendo como devem ser preparados, descrevendo também o uso dos derivados da *fenolisopropilamina*, chamada *medicamento de guerra*.

Chá e café em pacotes, ou caixinhas de cartão; açúcar, em caixa de folha; aspirina, em comprimidos de 0,50 grs.; permanganato de potássio, em comprimidos de 0,50 grs.; quinina, atebrina, plasmoquina, em comprimidos; bicarbonato de sódio, em comprimidos de 1 grama; salicilato de sódio, idem; sulfamidas e sulfatiazoes, em comprimidos e em pó, dentro de uma caixa de folha perfurada. Piramidão, comprimidos de 0,10 grs.; ópio e láudano, em comprimidos, subnitrato de bismuto, comprimidos de 0,50 grs. Bicloreto de mercúrio (sublimado), comprimidos de 1 gr., com cloreto de potássio, para evitar a deliquescencia. Sulfato de sódio ou de magnésio, em papeis de 30 grs., envoltos em papel pergaminho, para evitar a deliquescencia. Fosfato de codeina, em granulos de 0,01 grs. Clorato de potássio, em comprimidos de 0,40 grs; nitrato de prata em lápis, envolvido em papel de estanho. Carbonato de sódio, em pó, em caixa de cartão. Talco em pó, idem. Santonina com calomelanos, em comprimidos. Opodeldoque, sólido, em frasco de bôca larga. Acido tânico, em pó, para fazer os solutos extemporâneamente, em concentração de 2 a 20 %. Violeta de genciana, em pó, para soluções a 1 %. Peróxido de zinco, em pó, e em caixa de cartão, para polvilhar as feridas. Sulfato de cobre em lápis. Caporite, em caixas de folha. Fenilisopropilamina, em tabletas de 10 miligramas. Este medicamento é um complexo químico excitador do simpático, parecido, na sua composição, com a adrenalina e a efredina. Obtem-se unicamente por síntese química, e os seus derivados mais conhecidos são: o *1 — fenil — 2 — metilamivo-propana*, produto alemão denominado *pervitin*; o *1 — fenil-amino-propana*, produto italiano chamado *simpamina*; e o *amino-propil-benzeno*, produto americano chamado *bencedrina*.

Para se fazer a sua administração, há que explorar a tolerância começando por 3/4 de tableta, sendo a dose normal de 2 tabletas nas horas do dia, se se não quere que actue

sobre o sono. É utilizada para evitar os efeitos do enjôo durante o transporte por mar ou pelo ar, que reduzem o individuo que enjoa a uma completa impotência física, privando-o de força e da vontade.

Como êste enjôo está caracterizado por desiquilíbrio do sistema vago-simpático, com predomínio do primeiro, esta droga excita o simpático e restabelece o equilíbrio; além disso, sustem as forças físicas, aumenta a actividade mental, dando maior lucidez e perfeita associação de ideias, aumenta a iniciativa e anula o pessimismo.

Tudo isto é preciso para as tropas de invasão no momento de empreender o avanço, ao desembarcar do barco ou do avião, e para os serviços nocturnos de aviação, combate e vigilância, que requerem esforços de duração limitada, mas particularmente intensos.

Este medicamento impede o sono sem sintoma algum de cansaço; mas, como se compreende, não se pode abusar dêle, visto que, ao produzir um rendimento artificial, se êste não fôr seguido de repouso oportuno, fica o indivíduo em piores condições que anteriormente.

Disto se deduz que a sua administração deve ser regulada pelo médico, e o medicamento fazer parte da carga do *botiquin*.

Ampôlas

Organizaremos uma relação das necessárias, detalhando o uso do plasma sanguíneo para tratamento do *schock*:

Anestésicas: Cloroformio e éter, de 50 grs. cada, em caixa de cartão ou madeira; cloreto de etilo, quinze grs., com dispositivo para anestesia local. Evipán sódico, ampolas de 5 grs., anestésico ideal para certas intervenções, tendo ainda a vantagem de não exigir anestesistas.

Cardiotónicas: podem ser cardiorespiratórias, como a cânfora e os seus sucedâneos, coramina, cardiazol, lobelina, estrofantina; ou cardiovasculares, cujo tipo são a adrenalina, a efedrina e a estriquinina. Tôdas estas ampolas serão acondicionadas em caixas de cortiça comprimida, com furos e alvéolos.

Sedantes: Morfina, a 0,01 grs.; pantopon, na mesma dose, e papaverina.

Especificas: Neosalvarsan para tratamento luético e da angina de Vincent. Sulfamidas e derivados, em ampolas de 5 cc., nas afecções cujos agentes etiológicos sejam coccus.

Emetina para as disenterias amibianas; salicilato de sódio, para o reumatismo, em ampolas de 5 cc.

Várias: Gluconato de cálcio isotónico, em ampolas de 5 cc.; balsamicas, com quinina básica e sem ela (2 cc.). Insulina em frascos com rolha de borracha perfurável, a 40 unidades por cc. Cafeina a 20% por cc. Iodo metálico, em ampolas de 4 e 8 gramas, para preparação extemporânea da tintura. Água destilada, em ampolas de 10 cc.; sôro fisiológico glucosado, em ampolas auto-injectáveis de 100 e 200 cc. Sóros e antitoxinas: antitetânico, antidiftérico, antigangrenoso e antiofídico (êste último em certas campanhas).

Vacinas: Antitetanica (nos exércitos em que os efectivos não estejam vacinados contra o tétano, recomenda-se, em face de uma ferida suspeita, a injecção imediata de 1 cc. de vacina, e quarenta e oito horas depois, 3.000 unidades de antitoxina); antigonocócica.

Como conseqüência dos freqüentes bombardeamentos, aparecem abundantes casos de *schock*, em cuja patogenia se admitem, como predisponentes, a dôr, o frio, a fome, a fadiga, a insónia, e a perda de sangue, e que originam uma acentuada diminuição do volume do sangue circulante, com perda de plasma e acentuada concentração daquele, com elevado grau de anoxémia.

Por isto, e além do calor, sedação, adequada alimentação, perfeita hemóstase, inalação de oxigénio, e, pelo menos, ar puro e não viciado, bebidas quentes açucaradas, aconselha-se, sobretudo, a transfusão de plasma sanguineo, que pode ser conduzido, sob a forma líquida, em frascos apropriados, ou em pó, para se preparar a solução extemporâneamente.

Tem sobre a transfusão de sangue a grande vantagem de não requerer dador nem classificação de receptores, e, ainda, o poder ser utilizado durante um largo período de tempo. O plasma necessário pode ser conservado muito tempo, e a solução pode fazer-se ao duplo, a igual ou a metade da concentração normal.

Administrar-se-há, por via endovenosa, injectando-se em quantidades que variam de 150 a 400 cc., que se podem repetir várias vezes. O dissolvente é a água destilada esterilizada, e não o soro fisiológico, fazendo-se a solução quási instantâneamente.

Outras indicações do seu uso são: queimaduras extensas, hemorragias, e estados agudos de hipoproteinémia.

Desinfectantes e Antisépticos

Faremos dêstes um capítulo especial, dada a sua importância e necessidade. Além dos já indicados no capítulo dos medicamentos, como o permanganato, o sublimado, o nitrato de prata, e o sulfato de cobre, julgamos necessários os seguintes:

Cloramina — Em papéis parafinados de 1 grama cada.

Cresosol sólido — Um deles é o *Senotal* espanhol, que permite, com uma pastilha de 400 grs., preparar 200 litros de um desinfectante enérgico.

Lisoformio — A solução concentrada é de uso muito corrente, pois para a desinfecção das mãos, instrumentos e feridas utiliza-se o soluto a 2%; para gargarejos, o de 1%; contra picadas de insectos e mordeduras de serpentes, em soluto concentrado, e para pés feridos ou suores exagerados dos mesmos, e flictenas por aqueles causadas, em soluto a 3%.

O título de diluição necessário para obter uma concentração de 1% obtem-se diluindo 10 gramas de solução concentrada em 100 cc. de água.

A água oxigenada pode obter-se no momento em que se precisa pela mistura de soluções de perbonato de sódio e de ácido cítrico, produtos estes que se levam em comprimidos.

Incluimos neste grupo o alcool a 90°, cujo uso como antiséptico se considera o mais indicado.

Luta contra os gases

Ainda que o *Serviço anti-gás* seja autónomo, um *botiquin* necessita levar elementos de luta contra os gases, e, sobretudo, contra os vesicantes do tipo iperite, e que, con-

forme as várias formações que existem, se pode pensar que, a utilizar uma, seja do tipo que adiante indicamos.

O departamento do *botiquin* a isso destinado deve conter: sabão mole, neutro, bicarbonato de sódio, ácido bórico, ácido tanico, permanganato de potássio, petróleo, magnésia calcinada, hipoclorito de cálcio e talco em partes iguais e em pó para fazer uma papa com a consistência de creme (existe, como específico, o «losantin»); pomadas alcalinas, colirio de novocaina e adrenalina, sulfatiazol em pó, e azeite gomenolado a 5 %.

No caso de haver iperitados, deve-se remover as gotículas que existam sôbre a pele com papel filtro ou gaze absorvente; limpar, em seguida, a pele com petróleo, ensaboar esta suavemente e aplicar seguidamente a pasta de hipoclorito e talco; se houver bolhas, removem-se estas asépticamente e faz-se o tratamento local com ácido tanico.

Nas queimaduras dos olhos, lavagens profusas com bicarbonato a 2 %, e ingestão, por via bucal, de ácido ascorbico. Sulfamidas, tambem *per os*.

Tratamento de Queimaduras

Merecem estas um estudo especial, pela importância e freqüência que adquiriram na actual guerra.

São geralmente devidas a explosões próximas, ou à acção dos lança-chamas, ou à do metal fundido, ou ainda ao calor infernal desenvolvido pelas bombas incendiárias (de fósforo, ou de termite, que é uma mistura de óxido de ferro e finíssimo pó de alumínio, e que, por meio de um detonador especial, produzem cêrca de 2.000 graus), e que originam queimaduras graves, profundas e muito dolorosas.

Em tôdas elas se empregam soluções de ácido tanico, do teor de 2 a 20 %, que se preparam extemporâneamente (reduzem a perda de plasma e previnem a absorpção de toxinas dos tecidos em decomposição).

Podem utilizar-se também, e não são incompatíveis com o ácido tanico, soluções de verde brilhante ou de violeta de genciana a 1 %, ou uma mistura de violeta de genciana, verde brilhante e acriflavina neutra (o que alivia a dôr, e previne

a toxémia), ou ainda pomadas de sulfatiazol (2 — sulfanilil — aminotiazol), ou com óleo de fígado de bacalhau.

Como tratamento geral, inalações de oxigenio, sulfamidas *per os*, hormona cortico-suprarenal por via subcutânea, e plasma fresco e desecado, em injecção precoce e freqüente. Não se recomenda o soro fisiológico, visto que a eliminação do cloreto de sódio pela urina provoca uma acentuada perda de plasma.

Pomadas

Indicam-se as necessárias para o tratamento das feridas, queimaduras, afecções da pele, etc., e que são: vaselina esterilizada, cloramina, óxido amarelo de mercúrio, pasta de Lassar e Nodara; de sulfamidas; pomada contra as congeladuras, composta de manteiga, formol e cânfora, tubos de pomada profiláctica anti-venérea.

São muito úteis as de óleo de fígado de bacalhau e as chamadas alcalinas, formadas por talco, carbonato de cálcio, água de cal e glicerina a 30°, em partes iguais. Tôdas elas vão acondicionadas em tubos de estanho, com envólucros de cartão comprimido, o qual tem a vantagem de preservar de qualquer compressão o tubo de estanho, e de voltar a ser utilizado quando aquele se esvazia. Além disso, permite que os tubos sigam sem necessidade de caixa.

Colirios e discos oftalmicos

Nas afecções oculares utilizar-se-ão os discos oftálmicos de cocaïna, atropina, eserina, todos êles guardados em tubos de vidro parafinados, ou então colirios de argirol, sulfato de zinco, em frascos conta-gotas, protegidos por um envólucro de cartão comprimido, ou caixa de cartão forte com alvéolos. O colirio de novocaina a 2% e adrenalina a 1% é muito utilizado para as lesões oculares dos gaseados.

Medicamentos e substancias líquidas

Incluímos neste grupo o alcool, o benzoato de benzilo em solução saponinada, e o lisoformio; aos primeiro e terceiro já fizemos referência.

Como anti-escabioso, o benzoato de benzilo tem a grande vantagem de poder ser utilizado em qualquer lugar, de fazer com que a roupa fique isenta de propagar o contágio, e ainda de ser de aplicação limpa e simples, exigindo apenas um duche final para conclusão do tratamento.

Devem meter-se estes três medicamentos em frascos de vidro de meio e um litro, achatados, com o fim de ocupar menos espaço, tapados com rolha automática de borracha e tampão metálico de rosca, e, para evitar que se quebrem, devem ser colocados em estojos de madeira ou de cortiça comprimida, fabricados para o efeito, e que têm a vantagem de ser de duração indefinida.

Quanto à maneira de levar a água, recomendamos que, em vez do barril de madeira, de limpeza duvidosa e de fácil contaminação do conteúdo, se utilize a vasilha que se mostra pela fig. 6.

É de vidro, mas bem protegida com cesto duplo de vime; é fácil de levar, já a dorso de mula, já em qualquer veículo. Quando é preciso utilizá-la, tira-se-lhe a rolha de tipo corrente de que vai munida, e substitue-se por uma outra atravessada por dois pequenos tubos, o que permite esvaziá-la fàcilmente como se fôra um frasco lavador.

Material de pensos

Neste capítulo incluimos: a gaze, o algodão, as compressas, o adesivo, a sêda, os categuts, as crinas de Florença, as talas de Cramer, o gêsso, os pacotes de pensos modelos grande e médio, lenços triangulares, ligaduras de tronco e em T, suspensórios.

Algodão — Este importantíssimo material de tratamento representava antigamente um elemento de difícil transporte nas caixas de material e bolsas de socorro, pelo seu grande volume. Torneava-se a dificuldade, levando-o em pequenos pacotes, mas isto ocasionava inconvenientes, tal como o de não apresentar o tamanho suficiente para certos pensos, como, por exemplo, os aparelhos gessados e os pensos de feridas extensas.

Para mais, como é preciso que seja esterilizado, contaminava-se fàcilmente ao abrir o pacote, e como, por vezes,

não podia ser todo utilizado, ficava sem serventia, e desperdiçava-se.

Por isso se propõe agora o seu transporte e uso em caixas de cartão comprimido, que o levam em pranchas ou laminas comprimidas, e que se arrumam em zig-zag no interior das mesmas. Pela abertura superior, fechada pela tampa da própria caixa, ou por uma tira de adesivo, extrai-se, por tracção, a quantidade que se queira em comprimento e largura, sem contaminar a parte restante.

Constroem-se estas caixas em 2 tamanhos (para bolsa de pensos e *botiquin*), e a caixa, uma vez esvaziada, pode trocar-se por outra cheia, para aproveitamento da embalagem.

Gaze — Será acondicionada pelas duas formas: em rolos de $10^{m} \times 0,^{m}23$, os quais apresentam a vantagem de se poderem cortar em rolos de menor tamanho, ou em forma de compressas. Estas últimas serão cortadas em 3 dimensões: $0,^{m}20 \times 0,^{m}20$, $0,^{m}40 \times 0,^{m}40$, e $0,^{m}45 \times 0,^{m}60$, isto é, pequenas, médias e grandes, em pacotes de 5 compressas esterilizadas, embrulhadas em papel pergaminho e em caixas de cartão, que podem ser trocadas após a utilização. As compressas grandes devem dobrar-se ao meio, para que ocupem menos volume.

As compressas de gaze e algodão são da mesma forma e dimensões, e serão embaladas da mesma maneira.

O adesivo deve ir enrolado em carrinhos grandes, o que permite se desperdice menos espaço nos envólucros e o poder ser utilizado em tiras largas ou estreitas, conforme se queira; o seu envólucro deve ser metálico ou de cartão.

Seda, Categut e Crinas — Nas bolsas de socorro, irão em tubos de vidro dispostos em caixas de cortiça comprimida; nos *botiquins*, a seda e o categut vão em novelos grandes, metidos em frascos de cristal que permitem levar grande quantidade (50^{m}) em pequeno tamanho e volume, com a vantagem de se poder tirar a quantidade de que se necessite sem que a parte restante se contamine. A crina de Florença irá em tubos de vidro, e tanto esta como o categut e a seda serão fornecidos em diferentes grossuras.

Talas — Deve simplificar-se o material que levavam os nossos *botiquins*, e que era variável e complicado (talas especiais para coxa, perna, antebraço, etc.), e utilizar simples-

mente talas de Cramer, com as quais se podem construir todos os aparelhos necessários para imobilização.

Gêsso — Será conduzido em caixas metálicas, a fim de ser utilizado se, por acaso, fôr preciso imobilizar algum fracturado para poder ser transportado.

Lenços triangulares, ligaduras em T e outras, e suspensórios — Devem ser esterilizados, e acondicionados em papel pergaminho.

Penso de tipo grande — É um penso de grande utilidade para feridas do tronco, nádega e hombro, quer dizer, para grandes articulações; contém material de penso esterilizado pelo vapor a 120°.

Não existe regulamentarmente nos nossos *botiquins*, e por isso havia que substitui-lo por compressas de gaze e algodão, muitas vezes pequenas, e por uma ligadura.

Tem as dimensões de 0,^{m}12 × 0,^{m}10, e 3,^{cm}5 de espessura, e está envolvido por uma tira de papel branco assinalado com a cruz vermelha e com a instrução «para abrir, rasgar a etiqueta por meio do fio de cordel». Aquela tira tem 0,^{m}30 de comprimento por 0,^{m}03 de largura, e deve envolver um papel de embalagem forte, de 0,^{m}49 de comprimento por 0,^{m}09 de largo, e que, por sua vez, envolve dois pacotes marcados com os números 1 e 2, envoltos em papel pergaminho, e portanto impermeáveis. O n.° 1, de 0,^{m}10 × 0,^{m}05 × 3,^{cm}5, contem 6 compressas duplas comprimidas e esterilizadas, envolvidas em papel pergaminho de 0,^{m}19 × 0,^{m}17, dobradas de modo a fornecer cada uma um rectângulo de 0,^{m}10 × 4,^{cm}5; e 2 ligaduras de gaze hidrófila de 0,^{m}10 × 6,^{m}5, fortemente comprimidas para ocupar o mínimo volume possível.

O pequeno pacote n.° 2, é numerado por uma etiqueta colocada no primeiro envólucro de papel pergaminho, de 0,^{m}16 × 0,^{m}17; o segundo envólucro, que é o que protege directamente as compressas, é de papel pergaminho de 0,^{m}43 × 0,^{m}13, e contém uma compressa de gaze hidrófila de 10 folhas, e com as dimensões de 0,^{m}30 × 0,^{m}22, sendo aquelas cosidas pelos seus quatro ângulos, e uma compressa de gaze e algodão, com as mesmas dimensões da anterior.

Penso de tipo médio — É um penso útil nas feridas da cabeça, pescoço, cotovelo e joelhos; as suas dimensões são de 0,^{m}105 × 0,^{m}06 × 0,^{m}05.

É envolvido por um fio de cordel, que o ata nas suas três dimensões, e que tem uma etiqueta branca, na qual se lê «esterilizado a 120° durante uma hora», sobre um papel de embalagem forte e duplo, de 0,^{m}315 × 0,175; no interior estão os dois pacotes marcados com os n.^{os} 1 e 2, numa etiqueta interior, que se vê por transparência do papel pergaminho.

O pacote n.° 2 é constituido por um envólucro duplo de papel parafinado; o primeiro, de 0,^{m}25 × 0,^{m}155, e o segundo de 0,^{m}40 × 0,^{m}115, que é o que protege directamente a compressa; esta é dupla, formada por 16 folhas de gaze, com a medida de 0,^{m}21 × 0,^{m}19, estando sujeita pelos seus quatro ângulos a uma compressa simples de gaze e algodão, com as mesmas dimensões.

Instrumental cirúrgico

O estojo de praticante deve conter: 2 navalhas de barba, 2 pinças de Kocher, 2 pinças de Péan, 1 bisturi convexo, 1 pinça Doyen, 1 sonda canula, 1 estilete, 2 tesouras (recta e curva), 1 pinça de dissecção, 1 pinça de pôr e tirar agrafes, agulhas de sutura variadas e agrafes.

O material cirúrgico de *botiquin* deve conter: 1 bisturi recto, 1 idem convexo, 1 faca de amputação, 12 pinças de Péan, 12 pinças de Kocher, 6 pinças de dissecção, 1 serra, 2 pinças Doyen, 2 pinças de pôr e tirar agrafes, 2 agulhas de Reverdin, 6 sondas canulas, 1 pinça de língua, 1 abre-bocas, 3 navalhas de barba, 4 tesouras (2 rectas e 2 curvas), 1 espelho frontal, espéculos nasal e auricular, jogos de espelhos laríngeos, 2 abaixa-línguas, 1 tesoura forte para cortar couro, jogo de afastadores para campo operatório, agrafes de vários tamanhos, 1 agulha para corpos estranhos da córnea, sondas uretrais Nélaton e semi-rígidas de vários tamanhos, agulhas de sutura de vários tamanhos e formas, 2 máscaras de Esmarch, 1 tubo de cautchu, tubos de dreno, garrotes para hemóstase, forceps dentário universal, seringa de anestesia dentária, botadores.

A caixa em que vai acondicionado este instrumental deve servir para a sua esterilização pela fervura.

Material de iluminação

Deve ser de várias origens, para ser usado conforme as necessidades.

Além da iluminação natural, usada directamente, ou por intermédio de espelho frontal, é precisa a iluminação electrica, por meio de lanterna, para o exame da garganta, fossas nasais, etc.

São muito úteis os aparelhos a petróleo e gasolina, que devem ser sem pressão, com chaminé de mica em lugar do vidro, e com manga de incandescência. Devem também levar-se lanternas para velas de cera ou de estearina.

Combustiveis

O melhor, pelo seu fácil transporte e limpeza, é o combustível sólido, sob a forma similar ao «Meta», que é fácil de obter a partir do formol polimerizado, e que não é caro. Deve ser acondicionado em caixas metálicas, forradas interiormente de papel, e o produto, em forma de pastilhas de $0,^{m}05 \times 0,^{m}015$, tem a vantagem de poder fraccionar-se para ser usado em maior ou menor quantidade, conforme fôr preciso. Pode ir em caixas pequenas, nas bolsas de socorro, e em caixas grandes no *botiquin*.

Em alguns casos pode utilizar-se o alcool a 90°.

Na situação de estabilização, e sempre que seja possível, utilizar-se-ão os fornos de cozinha e outros semelhantes.

Utensílios vários

Funil de porcelana, copo de cristal graduado, agitador de cristal, espátulas, colheres de pau de vários tamanhos, saca-rolhas, abre-latas, almofariz, rolhas de vários tamanhos, limpa-unhas, pastilhas de sabão, *bateas*, novelos de cordel, fita métrica, irrigadores de borracha para lavagens uretrais e para clister, com os seus tubos e canulas correspondentes, jogos de tachos (para ferver seringas, para infusões, etc.), seringas de 2, 3, 5, 10, 20 e 50 cc. e para insulina, *raccords* e agulhas para injecções subcutâneas, intramusculares e intravenosas, termómetros.

Secção bibliográfica

OBRAS ADQUIRIDAS PARA A BIBLIOTECA DA D. S. S. M. NO 2.º SEMESTRE DE 1937

TÍTULO DA OBRA	*AUTOR*
Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (Volume I).	*Vários — Edição da Enciclopédia Limitada.*
Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (Volume II)	*Idem.*
Manuel Prátique de L'infirmiére soignante. . . .	*M.elle M. L. Nappée.*
Précis d'anesthésie Chirurgicale	*E. Forgue.*
Lista geral de antiguidade dos oficiais do Exército Metropolitano e empregados civis referida a 31-12-936	*Pub. oficial do Ministério da Guerra.*
Manuel a l'usage des troupes employées outremer	*M.º da Guerra do Exército Francês.*
Administração Militar	*Mário Afonso de Carvalho, Cap. do S. A. M.*
Primeira conferência Económica do Império Colonial Português — (Volumes I e II — 1 exemplar de cada)	*Publicação oficial do Ministério das Colónias.*
Annual Report of the Surgeon General N. S. Army — 1936	*Pub. dos E. U. da América.*
Portugal na Grande Guerra (Volumes I e II — 1 exemplar)	*Direcção do General Ferreira Martins.*
Boletim da Escola Central de Oficiais (n.os 41, 42 e 43).	*Pub. da E. C. Of.*
Boletim do Comissariado do Desemprêgo, ano de 1937 — n.º 13, de Janeiro a Março	*Pub. do M.º das Ob. Pub.*
Elementos de Tática	*Tenente Coronel Fontes Pereira de Melo.*
Guia do Comandante de Batalhão (2.ª edição) . .	*Cap. J. Nunes da Silva e J. Correia.*
Notas sôbre o Emprêgo das Armas e Serviços da Divisão (Tomo I — A Defensiva).	*Cap. Correia Guedes.*
O Perigo Aéreo e as Populações Civis	*Ten. Eng. Santos Macedo.*
A Alimentação na Educação Física e no Desporto	*Dr. Ernesto Roma.*

TÍTULO DA OBRA	*AUTOR*
Escola de Cavalaria.	*Ten. Méd. Adalberto de Sousa Dias.*
Curso de Informação do 2.º e 3.º graus — Serviços	*Pub. da E. C. Oficiais.*
Quadros Orgânicos de Artilharia — Anexo n.º 4 .	*Pub. da Direcção da Arma de Artilharia.*
Desinfection and Sterilization	*Me. Culloch.*
Prove per svelare la Simulazione della Sordità. .	*Prof. Benedetto Casella.*
Kriegs chirurgie	*Tranz.*
Préeis d'Organization et de Fonctionnement du Service de Santé en temps de guerre.	*Ch. Spire et P. Lombardy.*
Boletim da Escola Central de Oficiais (n.os 44, 45 e 46).	*Pub. da E. C. Oficiais.*
Relazione Medico-statistica delle condizioni sanitaria del R. Exército — Nell'Anno 1932. . .	*Ministero della Guerra.*
La Chirurgie de la Douleur (Ed. 1937 — Masson Comp.ª Paris, capa brochada)	*R. Leriche.*
Revue des Troupes Coloniales (França) contendo artigos sôbre o S. Saúde Italiano durante a Guerra da Etiopia — n.º 235, Fevereiro de 1937 e n.º 236, Março de 1937.	*Pub. Francesa.*
Elementos de Tática	*Ten. Cor. J. Fontes Pereira de Melo.*
Notas sôbre o emprêgo das armas e serviços da Divisão — Tomo II — Marcha de apróximação e contacto	*Cap. com o curso do E. M. Correia Guedes.*
O Grupo de Cavalaria Divisionário.	*Cap. de cav. com o curso E. M. Marques Valente.*
Anatomy and Fhysiology of Physical Training .	*Major R. W. Galloway.*
Oxygénothérapie et Carbothérapie	*L. Dautrehande.*
Le Service de Santé aux Armées	*Médecin - Comandant Tournier-Lasserve.*
Cours d'hygiéne et de prophylaxie	*Ecole d'Application du Service de Santé Militaire, Val-de Grâce.*
Serviçe de Santé Militaire (Ex.º Belga)	*Leman, Com. l'Ecole d'App. du Service de Santé.*
Urgences de Chirurgie.	*Louis Dambrier*
Précis d'anatomo — physiologie normal & pathologique du Systeme nerveux central	*Publié sous la direction de Jean Lhermitte, par Pierre Masquieu et J. O. Trebbles.*
Thérapeutique Biologique	*Gaston Lyon.*
Organization, Strategy and Tatics of the Army Medical Services in War	*F. B. Nicholls.*

TÍTULO DA OBRA	*AUTOR*
Tratado completo de Clinica Moderna: Vol. I — Aborto — Colera Aziático; Vol. II — Comoção cerebral; Equinococcia; Vol. III — Erisipela Figado; Vol. IV — Higiene Social; Mixedema; Vol. V — Morfinismo; Policitemia; Vol. VI — Próstata; Siringomielia; Vol. VII — Sistema Nervoso. Apendice — Índices	*J. J. T. Klemperer.*
Quadros Orgânicos de Artilharia.	*Pub. Oficial do M.º da Guerra*
Quadros Orgânicos de Artilharia.	*Idem.*
Malaria — A Handbook of Treatment, Parasitology & Prevention	*Bernad Nocht, M. D & Martin Mayer, M. D.*
Précis d'organization et de fonctionnement du Service de Santé en temps de guerre.	*Ch. Spire, Médecin Général, et P. Lombardy, Médecin Lieutenant Colonel.*
Exame Funcional do Rim. Fisiologia. Factores extrarenais. Insuficiência renal e sua avaliação. Equilíbrio iónico, etc.	*Roberto Chaves.*
Calcanéum, Avant-Pied.	*Dr. Alexis Carrel.*
Le Systéme Nerveux Végétatif.	*J. Finel.*
The Military Surgeon. Ano de 1937	*Pub. dos E. U. da América.*
Giornale di Médicina Militare (Itália) ano de 1937	*Pub. Italiana.*
Journal of the Royal Army Medical Corps. Ano de 1937	*Pub. Inglesa.*
Revue du Service de Santé Militaire. Ano de 1937	*Pub. Francesa.*
Bulletin International des Services de Sauté — Ano de 1937	*Pub. Belga.*
Journal de Chirurgie — Ano de 1937	*Pub. Francesa.*
La Presse Médical — Ano de 1937	*Idem.*
Lisboa Médica — Ano de 1937	*Pub. Portuguesa.*
Portugal Médico — Ano de 1937	*Idem.*
A Medicina Contemporânea — Ano de 1937	*Idem.*
«Infantaria» — Ano de 1937	*Idem.*
Boletim de Administração Militar — Ano de 1937	*Idem.*
Defesa Nacional — Ano de 1937	*Idem.*
Revista Militar — Ano de 1937	*Idem.*
Ordens do Exército (1.ª Série) — Ano de 1937	*Pub. Oficial.*
Ordens do Exército (2.ª Série) — Ano de 1937	*Idem.*
Boletim Militar das Colónias — Ano de 1937	*Idem.*
História de Portugal (Ed. Monumental da Portucalense Edt)	*Pub. Portuguesa.*
Fidac — Ano de 1937	*Idem.*
Revista de Medicina Militar (Jugoslávie) — Ano de 1937	*Pub. Jugoslava.*

TÍTULO DA OBRA	*AUTOR*
Revista de Medicina Militar (Brasil) — Ano de 1937	*Pub. Brasileira.*
Revista de la Sanidad Militar — Ano de 1937	*Pub. Argentina.*
Memorial de la Direccion General de Sanidad — Ano de 1935	*Idem.*
Office International d'Hygiéne Publique. (Boletim Mensal) — Ano de 1937	*Pub. oficial do I. Int. Hig. Pub.*
Idem-suplément au n.º 1: L'Education des enfants arriérés ou anormaux	*Idem.*
Idem-supplement au n.º 6: Réglementation Sanitaire Française	*Idem.*
Idem-supplement au n.º 8: L'Education des enfants arriérés ou anormaux	*Idem.*
Boletim da Comissão Superior de Educação Física do Exército — Ano de 1936	*Pub. oficial Portuguesa.*
Relatório de 1936 do Dispensário de Higiene Social	*Tovar de Lemos.*
Revista mensal — Clinica, Higiene e Hidrologia — contendo um trabalho original: Impressiones sobre cirúgia en los hospitales de sangre del frente	*M. Gomes Durán.*
Boletim do Comissariado do Desemprêgo — Ano de 1937 (n.º 14-Abril a Junho)	*Pub. oficial Portuguesa.*
Idem (n.º 15, de Julho a Setembro)	*Idem.*

Notas e Notícias

AO terminar êste ano de 1942, assistimos, no panorama da guerra mundial, a dois sucessos de transcendente significado: as batalhas de El-Alamein e de Estalinegrado.

Assinalam êsses dois acontecimentos, quási simultâneos, o extremo limite do avanço das fôrças do *Eixo* através da Europa e da África; e, nomeadamente para as tropas germânicas, o ponto culminante da ofensiva através dos territórios que constituiam a base real do «drang nach osten», tão proclamado por alguns dos seus chefes mais eminentes.

Do nosso afastado observatório ocidental, assistimos, mudos e confrangidos, ao desenrolar dos maiores acontecimentos militares da História do Mundo, à perda de milhares de vidas e à de inúmeros bens e riquezas que o Moloch da guerra devora sem piedade.

Deixando de lado o profundo significado dessas batalhas a que acima aludimos, parece-nos oportuno, neste momento, fixar alguns factos, que têm, para o Serviço de Saúde Militar de todos os povos, uma importância fundamental.

Se, tanto na Rússia como em África, a par dos prodígios de valor e tenacidade dos combatentes, temos que admirar a colossal tarefa dos reabastecimentos de tôda a espécie, a milhões de homens em armas, ao longo de milhares de quilómetros de linhas de comunicação, não podemos deixar de pôr em relêvo o gigantesco trabalho da Sanidade Militar ao serviço dêsses exércitos.

Ao encararmos o teatro da guerra do Leste europeu, e as condições em que, mòrmente no inverno e na primavera, se realiza aquela campanha, é para nós motivo de profunda admiração, além da suscitada pelos progressos realizados no campo da cirurgia de guerra, e no do transporte dos feridos a distância, a soma dos meios empregados para realizar o saneamento daqueles campos de batalha, e prevenir o perigo das epidemias, as quais, como é bem conhecido, ainda na última Grande Guerra constituiram, um dos piores e mais traiçoeiros inimigos dos combatentes.

Naquela imensa frente defrontam-se cêrca de 600 divisões de tropas escolhidas de ambos os contendores.

Sucedem-se os combates mais sangrentos e mortíferos, tanto de dia como de noite, e os conseqüentes movimentos de avanço e recuo, de abandono forçado de feridos e de cadáveres, além da extraordinária *surmenage* que o esfôrço e a tensão nervosa dispendidas na batalha impõem aos combatentes.

Tudo isto se vem passando através de regiões planas ou pouco acidentadas, com raras e paupérrimas povoações dispersas na imensa estepa, a grande distância, por vezes, umas das outras, e que, para mais, estão quási sempre destruidas e inabitáveis, não oferecendo assim o mínimo abrigo utilizável pela sanidade militar.

Dir-nos-hão alguns que êsse sólo, gelado e de dureza granítica durante o inverno, não permite fàcilmente a eclosão dos surtos epidémicos; mas, em contrapartida, há que construir abrigos contra a intempérie, porque o rigor das baixas temperaturas impõe dura servidão aos combatentes; e, chegada a época do desgêlo, tôda a imensa estepa se transforma num mar de lama, e é nestas condições que as tropas têm que viver, que se deslocar, que combater, encafuadas por vezes em abrigos ou trincheiras estreitas e profundas, muitas vezes falhas do mais rudimentar confôrto, e até, por vezes, de suficientes mantimentos.

Podemos, pois, supôr quanto, no campo da medicina militar, se tem avançado, de 1918 para cá, no que diz respeito às medidas higiénicas a adoptar nos estacionamentos, na higiene da alimentação, no vestuário e equipamento, na bonificação das águas, e ainda, nas medidas profilácticas que, pelas vacinações, desinfecções e desinfestações, se destinam à prevenção das doenças contagiosas mais freqüentes.

Se olharmos agora o panorama da guerra africana, podemos também imaginar o que será a luta da sanidade militar contra a falta de água potável, o calor asfixiante, os mosquitos, carraças, moscas e quantos outros agentes e propagadores de doenças, além das vicissitudes que o combatente suporta pelas marchas através do deserto, realizadas sob o sol ardente, ou sob a cacimba da noite, ou, ainda pela imobilidade forçada durante o dia por causa da observação aérea.

A medicina militar, a grande «consolatrix afflictorum» dos combatentes, tem-se esforçado por remediar, na medida

dos seus recursos, todos os inconvenientes resultantes das operações militares através de tão inóspitos territórios, e, ao mesmo tempo, tem procurado novos meios de cura, novos agentes terapêuticos e novos processos, que permitam melhorar incessantemente os resultados da sua alta missão junto das tropas.

Pertencem a êste grupo de novas aquisições o emprêgo tão generalizado dos sulfamidas, o dos medicamentos destinados a reforçar o moral e a resistência física dos combatentes, o tratamento anti-choque pela transfusão de plasma, etc.

A estes meios pròpriamente medicamentosos, há que juntar o grupo dos medicamentos-alimentos, actualmente de emprêgo generalizado, e de tanta importância na prevenção das doenças carenciais, como são as vitaminas, os alimentos sintéticos vitaminados, os extractos e sucos de frutos e de cereais, etc.

A par dêstes progressos na medicação e dietética de campanha, observamos ainda a profunda evolução das medidas de higiene geral das tropas, os cuidados observados com a higiene pessoal e colectiva.

Todos estes progressos requerem, além de variado e complexo material, um pessoal profundamente instruído e treinado no seu emprêgo, pelo que não é difícil de deduzir o extremo cuidado e escrúpulo com que, nos grandes exércitos envolvidos na guerra, se selecciona e educa o pessoal do Serviço de Saúde Militar, desde o general-chefe, até ao mais humilde maqueiro regimental.

Essa missão, porém, não é encarada, em geral, como um serviço isolado que absoluta e ùnicamente esteja a cargo da sanidade militar, e dos seus elementos.

Essa missão é vigorosamente coadjuvada por tôda a nação em armas. visto que se não trata apenas da defesa da saúde e da vida dos seus combatentes, mas também, indirectamente, da de tôda a comunidade nacional.

Êste ponto de vista de uma íntima e perfeita cooperação do Serviço de Saúde Militar com todos os órgãos, oficiais ou extra-oficiais da Saúde Pública, constitui, em nosso parecer, um dos mais interessantes objectivos a atingir na luta que nós, os médicos militares, que apenas aspiramos a

servir mais e melhor o nosso país, sustentamos para o maior progresso do Serviço e maior eficiência da sua actividade no plano da Defesa Nacional.

J. C.

Com o presente número, completa êste Boletim o 5.º ano da sua publicação, facto êste que não podemos deixar no olvido, embora, muito a nosso pezar, êle apareça com um atrazo considerável, atrazo êste devido, em grande parte, às crescentes dificuldades do momento presente, e ao facto de lhe não podermos dedicar o tempo que bem desejariamos destinar-lhe, mas que as exigências do serviço a nosso cargo torna escasso.

É quási certo que tôdas as dificuldades se vencem, ponto é que haja para isso a fôrça de vontade precisa. Mas, uma há que se pode considerar resistente à boa vontade, e essa é a falta de tempo.

Ao tomarmos sôbre os nossos ombros esta tarefa, já lá vão 5 anos, sempre imaginámos que poderiamos cumprir o nosso dever para com o Boletim sem atrazos nem dificuldades; sòmente não previramos que a repercussão dos acontecimentos decorrentes desta nova Grande Guerra se faria sentir, cada vez mais, na economia de cada nação e até na vida, hábitos e costumes, de cada um de nós.

Se, então, já poucos eramos, perante o enorme trabalho a realizar no âmbito da Medicina Castrense, agora muito menos somos, porque dispersos, e cada qual acumulando serviços que antigamente eram desempenhados por vários.

Aos nossos benévolos leitores pedimos, pois, nos relevem o atrazo desta publicação, e, ao mesmo tempo, desejamos mais uma vez afirmar-lhes que continuaremos o nosso combate com profunda fé nos destinos do nosso Serviço, procurando, dentro dos limites que nos são assinalados, realizar o programa que constitui a base da nossa actividade nesta publicação.

A Comissão Redactora