REPÚBLICA PORTUGUESA

MINISTÉRIO DA GUERRA

BOLETIM

DA

DIRECÇÃO

DO

SERVIÇO DE SAÚDE MILITAR

(PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL)

11.º ANO

N.os 1, 2, 3 e 4

LISBOA
1948

12.723

REPÚBLICA PORTUGUESA
MINISTÉRIO DA GUERRA

BOLETIM

DA

DIRECÇÃO

DO

SERVIÇO DE SAÚDE MILITAR

(PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL)

11.º ANO

N.os 1, 2, 3 e 4

BIBLIOTECA DO EXÉRCITO

LISBOA
1948

S U M Á R I O

O XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE MEDICINA E FARMÁCIA MILITARES (BASILEIA, 1947)

pelo Major-Médico A. Meyrelles do Souto

O ÍNDICE DE PIGNET-MAYET NAS JUNTAS DE RECRUTAMENTO

pelo Capitão-Médico Nobre Cartaxo

PENSÕES DE PREÇO DE SANGUE

pelo Capitão-Médico Lino de Matos

ESTUDOS MÉDICO-MILITARES

pelo Tenente-Médico Henrique de São Payo Melo e Castro

NOTAS E NOTÍCIAS

pelo Tenente-Médico Chaves de Almeida

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 XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE MEDICINA E FARMÁCIA MILITARES (BASILEIA, 1947)

pelo Major-Médico
A. MEYRELLES DO SOUTO

Publicado em O. S. do G. M. L. de 1-8-946 o convite aos oficiais médicos para enviarem memórias ou comunicações ao XI Congresso Internacional de Medicina e Farmácia Militares que, de 2 a 7 de Junho de 1947, se realizaria em Basileia, tive a honra de ser o único a corresponder, apresentando, segundo as indicações do aviso, as comunicações seguintes:

1) — Profiláxia da gangrena e do tétano;
2) — Exposição geral dos processos modernos de profiláxia das doenças epidémicas do exército;
3) — A participação do médico militar na formação moral e física do soldado.

Fui por isso considerado congressista, segundo consta de páginas 28 do programa oficial do Congresso.

Não me foi possível estar presente às sessões e por isso aqueles meus estudos, inscritos respectivamente sob os n.^{os} 3, da manhã de 4 de Junho, e 7, da tarde de 5 de Junho, não foram discutidos; foram, porém, publicados na íntegra a páginas 185, 187 e 264 do tomo II dos trabalhos do Congresso.

Não é destas modestas memórias, contudo, que venho ocupar-me, mas dos ensinamentos gerais que desta reunião internacional podem colher-se, úteis para nós, no nosso país.

A primeira questão tratava dos *métodos de reanimação dos feridos* e foi relatada pela França (Tenente-coronel médico Julliard e Major-médico Pasquiet) e pela Inglaterra (Brigadeiro Fells).

Sobre o assunto houve mais 7 comunicações da Austrália, Estados Unidos, Itália, Suíça e Turquia, após cuja discussão se votaram as conclusões seguintes:

«I — *Princípios gerais:*

1) O reanimador é um especialista que trabalha em estreita colaboração com o cirurgião chefe de equipa.

2) A melhor deschocagem é a praticada o mais próximo possível duma equipa cirúrgica:

3) Deve-se evitar a repetição da deschocagem, mas pelo contrário prossegui-la sem interrupção.

4) O tratamento do choque prima em geral o do ferimento. O tratamento da infecção pelos antibióticos permite retardar a intervenção.

II — *Prevenção do choque:*

1) Lutar contra a dor: morfina — imobilização eficaz da fractura.

2) Não sobreaquecer os doentes — basta um aquecimento moderado.

3) Atenção ao garrote, não seja mantido tempo demasiado.

III — *Métodos de tratamento:*

1) Combater a anóxia, pela super-oxigenação macissa: 8 a 10 litros por minuto.

2) Combater a atonia vascular. A hemostase deve preceder qualquer transfusão.

3) Reparar a perda de líquido. Em geral é-se levado a alternar ou combinar sangue e plasma; quando a hemorragia for além de 1 1/2 litros, juntar sangue ao plasma.

A transfusão deve ser rápida de começo — meio litro em poucos minutos — e continuar enquanto a tensão arterial for inferior a 10 cm. de Hg. A quantidade de sangue a prever é, em média, de 4 litros para 10 feridos de todas as categorias.

Os feridos do tórax, os «soprados» (sequelas de explosão), os «minados» (soterrados) não devem receber líquidos em demasia. Empregar para eles proteínas concentradas».

*

Entrando no segundo assunto do programa, *exposição geral dos processos modernos de profiláxia das doenças epidémicas no exército*, encontramos como relatores os Estados Unidos (Major-médico Janeway), Grã-Bretanha (Coronel Kennedy) e Suíça (Capitão Regamey).

Apresentaram-se 9 comunicações da autoria de oficiais médicos da Austrália, Índia, Suíça, Itália, Roménia, Turquia, além de duas das minhas, e, sobre todas, foram votadas as conclusões:

«A higiene militar é a ciência do estudo da manutenção e do melhoramento da saúde física e moral do soldado.

A prevenção das doenças toma um papel particularmente importante.

O comandante de qualquer tropa é responsável pela saúde e bem estar dos soldados.

Médicos militares escolhidos especialmente, e com formação particular, devem servir como conselheiros técnicos do Comandante.

Incumbe-lhes preparar o programa da prevenção e recomendar a sua aplicação.

As medidas de profiláxia necessitam, para serem eficazes, a colaboração activa e confiante de cada membro do exército.

Todo o oficial e todo o soldado deve ter conhecimento dos perigos a que está exposto o exército como colectividade, das medidas profilácticas possíveis e da eficacidade destas.

Os soldados devem ser levados a cumprir a higiene pessoal e a higiene colectiva.

Deveriam aprender a proteger-se contra as doenças. Esta instrução deve ser considerada como um dever militar tanto em tempo de paz, como em tempo de guerra».

Medidas profilácticas especiais

«Os resultados mais importantes da imunização activa foram obtidos para a varíola, a peste, as febres tifoide e paratifoides, o tétano, a difteria, o tifo exantemático e a febre amarela.

Os resultados obtidos na imunização activa contra a gripe são muito prometedores. Contudo, as medidas não específicas, tais como evitar o sobrepovoamento, ter boa ventilação, a desinfecção do ar (trietileno glicol), a boa higiene geral e pessoal, não devem ser desprezadas, pois são ao mesmo tempo eficazes contra as moléstias infecciosas das vias respiratórias.

A sulfaguanidina revelou-se um meio muito importante na luta contra a disenteria bacilar.

Os sulfamidados são muito eficazes na luta contra a meningite cérebro espinal epidémica.

A maioria das doenças transmitidas pelos insectos podem ser combatidas pelo emprego apropriado do D D T.

A luta contra a malária exige organização especial. Os antipalúdicos de síntese deram prova de eficácia na luta antipalúdica».

É com prazer que registo identidade de parecer do Congresso com as modestas opiniões expressas nas minhas memórias, curtas, concisas, despretenciosas. Sujeitando-me à letra mesma da determinação da D. S. S. M., expuz os problemas o mais sucintamente possível, sem palavreados desnecessários, sem tropos, nem adjectivações.

Será aqui o momento de chamar a atenção para os meios utilizados pelo exército suíço para resolução do problema, sempre delicado, da água potável.

Foram adoptados três processos, conforme o fim em vista:

1) *Destacamentos móveis:* cada companhia recebe um filtro de 8 membranas de amianto-celulose, aparelho aplicado a uma armação portátil, levada a dorso de homem e que pesa 20 quilos. O filtro atinge nas primeiras horas o débito de 200 a 300 litros e as membranas mudam-se em poucos minutos. A única desvantagem é a inactividade para os virus filtrantes.

Dada a grande compartimentação do terreno suíço, deve este processo ser de grande utilidade para as tropas móveis, tanto mais que é da maior simplicidade. Quer-nos parecer que, entre nós, em certas regiões acidentadas e de terreno

também compartimentado e de acesso difícil aos carros de água, quer hipo, quer automóveis, este processo poderia com vantagem ser posto em prática.

2) *Tropas isoladas em fortins de campanha* ou noutras instalações fixas, sem água potável natural.

Construíram-se filtros com carvão activado substituível, em caso de necessidade, por carvão de madeira, este no entanto com muito menor período de actividade que o carvão de gás activado. A água é submetida, num reservatório qualquer (tonel, barrica, depósito de cimento) à hipercloração (um a cinco milionésimos de cloro activo) pela adição de hipoclorito de sódio. Faz-se a mistura, agita-se e deixa-se actuar durante 20 a 30 minutos.

A água vai depois passar pelo filtro de carvão, onde o cloro, livre é absorvido, e logo pode ser recolhida, já estéril, incolor, inódora e sem gosto do cloro. A saturação do filtro é verificada pelo exame directo da água ou pela prova da ortotolidina (NH_2 C_6H_3 (CH_3) C_6H_3 (CH_3) NH_2), a qual fàcilmente revela uma concentração de 0,0001 por mil de cloro. A capacidade de descoloração é função da qualidade do carvão e da hiperdosagem do cloro.

Foi largamente utilizado este sistema nos fortins suiços, sempre com óptimos resultados.

3) *Instalações fixas* ou semimóveis de certa envergadura.

Usam um aparelho doseador (Dosier-apparat Hottinger) constituído por um contador de água eléctrico ligado à canalização.

Este contador, que funciona por meio de um electroíman, deve estar ligado a uma fonte de energia: corrente alterna à tensão de 24 volts ou corrente contínua de bateria de 12 volts. Montagem rápida, regulação fácil e pequenês do espaço ocupado — são características a ter em conta quando haja falta de espaço livre.

*

Passando ao terceiro assunto, *métodos modernos de evacuação de feridos e doentes; indicações e contra-indicações* — encontramos como relatores a Polónia (Coronel-médico Leon Gecow) e o Canadá (Major Koyl) e comunicações da Grã-

-Bretanha, Espanha, Itália, Turquia, Suécia, Índia, U. S. A. e Roménia. As conclusões são importantes:

«Considerações gerais

O problema de evacuação dos feridos e doentes é vencer o tempo e o espaço; exige grandes faculdades de adaptação às condições especiais do combate.

Princípios fundamentais

1) Rapidez.

2) Todas as precauções no transporte, de maneira a evitar toda a possibilidade de agravar o estado do ferido ou doente.

Novos meios de transporte

1) Jeeps adaptados ao transporte dos feridos ou doentes.
2) Auto-lagartas blindadas.
3) Veículos anfíbios.
4) Aviões.

A utilização destes novos métodos não implica que os antigos, por exemplo, os comboios sanitários, tenham passado de moda. Estes novos métodos deverão ser considerados como meios de transporte suplementares.

Considerações particulares

As vantagens dos três primeiros métodos são evidentes.

Quanto ao transporte por avião:

Vantagens:

1.°) — Economia de tempo e aumento de conforto
2.°) — Influência sobre o moral das tropas
3.°) — Contacto com as tropas isoladas

Inconvenientes:

1.º) — Dependência das condições meteorológicas
2.º) — Necessidade de superioridade das forças aéreas
3.º) — Os aviões deveriam voar normalmente a uma altitude não superior a 1.500-2.000 m.

Indicações:

Em todos os casos, salvo naqueles previstos nas

Contra-indicações:

1) Estado de choque
2) Moribundos
3) Hemorragia aguda recente
4) Feridas abdominais graves
5) Esclerose coronária
6) Otite média
7) Todas as doenças internas que não suportam altitudes superiores a 2.000 m.

Contra-indicações parciais:

1) Feridas do tórax, em particular com pneumotorax
2) Feridas do crâneo (com perda da consciência)
3) Tétano
4) As doenças para as quais toda a altitude superior a 2.000 m. seja prejudicial».

*

No quarto assunto, *Participação do médico militar na formação moral e física do soldado*, relatou a Bélgica (capitães Genens e Chaidron), a França (Major-médico Petchot-Bacque e médico naval Provost) e a Suíça (Major-médico Otto Riggenbach).

Trouxeram comunicações a Polónia, a Argentina, a Austrália, a Itália, a Espanha, a Roménia, U. S. A., e, por Portugal, a minha modesta pessoa.

Foram votadas as seguintes conclusões:

«1) A Medicina Militar não pode ser separada das outras disciplinas médicas, e faz parte integrante, mais particularmente, da Medicina Social; é necessário que o médico militar faça, antes de tudo, medicina preventiva, colabore na elaboração do programa de educação e intervenha na formação moral do soldado.

2) A 2.ª guerra mundial mostrou a importância do treino físico do soldado e é indispensável que o médico militar fiscalize de perto a educação física e os desportos e se interesse cientìficamente por eles. Deve, em especial, colaborar, em todos os graus, com os técnicos que se ocupam destes assuntos.

3) A colaboração do médico militar é indispensável no momento da encorporação do soldado nas diferentes armas, assim como na escolha dos oficiais. Pelos seus conhecimentos de terapêutica, de higiene, de medicina legal e de sociologia, assim como pelo seu estado de militar, o clínico da tropa está predestinado a desempenhar um papel primordial e a obter resultados importantes do ponto de vista da educação das tropas.

4) Como a força moral, apesar de todo o progresso técnico, continua a ser a arma decisiva, é muito importante que o médico militar receba formação psiquiátrica adequada. A guerra não aumenta o número das psicoses pròpriamente ditas; revela, no entanto, nas pessoas predispostas, epidemias de nevrose, que o médico militar deve conhecer para as evitar pela higiene mental e pelo conhecimento profundo da psicologia do soldado».

*

Também aqui as conclusões do Congresso coincidem, na sua essência, com a doutrina da minha singela comunicação, escrita sem preocupações de estilo, sujeita à lei de 50 linhas dactilografadas imposta pela D. S. S. M., o que me obrigou a sintetizar, em tão poucas palavras quanto possível, o meu pensamento.

Constituiu um verdadeiro recorde, quase americano, de concisão espartana de expressão.

E isso foi, até certo ponto, penoso, pois impediu referências mais minuciosas a pormenores de certo interesse, como o do fardamento, pois durante 10 anos servi nas Oficinas de Fardamento, e, como clínico, tive de dar pareceres e até de propor padrões novos de artigos de uniforme, aceites pelas instâncias superiores e usados regulamentarmente, v. g., os coletes de flanela para agasalho, de cor cinzenta para os sãos e de cor branca para os hospitalizados.

O problema do calçado também me mereceu estudo especial, quer o das alpergatas com sola de corda, ainda hoje utilizadas, quer o das botas, baseado em exames seriados e radioscopicos do pé, feitos nas referidas Oficinas.

*

Entrando no quinto ponto da discussão: *Estudo comparado dos métodos e aparelhos de determinação da concentração dos iões hidrogénio em vista do seu emprego nos laboratórios farmacêuticos dos exércitos*, encontramos como países relatores o Brasil (General-médico Florêncio de Abreu, Coronel-médico Romeu da Rosa e Capitão-farmacêutico Olinto Pilar), França (Major-farmacêutico Drevom, farmacêutico químico principal da Marinha Jean) e Suissa (Coronel-farmacêutico-chefe Spengler).

Apresentaram comunicações a Espanha, Itália, Roménia e U. S. A.

Ligados a estes temas mais seis comunicações livres foram feitas sobre glicosidealcaloides, relações entre a estrutura de um medicamento e a acção terapêutica óptima, trombina, terapêutica da intoxicação pelo fosgénio e desinfecção e desinsectação física e química, ilustrada esta com gravuras de carros de desinfecção e de duche.

As conclusões votadas foram:

«1) Os aparelhos com electrodos de vidro são os únicos aparelhos modernos que permitem a determinação exacta ($\pm$0, 05 da unidade PH) e rápida (poucos minutos) da concentração em iões hidrogénio nos meios oxidantes e reduto-

res, nos meios muito pouco tamponados, turvos, corados, viscosos e mesmo pastosos.

Além disso, o eléctrodo de vidro é insensível aos «venenos de eléctrodo» que, por vezes, interdizem o uso dos eléctrodos metálicos ou dos eléctrodos de hidrogénio.

2) Entre os aparelhos com eléctrodos de vidro utilizáveis de preferência, recomendam-se os de Hartmann e Braun, de Leeds, Colleman, Lautenschläger, Beckman, Cambridge, Macbeth, Leitz, M. E. C. I., Jouan.

Um eléctrodo de vidro especial (Beckman) permite operar mesmo num meio de pH superior a 12.

3) O eléctrodo de vidro é utilizável, quer com pilhas (a evitar nos países quentes e húmidos), quer com corrente alterna (110 a 220 volts).

4) Nas formações móveis ou com trabalho muito especializado, a colorimetria é a única possível. Por motivos de comodidade serão apenas retidos os aparelhos com discos de vidro corados na massa. A precisão é ainda de $\pm 0,1$ nos casos em que não há dificuldades especiais. As fórmulas deveriam mencionar os casos em que a colorimetria é aplicável e precisar a natureza do corante a utilizar e a precisão obtida».

Lisboa, Julho de 1948.

O ÍNDICE DE PIGNET-MAYET NAS JUNTAS DE RECRUTAMENTO

«Ce vieil indice garde encore son interêt.
«Néanmoins, c'est un pourfendeur des su-
«jets jeunes et minces et un protecteur
«d'obèses».

J. L. BASTARD

A ideia de identificar com um simples número a robustez do indivíduo, ou melhor ainda, como quer Faria de Vasconcelos, classificar assim o seu valor físico, é já bastante antiga. Começa na segunda metade do XIX século, com o alvorecer da Biometria como ciência definida.

Muitos daqueles que se entregam ao estudo e ao aperfeiçoamento das qualidades físicas do homem, lhe têm dedicado longos e penosos trabalhos em que o paciente esforço que o estudo das estatísticas exige, e os cuidados das medições e das comparações mais judiciosas, não têm chegado, apesar da melhor boa vontade e do maior saber, a um resultado brilhante.

*

Os autores que têm proposto índices de robustez, tiram as suas conclusões da demorada observação de uma grande massa de indivíduos. No entanto, os seus trabalhos não são todos conduzidos igualmente, se bem que tenham sempre a mesma finalidade. Uns estudam apenas o volume e o peso; outros fazem entrar nos cálculos a capacidade respiratória; alguns chegam a determinar um valor numérico para traduzir a força dos diferentes segmentos do corpo ou, vão mais longe ainda, e pretendem determinar um índice do valor físico de cada um desses segmentos, para que, depois de conjugados todos, achem aquilo a que chamam *índice individual de robustez.*

Louvável empreendimento que pode, na verdade, ser útil, se quizermos apreciar a evolução do indivíduo a que o índice respeite. Interessante ainda se quizermos calcular, servindo-

-nos das tabelas que para esse efeito foram organizadas, se o desenvolvimento de uma criança é conforme à média normal, ou se pelo contrário existe um avanço ou atrazo relativos. Mas ajuizar apenas pelo número encontrado qual é o estado de robustez absoluta do observando, e tirar daí conclusões definitivas, rígidas, como se o valor do índice fosse irrefutável e a fórmula que o determinou tivesse foros de verdade matemática, é pretensão que, estou certo, nenhum dos seus autores chegou a ter e que ninguém de boa fé pode admitir.

Suponhamos que as medidas são todas obtidas com o rigor que os cálculos exigem, não comportando nem erros de origem, nem erros pessoais do medidor. Suponhamos também que o número de indivíduos observados foi suficientemente grande para se poder concluir com uma exactidão irrepreensível aquilo que se considera como normal. Admitamos ainda que o autor prudentemente indica os limites de aproximação dos resultados, erro confesso em manifesto desabono do método que propõe.

Se atendermos a que os índices são obtidos a partir de uma fórmula matemática, na qual entram valores de índoles diferentes, actuando uns num sentido, outros no sentido diametralmente oposto (por ex. o peso e a estatura), compreende-se fàcilmente que à simples variação acidental e fortuita de um deles, possa influir grandemente no valor do índice procurado.

Desta forma, o desejo de classificar o indivíduo sob uma rubrica numérica que traduza o seu valor físico, fica fortemente prejudicado, a menos que se consignassem as más condições de medida e as causas de erro a que forçosamente teriamos que nos sujeitar. Se esta restrição fosse de admitir, tirava imediatamente toda a confiança no método.

É pois necessário encontrar um número, que resulte de uma fórmula ou não, mas que dependa de medidas fáceis de obter sempre com o mesmo rigor, colhidas sobre órgãos fàcilmente acessíveis e com instrumentos de medida fáceis de manejar, por forma a poder ser eliminada a influência subjectiva do observador.

Só nestas condições ideais se poderia achar um índice bom, que désse indicações comparáveis entre si, quer no

mesmo indivíduo em diferentes épocas, quer entre vários indivíduos nas mesmas condições de ambiente.

Não tem sido possível até hoje encontrar uma fórmula que satisfaça tais aspirações. Muitos são já os índices apresentados mas todos são igualmente incompletos.

O ilustre professor de anatomia da Faculdade de Medicina de Lisboa e professor de Antropologia na Faculdade de Ciências, Dr. Barbosa Soeiro, ofereceu-se para, na sua pitoresca expressão, «fabricar um índice».

A tarefa é fácil para quem esteja como ele tão dentro do assunto, mas acrescentou: «esse só por si também não pode, tal como os outros, dar um valor absoluto da robustez».

*

Não nos é possível indicar todos os índices antropobiométricos que têm vindo a lume. Podemos no entanto referir os mais conhecidos, que muitos são, e procurar dar uma ideia dos esforços que os seus autores fizeram para conseguir o fim em vista.

Broca admitia que o peso em quilos no indivíduo normal deve ser igual ao número em centímetros da sua estatura acima do metro. Determinou assim a fórmula

$$P = E - 100$$

que também traduz a ideia original de Quetelet.

Jansen introduziu-lhe uma modificação: — nos homens mais altos do que $1^m,65$

$$P = E - 108$$

e nos mais baixos do que aquela medida

$$P = E - 107$$

Brugsch já pensa um pouco diferentemente, e afirma que para estaturas de $1^m,65$ a $1^m,75$

$$P = E - 105$$

e para as estaturas de $1^m,75$ a $1^m,85$

$$P = E - 110$$

TARTIÈRES organizou uma tabela para a aplicação do princípio de Broca. Com auxílio dessa tabela classifica a constituição dos indivíduos conforme se afastam mais ou menos da fórmula do autor.

Estas diferenças de opinião justificam naturais reparos àcerca do valor deste índice que justamente se considera dos melhores, apesar de tudo.

BOUCHARD partindo ainda só das medidas do peso e da estatura, propõe a fórmula

$$\frac{P \text{ (em quilos)}}{E \text{ (em centímetros)}}$$

a que se deu o nome de *segmento antropométrico.*

Enquanto que o autor afirma que os valores normais oscilam entre 2 e 4, sendo representado por 4 o SEGMENTO ANTROPOMÉTRICO do homem adulto bem constituido, LEDENT e WELLENS opinam que tais valoress ão exagerados, especialmente nos indivíduos de tipo muscular, tipo respiratório ou tipo cerebral, e que no obeso chegam a subir até 5.

ROBLOT diz que a fórmula

$$P = \frac{E - 150}{3} - (E - 100)$$

é a que traduz melhor os resultados das suas medições.

ODER altera a fórmula de Broca substituindo a estatura pelo dobro da distância do vertex ao pubis.

BRIQUET não apresenta fórmula alguma, mas indica como suspeito de T. P. todo o homem com $1^m,80$ que não pese 70 quilos, ou aquele que, com $1^m,60$, não pese pelo menos 60 quilos.

Com a introdução da medida da altura sentado, *o busto,* surge uma série mais de fórmulas e de índices, alguns curiosos como concepção e até considerados de grande classe.

LEDENT e WELLENS estudam a relação $\frac{\text{BUSTO}}{\text{ESTATURA}}$ e encontram o quociente fixo.

0.53

designado COEFICIENTE TORÁCICO. Afirmam até que esse quociente é exactamente (sic)

0.5378

para os indivíduos de estatura pequena e

0.5385

para os indivíduos altos.

MANOUVRIER estabeleceu o *índice esquelético* com a relação

$$\frac{\text{COMPRIMENTO do MEMBRO INFERIOR} \times 100}{\text{BUSTO}}$$

e encontrou o valor médio de 0.90.

Partindo desta fórmula considerou, com PETRE-LASAR, sete tipos de indivíduos a que correspondem, segundo dizem, capacidades físicas diferentes.

VON PIRQUET entra com a medida do busto numa raiz cúbica a fim de determinar o célebre *Pelidisi* pela fórmula

$$\sqrt[3]{\frac{P \times 10}{\text{Busto}}}$$

a que corresponde 100 como valor normal. Acima de 100 há hipernutrição, abaixo de 100 há hiponutrição.

A MISSÃO AMERICANA na ALEMANHA adoptou uma fórmula semelhante

$$\sqrt[3]{\frac{p^2}{\text{Busto}}}$$

São fórmulas muito interessantes, mas que não satisfazem o nosso fim. Foram concebidas apenas para ajuizar do estado de nutrição num determinado momento.

O capitão médico do Q. R. VASCO VERDEAL estudou um *índice de nutrição relativo à idade* e propõe a fórmula

$$N = \frac{3\,P}{2\,A + I - 165}$$

em que A representa a estatura, I a idade entre os 15 e os 48 anos.

Considera normal

$$0{,}85 < N < 1{,}25$$

E indica que:

«A cada estatura corresponde um quadro de índices de «nutrição relativos à idade com 35 colunas, a primeira para «os pesos (umas 35 linhas) e as restantes para as idades, «desde os 15 aos 48 anos».

(Vide *Rev. Militar*, pág. 27, vol. XCVII, de 1945).

SARGENT, com o desejo de introduzir nas fórmulas elementos de apreciação do valor físico no sentido atlético, estabeleceu um índice muito curioso que resulta da relação

$$\frac{P \times \text{SALTO EM ALTURA}}{\text{ESTATURA}}$$

AURÉLIO DA COSTA FERREIRA procurou medir aquilo que traduza apenas robustez — *valor do sistema muscular e do arcaboiço*, como ele dizia. Para isso media a estatura (E), o diâmetro bi-acromial (B) e a diferença entre o perímetro máximo e o perímetro mínimo de um ante-braço (M).

Com estes valores criou a fórmula

$$C = \frac{(B + M) \times 100}{E}$$

em que C traduz o coeficiente de robustez. Indica valores que vão desde 22 a 26 variando proporcionalmente com o grau de robustez individual.

Determinei este índice em algumas dezenas de homens. Na verdade traduz o desenvolvimento muscular e dá principalmente uma ideia da força física. Contudo, as diferenças de perímetro de um antebraço para o outro são por vezes tão grandes (dois e três centímetros) que se torna necessário entrar na fórmula com a média algébrica dessas diferenças.

As profissões ou actividades desportivas que originem o desenvolvimento mais acentuado dos antebraços, falseiam de maneira muito pronunciada o valor do índice.

As medidas do tórax foram estudadas e introduzidas nos calculos por vários autores. Fórmulas mais ou menos complicadas conduzem a índices àcerca dos quais nem todos têm, como habitualmente, a mesma opinião.

VALLIN e MARTY afirmam o perímetro torácico deve exceder, de um centímetro, a metade da estatura, pela fórmula:

$$\text{Per. tor.} = \frac{E}{2} + 1$$

com a qual HOUZÉ concorda inteiramente; mas LEDENT e WELLENS opinam que a verdade está nas fórmulas que vão desde $\frac{E}{2} + 5$ até $\frac{E}{2} + 10$ e mesmo valores ainda superiores.

Uns querem que o diâmetro transversal do tórax seja igual ao diâmetro bi-ilíaco, enquanto que outros, com razão, entendem que deve ser maior nos homens e mais pequeno nas mulheres.

O diâmetro do manúbrio à primeira vértebra dorsal deve ser um pouco mais pequeno do que o comprimento do esterno.

WELLENS criou também duas fórmulas de robustez organizadas com o perímetro torácico e a estatura:

$$\frac{E}{2} - \text{Per. tor.} = 9 \quad \text{e} \quad \frac{\text{Per. tor.} \times 100}{E} = \text{ou} > 50$$

MARTINET estudou o seu *índice morfológico*:

$$\frac{E}{\text{DIÂMETRO TRANSVERSAL DO TÓRAX}}$$

com o qual se classificam os indivíduos em três tipos, o *brevilínio* o *mesolínio* e o *longilínio*, conforme os índices morfológicos são respectivamente menor que 5,6, entre 5,6 e 6,0 ou maior que 6,0.

FOURMENTIN estabeleceu a relação:

$$\frac{\text{DIÂMETRO TRANSVERSAL DO TÓRAX} \times 100}{\text{DIÂMETRO ANTERO-POSTERIOR DO TÓRAX}} = 140$$

no adulto.

DUCORNEAU DE CARRITZ chegou, com esta mesma fórmula, a resultados diferentes, e organizou uma tabela para a sua aplicação em função da idade. Os valores que defende são muito mais elevados do que os de Fourmentin.

GAUTRELET quer que o peso de um homem adulto de trinta anos seja dado pela fórmula:

$$P = \frac{E \times 0{,}4 + [(P + \text{DIÂMETRO BI-ACROMIAL}) \times 1{,}66]}{3}$$

GODIN afirma a verdade da sua:

$$\frac{\text{DIÂMETRO ANTERO-POSTERIOR DO TRONCO}}{\text{DIÂMETRO TRANSVERSO DO TRONCO}} \times 100 = \frac{2}{3} E$$

LASSABLIÈRE aconselha dois coeficientes de robustez:

um partindo da estatura — $E^2 \times 0{,}92$
outro partindo do perímetro torácico — $Per.^2 \times 2{,}3$
multiplicadores constantes que afirma bons.

PIGNET propôs a sua fórmula tão conhecida entre nós:

$$E - (\text{per. tor.} + P)$$

e apresentou para a sua aplicação uma tabela de robustez.

MAYET introduziu-lhe a seguinte modificação:

$$-E\left(\frac{\text{PER: INSP.} + \text{PER. EXP.}}{2} + P\right)$$

e adopta a mesma tabela que Pignet.

VERVAECK prefere:

$$\frac{P + \text{PER. TOR.}}{E}$$

e exige que o resultado seja pelo menos 80 no indivíduo normal.

RUFFIER procurou remediar a influência da gordura como causa de erro do Pignet. Para isso introduziu nos cálculos o perímetro abdominal e propõe a fórmula:

$$\text{PER. ABDOMINAL} - [(E - 100) - P]$$

cujo resultado deve ser sempre positivo. Os valores negativos indicam definhamento ou obesidade e os valores de 20 ou maiores, uma constituição atletica.

NACCARATI encontrou um índice que resulta da fórmula:

$$\frac{\text{COMPRIMENTO DO MEMBRO SUP.} + \text{COMP. DO MEMBRO INFER.}}{\text{VOLUME DO TRONCO}}$$

Para determinar o volume do tronco soma o volume do tórax com o volume abdominal superior e o volume abdominal inferior, os quais determina por meio de fórmulas complementares em que entram várias medidas.

Classifica os indivíduos conforme o valor do índice achado, em *microsplânicos*, *normoesplânicos* e *macroesplânicos* que correspondem aproximadamente aos «brevilinio, mesolinio e longilinio».

VIOLA, finalmente, propôs um índice com o qual pretende obter o resultado da comparação dos valores dos diferentes segmentos do corpo:

a) — valor do tronco = (valor torácico + valor abdominal superior + valor abdominal inferior);

b) — valor dos membros.

Com estes valores organizou uma tabela de graus em que classificou os indivíduos em tipos e sub-tipos, adoptando uma terminologia muito pessoal e bastante complicada.

A aplicação do espirómetro à biometria originou, como era de esperar, o desejo de criar um índice de robustez dependente da capacidade respiratória (C. R.).

AMAR estudou a relação da C. R. em c. c. com a estatura (E) em cm., e conclui que:

$$\frac{\text{C. R.}}{\text{E}} = 20$$

no homem normal, podendo variar de 5 até 30 proporcionalmente à robustez.

DEMENY estudou a relação da C. R. em c. c. com o peso (P) em quilos e achou que:

$$\frac{\text{C. R.}}{\text{P}} = 52$$

aos 25 anos, SPHEL criou com estes elementos o seu *cociente vital*:

$$\frac{\text{C. R.} \times \text{P}}{\text{E}}$$

e classificou os indivíduos em grupos desde muito fracos até muito fortes, conforme o seu cociente vital cresce de 1.000 até 2.000.

ROGERS, com o propósito de apresentar um índice no qual entre um grande número de elementos, criou o *índice da força*. Na sua fórmula entram: — a capacidade pulmonar, a força da mão direita, a força da mão esquerda, a força das costas, a força das pernas, a força dos braços em extensão e a força dos braços em flexão.

*

No meio desta confusa criação de fórmulas e de índices em que cada um dá largas à sua imaginação mais ou menos fantasista, e em que não há sequer acôrdo na maneira de interpretar os resultados obtidos, não é possivel acreditar mais no valor de um deles do que no valor de um outro. Todos são bons, ou, pelo menos, são todos bem intencionados. Todos são também insuficientes, porque nenhum consegue, só por si, rotular convenientemente com um número sério, o valor físico ou a robustez do indivíduo.

Se ouvirmos as opiniões daqueles que mais de perto estudam e trabalham o assuntam, verificaremos que são exatamente desta opinião.

A título de valioso apoio permito-me transcrever as conclusões a que chegaram dois dos mais distintos membros do Congresso de Educação Física e Desporto de Amesterdão, já em Agosto de 1928: um, o Doutor W. Dubrowsky, representante oficial da Polónia; o outro, o Doutor J. Reijs, de Haia, secretário geral do Comité.

O primeiro expressa a sua opinião nestes termos:

«A tendência quasi universal é introduzir um grande número de mensurações. Este estado de coisas complica o trabalho. Uma segunda tendência aparece também: é a abundância de índices que, por uma fórmula matemática mais ou menos complicada, devem fornecer indicações, se bem que, algumas vezes, a títulos bem pretenciosos. Estes índices diferem de país para país; a sua expressão matemática, indo algumas vezes até à décima e à centésima da unidade, dá-lhes um ar de grande correcção que não é real».

O segundo disse:

«Quanto aos índices... eu julgo que o seu valor é ainda discutível. Num país, como o nosso, com uma população mestiça de há séculos, com todas as raças e todos os cruzamentos, em lugar destes índices eu prefiro o exame clínico ajudado pelos dados do pré-exame (altura e peso). O médico examina o estado geral do corpo. Segundo a minha opinião isso importa mais do que qualquer índice de coeficiente ou quociente».

Ora, a diversidade racial dos holandeses não é maior do que a nossa. Só uma perfeita uniformidade de caracteres poderia, talvez, permitir o uso e a comparação de índices matemáticos. As medições, a determinação dos índices, a voz das tabelas, fornecem indicações úteis, elementos de condução do observador num ou noutro sentido. São porém elementos cegos que só resultam da aplicação de fórmulas e de operações nas quais entram valores que muitas vezes não

traduzem a verdade que se procura. A sua interpretação tem que ser necessàriamente relacionada com o caso concreto.

Um perímetro torácico alto num corcunda tem um valor diferente daquele que tem o mesmo perímetro num indivíduo sem a deformidade; o peso de um obêso não traduz o mesmo valor relativo do que o mesmo peso num indivíduo bem musculado; e, o valor da capacidade respiratória de um homem que saiba respirar não corresponde ao daquele trabalhador rural que nunca viu o tubo de um espirómetro, e a quem é preciso mandar *resfolegar* para que perceba o que se pretende dele quando o auscultamos.

*

A verdade matemática das fórmulas biométricas não existe, porque os valores que nelas entram são tão faliveis que é difícil justaporem-se inteiramente se forem colhidos por dois observadores. Por maior rigor que se pretenda ter, muitas vezes a interpretação subjectiva chega a alterar os resultados. Aquilo que se considera como traduzindo um valor matemático, pode algumas vezes não lhe corresponder inteiramente.

O perímetro torácico, por exemplo, colhido ao nível da base do apêndice xifoideo, como é de uso fazer-se, não traduz a mesma verdade num indivíduo com predominancia respiratória toraco-abdominal ou, se corresponde a um outro com predominancia respiratória torácica superior, a um cifotico, ou ainda a um portador de espata-alata, ou de um esterno cavado ou em carena.

Quando o defeito físico é tão acentuado que prejudica forçosamente a admissão, seja qual for a medida obtida, o facto não tem a menor consequência; mas, tantas vezes se trata de deformidades compatíveis com aquela admissão.

Neste caso, torna-se imperiosamente necessária a intervenção subjectiva do examinador. Torna-se necessário o *exame clínico;* mas esse não se pode definir com números.

O seu resultado é o somatório de muitos elementos diferentes. Resulta de muito estudo e de uma larga observação que a matemática não sabe traduzir. E é imprescindivel.

Só o médico habituado, perito na causa, como diz Reijs e todos os sabem, pode ajuizar bem acerca do estado de momento ou das possibilidades futuras do examinado.

A clínica faz parte de uma ciência positiva, é uma verdade irrefutável, impossível de se sujeitar aos ditames de um número empírico, arbitràriamente concebido ou falsamente interpretado.

O médico castrense, firme nos seus conhecimentos profissionais, conhecedor daquilo que se pretende obter do inspecionando, está pela sua situação de militar apto a desempenhar perfeita e cabalmente a sua missão.

Quer pelas obrigações cívicas e morais que se impôs, quer, e acima de tudo, pelos deveres de uma deontologia profissional que nunca esquece, é o único índice sério e justo no qual se podem apoiar as decisões das juntas. Antepôr-lhe um coeficiente de robustez, impor-lhe uma conduta regida por uma tabela boa ou má, mas sempre insuficiente, é desviá-lo da sua missão superior e pretender sujeitá-lo a uma subserviência a que não podem submeter-se nem a índole da sua profissão, nem o elevado sentido do lugar que desempenha e da grave responsabilidade do seu cargo, que estoicamente cumpre.

Uma vez bem conhecidas as condições de capacidade física a que o candidato tem que satisfazer, cabe apenas aos médicos a sua classificação. Que as entidades superiores determinem um mínimo de aptidões, tracem o plano de admissão, indiquem as características individuais que exigem. O médico depois, pelo exame clínico apoiado nos elementos da observação directa e nas medidas que colhe, avaliará as possibilidades do examinado. Informará àcerca da sua constituição, do seu porte, da sua capacidade de trabalho, do seu estado físico. Só depois disso pode dar-lhe um número que corresponda a uma classificação, agrupá-lo ou pôr-lhe um rótulo que nada terá de genérico, mas que constitua um título pròriamente individual, tão perfeito quanto se possa exigir do tempo e dos meios de observação de que disponha.

Os indivíduos classificados por esta forma serão todos comparáveis entre si e, quando uma distribuição venha a ser feita, o distribuidor não terá mais do que escolher os mais

ou menos altos ou os mais ou menos pesados, dentro do grupo a que correspondem determinadas condições físicas pré-estabelecidas.

Como se tivesse estado presente na junta de inspecção, trabalha dentro das directivas que recebeu, com a totalidade dos elementos que a observação directa e o exame clínico forneceram à junta. Trabalha portanto nas melhores condições de garantia e de segurança.

As medidas do pêso e da estatura, o pré-exame de que fala Reijs, além de necessárias para a classificação volumétrica, digamos assim, do indivíduo, dão ao médico que inspecciona magníficos elementos de informação com os quais tem de entrar em linha de conta quando decide. É esta afinal a técnica clássica de exame, a que seguem e aconselham os mais experimentados biómetras: — a observação clínica seguidamente ao pré-exame e ajudada por ele.

Como exemplo cito Ledent e Wellens que, depois de terem apresentado os seus próprios índices e aceite e criticado com favor os índices alheios, acabam por concluir:

«Qualquer que seja a fórmula empregada, é necessário ter em atenção, além dos dados estatísticos, os dados clínicos, os únicos que dão indicações acerca do tipo do indivíduo e que nos levam a apreciar o seu pêso de forma diferente, conforme se trata de um gordo ou de um magro. O longilíneo pode pesar relativamente menos do que o brevilíneo... É necessário temer as concepções simplistas e a magia dos números. Não se deve pedir ao pêso e à estatura mais do que aquilo que eles podem dar».

O critério da classificação, ou antes, da exclusão, adoptado nas juntas de recrutamento, baseia-se no valor do índice de Pignet, na modificação Mayet. É ainda em face desse mesmo valor, com a ligeira correcção que o conhecimento da altura separadamente possa permitir, que o ilustre E. M. E. faz a distribuição do contingente apurado.

Dissemos o que se nos afigura justo àcerca do sistema que adopta. Vamos agora procurar fazer o estudo do índice escolhido por forma a dar uma ideia, tão exacta quanto possível, do valor da escolha.

*

Os elementos que entrem na composição da fórmula de Pignet-Mayet são como vimos, o pêso em quilos, a estatura em centímetros e o perímetro toráxico médio em centímetros. É pois necessário, para achar o índice que lhe corresponde, pesar, medir a estatura e medir o perímetro torácico na inspiração e na expiração máximas.

Vamos verificar que, nas condições em que habitualmente funcionam as juntas de recrutamento, estes elementos não podem ser obtidos com rigorosa exactidão; e que, pelo contrário, em virtude das dificuldades de colheita que lhes são próprias, o valor do índice aparece alterado nalguns casos por forma a induzir o observador em erro.

A determinação do pêso é fácil. Uma balança vulgar dá sempre a aproximação exigida, havendo a certeza de se entrar na fórmula com um pêso exacto. No entanto, em relação ao pêso real do indivíduo, o número que se obtém está muitas vezes errado.

Uma pesagem para ser correcta, tem que ser feita com o indivíduo em jejum. O pêso dos alimentos recentemente ingeridos altera, como se compreende, os resultados. Nas juntas de recrutamento o exame é feito, em regra, na parte da tarde. Os mancebos são pesados logo em seguida ao almoço, por vezes copioso e largamente regado, quer por hábito, quer pela sêde no verão. Não é para estranhar que uma refeição em meio vinícola, ao meio dia de Julho, aumente em três quilos o pêso de um homem e modifique consequentemente o seu Pignet de 22 para 19 ou de 30 para 27, o que é pior.

Uma estatura rigorosa tem que ser determinada de manhã, logo que o examinando se levanta; nunca depois de longas caminhadas ou de demorada estação de pé. O achatamento dos discos intervertebrais que daí resulta pode reduzir dois centímetros, e mesmo mais, na altura total.

Muitos mancebos moram a vários quilómetros do local das inspecções e muitos deles percorrem esse trajecto a pé. À tarde, quando são medidos, este erro faz alterar o valor do índice; e, se o facto tem pouca importância num Pignet

de 20 pode, pelo contrário, ter consequências apreciáveis num Pignet de 30.

O perímetro torácico médio, terceiro elemento que entra na fórmula de Pignet-Mayet, é muito difícil de obter com exactidão nas juntas de recrutamento. Uma grande massa dos inspeccionandos é constituida por indivíduos que não sabem respirar. Não pode conseguir-se no curto espaço de tempo de que as juntas dispõem, que aprendam a encher e a esvasiar convenientemente o toráx. Desta forma os valores dos perímetros torácicos que se colhem não traduzem a amplitude respiratória verdadeira, e a média sofre, como consequência, alterações para mais ou para menos.

Se um indivíduo não esvasia suficientemente o ar pulmonar mas consegue uma boa inspiração, a média dos perímetros resulta fatalmente elevada e o Mayet melhora; mas se no caso menos frequente, ele faz uma expiração mais perfeita do que a inspiração, então a média desce e o Mayet piora.

Além disso, é do conhecimento geral que o perímetro médio não dá o valor exacto da expansibilidade toráxica. Nos tratados de Biometria encontra-se reproduzida uma série de quatro medidas de perímetros torácicos que o atestam, as quais me permito transcrever:

Caso	Per. tor. insp.	Per. tor. exp.	Média	Expansão
I	0,87	0,85	0,86	2 cm.
II	0,88	0,84	0,86	4 »
III	0,89	0,83	0,86	6 »
IV	0,91	0,81	0,86	10 »

Verifica-se que com o mesmo perímetro médio (0,86) há variações da expansibilidade que vão de 2 a 10 cm,

Claro que os Pignet-Mayet destes indivíduos não conseguem traduzir as grandes diferenças de amplitude torácica, exactamente porque na sua fórmula só figura a respectiva média. O valor do toráx fica assim o mesmo para um indivíduo que mal respira ou para aquele que consegue levar a 10 cm. a sua magnífica amplitude respiratória.

O estudo crítico do índice de Pignet-Mayet que acabamos de fazer força-nos a concluir que ele não traduz o valor real do indivíduo, que se pretende obter nas inspecções. Assim é, na verdade, e os exemplos não faltam de mancebos magníficos que nos vemos forçados a isentar, em obediência à determinação que o Pignet de 30 nos impõe. Na altura da distribuição do contingente quantos mancebos bons têm sido perdidos igualmente, por se atender a um índice alto que afinal não traduz a verdade.

Alguma ginástica bem conduzida, boa alimentação quando falta, seja por necessidade material, seja com o propósito de induzir a junta em erro, e em pouco tempo se pode transformar um Pignet alto num Pignet razoável ou mesmo bom.

Como exemplo demonstrativo deste facto apresento o quadro N.º 1 no qual se verificam as curiosas variações dos Pignet-Mayet de 16 indivíduos inspeccionados numa junta de recrutamento, em que tomei parte.

Os índices de oito deles foram tão elevados que a junta se teria visto forçada a reprová-los se não tivesse recebido instruções especiais para os admitir.

QUADRO N.º 1

Mapa demonstrativo da favorável modificação do índice de Pignet-Mayet dentro de um prazo muito curto, por virtude da boa higiene, da boa alimentação e de exercícios físicos bem conduzidos.

Número do caso	Anos de idade	Estatura em cm.	Pêso em quilos		Per. tor. médio em cm.		Índice		Tempo decorrido entre os exames
			1.º Ex.e	2.º Ex.e	1.º Ex.e	2.º Ex.e	1.º Ex.e	2.º Ex.e	
I	21	164	55	59	83	87	28	20	172 dias
II	19	165	56	60	80	87	28	18	172 »
III	21	169	57	62	83	92	28	18	172 »
IV	21	174	59	67	86	96	28	15	172 »
V	20	172	59	62	85	92	29	21	171 »
VI	19	166	53	58	84	92	29	20	165 »
VII	18	166	54	63	83	92	29	14	125 »
VIII	18	172	60	66	83	96	29	12	165 »
IX	19	174	58	62	85	91	30	21	157 »
X	20	164	52	56	82	87	30	21	159 »
XI	18	176	59	66	87	90	30	20	113 »
XII	19	164	47	55	84	85	33	24	114 »
XIII	18	170	53	56	83	83	34	31	114 »
XIV	19	170	54	56	81	87	35	27	114 »
XV	19	172	54	59	82	90	37	23	113 »
XVI	18	174	53	61	81	86	39	27	114 »

Indicam-se com caracteres a traço grosso os candidatos eliminàveis e os índices que lhes correspondem.

Não foi feita a correcção do índice em função da altura (caso XI).

Passadas algumas semanas esses índices estavam por tal forma modificados, como se verifica pelo exame do quadro, que em todos, menos um, se não podia já pôr dúvidas acêrca da sua aprovação. No caso VIII chegou a dar-se uma transformação para melhor de 17 unidades do Pignet, em 165 dias apenas, após a admissão.

Estes factos demonstram claramente a iniquidade dos índices de Pignet ou de Mayet como expoentes do valor individual e tira-lhes assim toda a possibilidade de aproveitamento nas juntas de recrutamento militar.

Mas, além de darem informações erradas no que respeita a valores absolutos, também por vezes classificam da mesma

forma indivíduos que se encontram nas mais diferentes condições de robustez.

Com o fim de o poder demonstrar com elementos positivos e de observação pessoal, consegui obter um grupo de seis casos escolhidos por forma a terem todos o Pignet-Mayet = 25. O exame atento do quadro N.º 2 que com eles organizei surpreende quem, desprevenido, esteja habituado a classificar ou a distribuir homens, baseado apenas nos valores dos seus índices antropobiométricos.

QUADRO N.º 2

Mapa demonstrativo das disparidades clínicas que comporta um mesmo valor do índice de Pignet-Mayet (25).

N.º	Descrição	E.	P.	Pr.º	Índices
I	Indivíduo normal, são, bem constituido, índice médio de Broca, 20 anos . . .	163	63	75	163 — 138 = 25
II	Indivíduo são, bem constituido, panículo adiposo muito pouco desenvolvido, bem musculado, muito ginasticado, índice de Broca abaixo da média, 19 anos .	167	61	81	167 — 142 = 25
III	Indivíduo baixo, pouco musculado, panículo adiposo muito desenvolvido, ventre volumoso, manifestamente obêso, 21 anos	160	65	70	160 — 135 = 25
IV	Indivíduo magro, cifose bastante pronunciada, doente de enterocolite crónica, 25 anos	158	53	80	158 — 133 = 25
V	Indivíduo portador de T. P., fusão bi-lateral, espata alata muito acentuada, 22 anos	173	68	80	173 — 148 = 25
VI	Indivíduo com enorme gibosidade Pottica	150	56	74	150 — 130 = 20
				correcção	+ 5
					25

A tabela original de Pignet para aplicação do seu índice, foi assim concebida:

Índice numérico	Constituição
Inferior a 10	Muito forte
de 11 a 15	Forte
de 16 a 20	Boa
de 20 a 25	Boa média
de 26 a 30	Fraca
de 30 a 35	Muito fraca
Superior a 35	Muito medíocre

Para uso nas Juntas de Recrutamento foi adoptada a modificação seguinte:

Índices	Classificação
Negativos e de 0 a + 10	Muito robustos
de 11 a 15	Robustos
de 16 a 20	Médios
de 21 a 27	Fracos
de 28 a 34	Muito fracos

Os índices de — 10 ou inferiores, e os de + 30 ou superiores, isentam definitivamente de todo o serviço militar.

Acrescentou-se uma rectificação de alturas que consiste em aumentar cinco unidades ao valor numérico do índice quando as estaturas forem inferiores a $1^{m},55$; e diminuir cinco unidades quando as estaturas forem superiores a $1^{m},75$.

A brusca incidência desta alteração — cinco unidades de índice para um centímetro apenas de estatura — cria por vezes situações paradoxais. Preferimos não a aplicar no quadro n.º 1 a fim de o tornarmos mais uniforme e portanto mais demonstrativo. A tê-lo feito, o caso XI viria a figurar com índice de 25 no primeiro exame e de 15 no segundo, muito afastado portanto da posição justa em face dos seus congéneres, o que não convinha à finalidade com que o quadro foi organizado.

No quadro n.º 2 fez-se a correcção. O índice do corcunda descrito no caso VI peorou consequentemente, e tornou assim mais flagrante aquilo que pretendíamos demonstrar. De facto, para as estaturas pequenas em que o valor numérico do índice é aumentado, a correcção parece não prejudicar o interesse do recrutamento. A deficiente estatura é compensada em peso, em perímetro torácico ou nas duas coisas.

Desde que esta compensação não resulte de uma franca obesidade ou de uma gordura patològicamente exagerada, o aumento imposto ao índice corresponderá a um aumento efectivo de robustez.

Outrotanto não acontece com os indivíduos altos. É aqui, onde o aumento da estatura melhora o valor efectivo do índice (porque o seu valor numérico diminue), que se verifica a circunstância paradoxal a que me referi.

Se a uma Junta de Recrutamento se apresentar um mancebo sadio, magro, com $1^{m},75$ de estatura, e a que corresponda um Pignet-Mayet de 30, pela observação primeira da tabela poderá ser adiado. No ano seguinte esse homem pode voltar à inspecção com o mesmo peso, o mesmo perímetro torácico, mas tendo crescido um centímetro.

Enquanto que o seu Pignet-Mayet traduz claramente esta situação, porque com $1^{m},76$ já o seu índice passou a ser de 31, introduzida a correcção que nessa altura lhe deve ser forçosamente aplicada, terá pela magia dos números, como diz Wellens, um índice de 26.

Mais alto e mais magro, diminuiu a sua capacidade física; no entanto o seu índice, paradoxalmente, melhorou. Se a intervenção directa do médico que o inspeciona se não fizer sentir, fica apurado, após um ano de adiamento, em piores condições de robustez.

O valor do índice mais uma vez não traduziu a verdade, mas agora o Pignet não teve culpa.

Como se constata pelo exame do quadro n.º 1, na classificação adotada entre nós, mesmo incluindo a correcção, cabem sob as rúbricas *Fracos* e *Muito fracos*, todos os casos. Também se verifica que afinal, estavam todos em condições de transferir ràpidamente o seu índice para as categorias de *Fracos*, de *Médios* e até de *Robustos*.

O estudo do quadro n.º 2 permite verificar que na categoria de *Fracos* (21 a 27) cabem fracos é certo, e até muito fracos, mas também cabem atletas.

A razão de ser destas aberrações reside na circunstância de que a relação do peso com a estatura é cegamente interpretada. Atende-se apenas ao valor numérico do índice isoladamente, sem o relacionar de uma maneira íntima com o indivíduo a quem diz respeito.

A tabela original de Pignet refere-se prudentemente à constituição que classifica, como vimos, desde *Mediocre a Forte*. A tabela seguida entre nós vai mais longe, classifica directamente a Robustez e a Fraqueza. Nenhuma delas se refere à gordura.

Ora dizer forte não é o mesmo que dizer gordo, se bem que em algumas regiões do nosso País os dois vocábulos, por vezes, se confundam. Sob o ponto de vista da robustez ainda mais se acentua a diferença: são, por assim dizer, inversamente proporcionais. Como o peso aumenta em função directa da gordura e o Pignet melhora em função directa do peso, desde que não ultrapasse os ditames da tabela, o que já é difícil, quanto mais gordo for o indivíduo tanto mais robusto se classifica.

Postas estas considerações afigura-se nos que as tabelas pecam principalmente pela rigidez. Deveriam ser mais maleáveis. Uma vez que não conseguem cumprir o que afirmam, deveriam ser organizadas por forma a admitirem no mesmo índice numérico as situações diferentes que ele comporta. Assim, por exemplo:

Índice numérico	Constituição
Negativos e de 0 a + 10	Muito robustos ou francamente obesos
de 10 a 15	Robustos ou gordos
de 15 a 20	Médios
de 20 a 27	Fracos, ou delgados e altos
de 27 a 31	Muito fracos ou magros

Uma tabela organizada neste sentido estaria mais certa. O índice teria o valor de um elemento de apreciação, apenas é certo, mas um valor sério, irrefutável.

No quadro n.º 2 fez-se a correcção. O índice do corcunda descrito no caso VI peorou consequentemente, e tornou assim mais flagrante aquilo que pretendíamos demonstrar. De facto, para as estaturas pequenas em que o valor numérico do índice é aumentado, a correcção parece não prejudicar o interesse do recrutamento. A deficiente estatura é compensada em peso, em perímetro torácico ou nas duas coisas.

Desde que esta compensação não resulte de uma franca obesidade ou de uma gordura patològicamente exagerada, o aumento imposto ao índice corresponderá a um aumento efectivo de robustez.

Outrotanto não acontece com os indivíduos altos. É aqui, onde o aumento da estatura melhora o valor efectivo do índice (porque o seu valor numérico diminue), que se verifica a circunstância paradoxal a que me referi.

Se a uma Junta de Recrutamento se apresentar um mancebo sadio, magro, com $1^{m},75$ de estatura, e a que corresponda um Pignet-Mayet de 30, pela observação primeira da tabela poderá ser adiado. No ano seguinte esse homem pode voltar à inspecção com o mesmo peso, o mesmo perímetro torácico, mas tendo crescido um centímetro.

Enquanto que o seu Pignet-Mayet traduz claramente esta situação, porque com $1^{m},76$ já o seu índice passou a ser de 31, introduzida a correcção que nessa altura lhe deve ser forçosamente aplicada, terá pela magia dos números, como diz Wellens, um índice de 26.

Mais alto e mais magro, diminuiu a sua capacidade física; no entanto o seu índice, paradoxalmente, melhorou. Se a intervenção directa do médico que o inspeciona se não fizer sentir, fica apurado, após um ano de adiamento, em piores condições de robustez.

O valor do índice mais uma vez não traduziu a verdade, mas agora o Pignet não teve culpa.

Como se constata pelo exame do quadro n.º 1, na classificação adotada entre nós, mesmo incluindo a correcção, cabem sob as rúbricas *Fracos* e *Muito fracos*, todos os casos. Também se verifica que afinal, estavam todos em condições de transferir ràpidamente o seu índice para as categorias de *Fracos*, de *Médios* e até de *Robustos*.

designações adoptadas podem satisfazer em absoluto desde que seja claramente indicado aquilo que deve corresponder a cada uma delas. Tal como é hoje, o critério que preside à classificação dos apurados para serviços auxiliares deveria ser modificado. Parece que esta designação não corresponde inteiramente àquilo que se pretende dela.

A tropa dos serviços auxiliares é uma das que mais necessita de indivíduos possantes, fortes e decididos. O serviço de Saúde ou o Serviço auxiliar de Artilharia, por exemplo, exigem grandes esforços.

Pela maneira como as Juntas de Recrutamento estão procedendo, são classificados para esses serviços os indivíduos portadores de ligeiras deformidades ou insuficiências e entre elas está incluída a insuficiente robustez.

Na Tabela em uso emprega-se com frequência a expressão *bem caracterizado.* Não se determina assim claramente o grau da lesão que isenta, ficando dessa forma directamente subordinado ao critério do examinador.

A decisão das juntas, baseada naquela restrição não apura, e muito bem, para todo o serviço militar um homem com uma lesão ou defeito pouco pronunciados, mas apura muito mal, para os serviços auxiliares, um fraco ou um doente crónico porque a sua falta de robustez ou a sua doença não são «bem caracterizadas».

Como os elementos que determinaram essa classificação não ficam registados e não chegam portanto ao conhecimento de quem faz a distribuição dos contingentes, acontece por vezes ser enviado para o Serviço de Saúde ou para o Serviço auxiliar de Artilharia um homem que, apesar de um Pignet suficiente, mal consegue chegar ao fim da recruta, quanto mais poder com um ferido ou com um cunhete de munições às costas.

Para pôr fim a esta confusa situação, parece-me bastar que sob a rúbrica *Apurados para Todo o Serviço Militar* as Juntas classifiquem sem restrições e sem imposições de Pignet ou outras, apenas atentas às indicações do peso e da estatura e ainda, em casos especiais, à idade, os indivíduos sãos e fortes, sem deformidades nem aleijões, absolutamente capazes de entrar em todas as acções de combate e de satisfazer todas as exigências do serviço.

Sob a rúbrica *Apurado para os Serviços Auxiliares* deveriam as Juntas classificar os indivíduos portadores de lesões ou defeitos, sempre compatíveis com uma escola de recrutas exigente como a nossa é, mas consignar desde logo, tal como faz para os isentos, qual foi o motivo que justificou essa classificação.

Por esta forma chegariam ao E. M. E. dois grupos de recrutas. Um de que poderia dispor sem preocupações de qualquer espécie, para qualquer Arma ou Serviço, tendo apenas que atender à profissão e aos dados exactos da observação directa, o peso e a estatura. Um outro grupo, heterogéneo mas bem definido, com a situação de cada homem claramente indicada, por forma a poder destiná-lo ao Serviço ou à Arma que julgasse compatível com a sua capacidade física ou conforme a sua aptidão profissional.

O serviço de distribuição de contingentes ficaria assim, estou certo, melhor apetrechado. Apoiado na informação médica das Juntas, poderia decidir com maior precisão do que baseado apenas na altura e num índice que, seja qual for, não pode fornecer senão informações incompletas, imprecisas ou erradas, desde que não tenha a esclarece-lo alguma coisa mais: o exame clínico.

NOBRE CARTAXO
Capitão Médico

PENSÕES DE PREÇO DE SANGUE

NORMAS PARA A ELABORAÇÃO DOS RESPECTIVOS PARECERES

Pelo Capitão Médico LINO DE MATOS

DURANTE a nossa passagem pela D. S. S. M. coube-nos, entre outras, a função de elaborar alguns pareceres sobre *pensões de preço de sangue.*

Inicialmente, faziamos esses pareceres seguindo os moldes em uso; porém, constatando que, por vezes, voltavam, para ser informados, alguns processos sobre os quais a D. S. S. M. já emitira a sua opinião, ou porque se lhes apensavam novos documentos, ou porque os pareceres primitivos suscitavam dúvidas às entidades oficiais, não médicas, que os deveriam apreciar e resolver em última estância, pareceu-nos conveniente dar maior amplitude à descripção dos problemas que nos eram propostos e introduzir-lhes uma sistematização determinada que lhes desse unidade formal.

Deste modo, a exemplo dos relatórios médico-legais, dividimos os pareceres sobre pensões de preço de sangue, nas seguintes *rubricas:* «informação», «descripção» e «conclusão», além do necessário «quesito» e da sua resposta ou «parecer» pròpriamente dito.

Ao sairmos da D. S. S. M., deixámos já estabelecidas as normas que nos pareceram mais convenientes e que constituem a razão deste artigo.

Para completa exemplificação, transcrevem-se alguns dos pareceres elaborados; os dois primeiros ainda sem sistematização definida e os três últimos já em harmonia com as referidas normas.

I — DA INFORMAÇÃO

Neste capítulo registar-se-ão todos os elementos que interessarem à elaboração do parecer e que for possível colher pela leitura da documentação constitutiva do processo ou de qualquer outra que tenha sido facultada para consulta.

A informação deverá abrir com a citação das fontes de onde provém e os factos dela constantes deverão ser relatados, de preferência por ordem cronológica, em alíneas sucessivas. Sucedendo que, por vezes, convém subdividir uma alínea noutras, é vantajoso assinalar aquelas com letras maiúsculas, assinalando as sub-alíneas com letras minúsculas.

Tanto quanto possível, cada alínea dirá respeito a um só facto, ou, quando muito, também e apenas, às circunstâncias imediatas que o rodearam.

Para evitar a repetição inútil, em cada alínea, do nome do indivíduo cuja morte originou a petição da pensão de preço de sangue, figurará este apenas na abertura da informação, referindo-se-lhe as alíneas na 3.ª pessoa do singular.

É também de toda a conveniência fazer referência distintiva entre a documentação original do processo e qualquer outra que lhe seja apensa posteriormente.

Exemplos sucintos:

I — *Informação:* — A informação foi colhida pelo estudo da documentação constitutiva do processo e dela consta, na parte que interessa à elaboração do parecer solicitado, que F.....:

A) — foi encorporado no exército em.....;

B) — baixou ao....., em....., tem sido tratado de: «.....»

C) — embarcou para....., fazendo parte do ....., em....., tendo ali desembarcado em.....; etc.

I — *Informação:* — A informação foi colhida pelo estudo da documentação constitutiva do processo e dos seis atestados médicos ultimamente apensos — os quais foram numerados, por ordem cronológica, de 1 a 6 —, e dela consta, na parte que interessa à elaboração do parecer solicitando, que F.....:

A) — baixou ao Hospital Militar de....., em ...., tendo tido alta em..... com..... dias de convalescença e tendo sido tratado de: «.....»; ! ...

Q) — segundo os atestados médicos ultimamente apensos ao processo, foi:

a) — tratado em.....: «de uma.....» — atestado n.º 1, de.....;

b) — tratado durante os anos de.... e de....: «de uma .....» — atestado n.º 2, de.....; etc.

I — *Informação:* — A informação foi colhida pelo estudo da documentação constitutiva do processo de pensão de preço de sangue e da do processo de Junta de Invalidez, e delas consta, na parte que interessa à elaboração do parecer solicitando, que F.....: *A)* — .....; etc.

II — DO QUESITO

Deste capítulo constará apenas, evidentemente, a razão determinante da elaboração do parecer.

II — *Quesito:* — Pretende-se saber se a doença que vitimou F....., está compreendida no artigo 2.º e sua alínea *a)*, do Decreto n.º 17.335 de 10 de Setembro de 1929.

III — DA DISCUSSÃO

A discussão deverá abrir com o enunciado da proposição que é seu objecto.

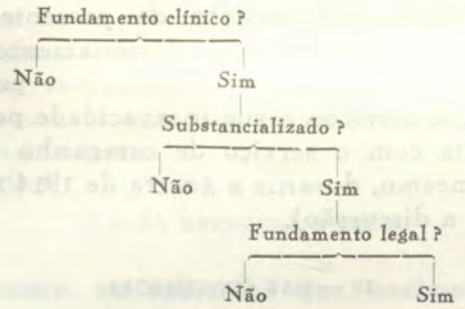
Em princípio, a discussão deverá ser encaminhada da seguinte forma:

1.º — estabelecer se a proposição tem, ou não tem, fundamento clínico, de uma forma exclusivamente especulativa, isto é, dentro do campo clínico puro;

2.º — estabelecer se a proposição, tendo fundamento clínico, está ou não está, devidamente substancializada, isto é, se o seu fundamento teòricamente verdadeiro, teve ou não teve, uma existência real, traduzida, durante a vida do indíviduo cuja morte motivou a petição da pensão de preço de sangue, pelos estados patológicos necessàriamente correspondentes;

3.º — estabelecer se a proposição cabe, ou não cabe, dentro das disposições da legislação constante do quesito, isto é, se tem fundamento legal ou não, sob o ponto de vista médico.

Esquemàticamente, a discussão será portanto escalonada da forma seguinte:



A discussão termina, evidentemente, logo que se encontre a primeira resposta negativa.

A ordem argumentativa apontada parece ser a preferível, não só por uma razão metódica, como também de uniformidade discursiva de parecer para parecer. Por vezes, porém, quando pela leitura da informação se verifique que a petição tem fundamento clínico substancializado, podem as duas primeiras questões da discussão ser discutidas em conjunto. Outras ainda, quando a não substancialização fôr bastante evidente, pode deixar de interessar a discussão do fundamento clínico; no entanto, mesmo quando a resposta a qualquer das questões indicadas acima possua a evidência atrás assinalada, convém sempre discuti-la, embora resumidamente, pois o parecer destina-se a ser apreciado por indivíduos estranhos à profissão médica, os quais devem ser, portanto, elucidados tão completamente quanto possível. Por este mesmo motivo, é também vantajoso apoiar com as necessárias citações bibliográficas qualquer juízo ou postulado médico menos corrente ou de valor para a discussão.

Exemplos:

III — *Discussão:* — A petição da presente pensão de preço de sangue é baseada no relacionamento da doença que vitimou F..... — «Insuficiência cardíaca» —, com o serviço de campanha desempenhado pelo mesmo, em França, durante a guerra de 1914/18, através de uma «bronquite adquirida por gases apanhados em campanha» — certidão de óbito.

(Segue-se a discussão).

III — *Discussão:* — A petição da presente pensão de preço de sangue é baseada no relacionamento da doença que vitimou F..... — «Tuberculose pulmonar» —, com a verba que motivou a sua incapacidade para o serviço militar, e desta com o serviço de campanha prestado em França, pelo mesmo, durante a guerra de 1914/18.

(Segue-se a discussão).

IV — DAS CONCLUSÕES

As conclusões resaltam da Informação e da Discussão.

Devem ser: simples, breves e de interpretação unívoca.

Simples, porque cada conclusão deve dizer respeito apenas a um único facto, juízo ou dedução.

Breves, para serem concisas e incisivas.

A interpretação unívoca, que se obtém mediante as duas características anteriores — conclusões simples e breves —, e a proscrição de locuções de duplo sentido e de palavras como «pode», «deve», etc., desnecessita justificação.

Devem ser ainda tão categóricas quanto possível, afirmando ou negando aquilo de que houver a certeza absoluta. Quando esta certeza não existir, o juízo aproximativo deverá exprimir-se com os adverbios «presumivelmente» ou «possívelmente», conforme os casos e de preferência com o primeiro.

As conclusões deverão ser enumeradas por ordem cronológica, isto é, em relação com a cronologia dos factos constantes da informação — se possível e de maneira que aquelas que resultarem doutras se lhes sigam imediatamente.

Das conclusões, e agora sempre com relação ao nome do indíviduo em causa, constarão também todos os factos relatados na Informação, que interessem às conclusões dedutivas e ao parecer final.

Exemplo:

IV — *Conclusões:* — Da informação e discussão deste parecer, tira esta Repartição as seguintes conclusões:

1.º — F..... baixou ao....., em ....., tendo sido tratado de: «.....»

2.º — F..... fez parte do C. E. P., em França, durante a guerra de 1914/18.

3.ª — F..... baixou uma única vez às formações hospitalares de campanha, em..... tendo sido tratado de: «.....».

4.ª — F..... após a baixa anterior, foi presente à Junta....., etc.

V — DA ABERTURA E FECHO

Da abertura, ou cabeçalho que encimará o parecer, deverá constar: natureza do assunto a que se refere o parecer, identidade dos requerentes e seu parentesco com o falecido, nota que o determina, sua data e origem.

O fecho, bem destacado das conclusões, conterá o parecer final ou resposta ao quesito. Estas respostas podem ser categóricas ou aproximativas; sempre que possível, categórica.

Como respostas categóricas dir-se-á que a causa da morte «está» ou «não está compreendida» na legislação citada no quesito. Como respostas aproximativas, utilizar-se-ão as locuções «deve ser» ou «não deve ser compreendida».

I PARECER (1)

Sobre o processo de pensão de preço de sangue, respeitante a M. A. S., M. C. S., D. S. F. e Z. L.

Ao processo acima referido e com o fim de relacionar o serviço de campanha com as lesões que o vitimaram, foi apenso mais um atestado médico no qual se declara que F.

(1) Para completa elucidação do cap., transcrevem-se os pareceres anteriores:

Parecer de 2 de Junho de 1945.

Sobre o processo de pensão de preço de sangue, respeitante a (seguem-se os nomes dos interessados).

Pelos elementos colhidos no processo verifica-se o seguinte:

I — Que as lesões sofridas em campanha por F. foram: cegueira total do olho esquerdo, incontinência de urinas, estropiamento ligeiro da mão esquerda, conforme consta dos mapas da Junta apensos ao processo.

faleceu, em 7 de Janeiro de 1945, em consequência de: «Tuberculose renal esquerda, causada por estilhaço de granada nesse rim, durante a campanha da Grande Guerra».

II — Da certidão de óbito consta, que o inválido em referência faleceu de asma e no averbamento feito depois, declara-se que faleceu em consequência de asma e estilhaço de granada na região renal, tudo adquirido em combate, tendo sido gaseado.

III — Que as lesões resultantes do estilhaço de granada, foram as do olho esquerdo e do dedo indicador da mão esquerda, não havendo nada que indique que a região renal tivesse sido atingida, bem como o ter sido gaseado.

IV — Nestas condições, é esta Repartição de parecer que a lesão que vitimou F. não tem relação com as sofridas em campanha, pelo que não o considera compreendido no artigo 2.º e sua alínea *a)* do Decreto n.º 17.335, de 10 de Setembro de 1929.

D. S. S. M., Junho de 1945.

*

Parecer de 14 de Junho de 1947.

Sobre o processo de pensão de preço de sangue, respeitante a (seguem-se os nomes dos interessados).

Com o fim de pretender relacionar o serviço de campanha com as lesões que vitimaram F., foram juntos ao processo de pensão de preço de sangue novos elementos que constam de cópias de: um boletim clínico do Hospital Militar de Lisboa, de 5 títulos de alta do mesmo Hospital e dum boletim individual do C. E. P.

É o boletim clínico referente a uma baixa ao Hospital em 1922, motivada por uretro-prostatite crónica e ectopia testicular. Um dos títulos de alta é de Junho de 1918 e nele consta ter sido presente à Junta Hospitalar de Inspecção e julgado incapaz de todo o serviço pelo n.º 112 (1) da Tabela, podendo angariar os meios de subsistência. Referem-se os restantes títulos de altas a datas anteriores à sua ida para França e a doenças diversas, tais como: contusões, sarna, cistite e tuberculose renal, sem que, sobre esta última e qualquer das outras doenças haja qualquer documentação.

Nenhum dos documentos acima referidos nem o boletim individual do C. E. P. oferecem elementos que permitam relacionar a doença de que faleceu F. com o serviço de campanha; e, nestas condições, é esta Repartição de parecer que deve manter a informação já anteriormente dada de que a lesão que vitimou o referido F. não tem relação com as sofridas em campanha e, por isso, não está compreendida no artigo 2.º e sua alínea *a)*, do Decreto n.º 17.335, de 10 de Setembro de 1929.

D. S. S. M., Junho de 1947.

Tratando-se da terceira vez que o presente processo de pensão de preço de sangue vem a informar, pediu esta Repartição o processo de Junta de invalidez do falecido, o qual lhe foi enviado, de forma a poder fazer uma revisão conjunta de ambos os processos e esclarecer o assunto, tanto quanto possível, cabal e definitivamente, tendo também examinado a caderneta militar do falecido, facultada pelo actual detentor.

Pelo estudo de toda a documentação supracitada, entende esta Repartição que:

Primeiro: Não é crível que F. tenha sofrido qualquer «ferimento por estilhaço de granada», ou outro, durante a Grande Guerra, porque:

A) — Não há qualquer documento contemporâneo, entendendo por contemporâneo todo o período compreendido entre a data do seu embarque para França — 26 de Maio de 1917 — e a data do seu desembarque, vindo de França — 17 de Maio de 1918 — que o relate ou se lhe refira: nem título de alta, nem boletim clínico, relatório médico, ou boletim individual do C. E. P.;

B) — As primeiras referências ao «ferimento por estilhaço de granada» surgem:

a) — no boletim n.º 312 de Serviço de Mutilados de Guerra, correspondente à apresentação do falecido, nesse Serviço, de 26 de Setembro de 1918 a 31 de Julho de 1919, como segue: foi ferido em Dezembro de 1917 com estilhaços de granada no indicador esquerdo e olho do mesmo lado;

b) — num relatório sem data do mesmo Serviço, no Instituto Médico-Pedagógico, que originou a apresentação às Juntas do Instituto e do Hospital Militar de Lisboa, do falecido, sua incapacidade e reforma;

C) — Aparece uma segunda referência ao mesmo «ferimento» na anamnése de um boletim clínico do H. M. de Lisboa, correspondente ao internamento que imediatamente precedeu a apresentação do falecido à Junta que, em 12 de Agosto de 1922, lhe arbitrou a invalidez;

D) — Esta última referência corresponde a «testemunho feito pelo próprio» e, às primeiras, na ausência de documentação anterior, deve atribuir-se-lhes o mesmo significado;

E) — Em qualquer destas referências, verosimilmente colhidas apenas através das declarações do interessado, sòmente consta:

a) — que o ferimento ocorreu em Dezembro de 1917;

b) — que dele resultaram lesões no olho e indicador esquerdos, nada constando porém, a respeito, sobre as regiões renais direita ou esquerda;

F) — Há diversos documentos anteriores e posteriores a Dezembro de 1917, comprovativos das várias baixas que o falecido teve em França, às Ambulâncias e Hospitais de Campanha, todas elas averbadas no respectivo boletim individual do C. E. P., mas *não há nenhuma relativa àquele mês*, sendo também o boletim individuol do C. E. P., omisso neste particular;

G) — O falecido foi presente à Junta do H. de Sangue 2, em França, em 8 de Abril de 1918, tendo sido considerado «incapaz de todo o serviço militar», por: «atrofia testicular esquerda» e «endocardite», em consequência do que foi repatriado em 14 de Maio seguinte, e, estranhamente, não consta, nem da observação exarada no boletim que determinou a sua apresentação à Junta, nem do mapa da Junta, *qualquer referência a um ferimento por estilhaços de granada, supostamente ocorrido 4 meses antes e do qual resultaram lesões tão graves que motivaram uma invalidez ulterior;*

H) — Dois meses depois de ter regressado de França, em 21 de Julho de 1918, baixou ao H. M. de Lisboa e, tendo sido presente à Junta em 6 de Setembro seguinte, foi novamente «julgado incapaz», mas agora pelo n.º 112 (1) da Tabela, isto é: «catarata»; porém, na falta do boletim clínico e do mapa da Junta respectivos, pois só existe no processo o título de alta correspondente, e dadas as verbas que motivaram a primeira incapacidade e o facto de a baixa só se ter verificado dois meses depois do regresso, é de considerar que a nova lesão surgiu neste último lapso de tempo, parecendo, contudo, que ainda não surgira a lesão do indicador esquerdo.

Segundo: É ainda menos crível que a região renal tenha sido abrangida pelo «ferimento por estilhaços de granada» porque, além do exposto na alínea *E)* anterior, acresce ainda que:

I) — Em 10 e 27 de Março de 1922, o falecido foi submetido a exame radiográfico das regiões renais, no Serviço de Radiologia do H. Militar de Campolide, constando do respectivo relatório que «não se encontraram sombras produzidas por cálculos opacos aos Raios X» no rim esquerdo e, dada a omissão do relatório a tal respeito, não existiam certamente, também, quaisquer sombras por corpos estranhos;

J) — A redacção dos relatórios anteriores indica que os exames citados foram requisitados por suspeita de «calculose renal», isto é, ainda não tinha sido considerada, nem sugerida, a possibilidade agora em discussão;

L) — Se houve um ferimento do rim esquerdo por um estilhaco de granada, houve necessàriamente, também, em virtude da alínea *I)*, uma extracção desse estilhaço, requerendo uma intervenção cirúrgica de vulto e uma hospitalização demorada, das quais nada consta.

Terceiro: Não foi feita prova convincente de que o falecido morreu em consequência de «tuberculose renal» porque:

M) — O diagnóstico da causa da morte do falecido sofreu, *post-mortem*, várias rectificações, a última das quais três anos depois do passamento, sem que qualquer delas fosse fundamentada com o, no caso presente, indispensável exame necrópsico, Assim:

a) — da certidão de óbito passada em 7 de Janeiro de 1944, consta que morreu de: «Asma»;

b) — dum averbamento feito em 17 de Fevereiro de 1945 à certidão anterior, consta que morreu de: «Asma e estilhaço de granada na região renal»;

c) — dum atestado passado em 6 de Novembro de 1945, consta que morreu de: «Asma e nefrite»;

d) — do atestado que agora motivou a revisão do processo, passado em 31 de Janeiro de 1948, consta que morreu de «Tuberculose renal» causada pelo suposto estilhaço de granada;

pelo que, todas estas certidões e atestados passados sempre pelo mesmo médico, tornam difícil a esta Repartição, por qual das causas da morte optar, como verdadeira;

N) — No atestado de 6 de Novembro de 1945, declara o médico que no dia 6 de Janeiro do mesmo ano foi chamado de urgência para visitar «um doente que depois soube ser F.», o qual «se encontrava em côma, não havendo qualquer tratamento a fazer, senão aliviar o seu sofrimento»; que passou «o respectivo atestado nos termos habituais em que costumam ser passados», visto que ninguém o informou «que a certidão de óbito se destinava também a ser apresentada no Ministério da Guerra»; que pelo exame da caderneta militar do falecido, por uma papeleta do Hospital de S. José e pelo exame clínico directo feito na véspera da morte, esta fora devida a «Asma e nefrite»;

O) — No atestado actual declara o mesmo médico que tratou o falecido de «Tuberculose renal», facto este que singularmente omitiu no atestado anterior;

P) — Não tendo sido médico assistente do falecido, como se infere claramente do atestado de 6 de Novembro de 1945, pois nem sequer o conhecia na véspera da morte; não tendo procedido à necessária autópsia; e, sendo impossível que tivessem surgido quaisquer dados diagnósticos — clínicos, radiográficos, laboratoriais, etc. — obtidos *post-mortem*, a rectificação actual da causa da morte carece de fundamento.

Quarto: E evidente que era um doente uro-genital, sendo plausível que a sua morte tenha sido devida a «nefropatia» de natureza não esclarecida; mas os seus padecimentos urinários datavam de época anterior à sua ida para França, porque:

Q) — Quer antes de ír para França, quer em França, quer depois de regressar de França, abundam as baixas por motivos uro-genitais;

Antes de ír para França:

a) — Em 24 de Setembro de 1916, ao H. M. L., por «cistite e nefrite»;

b) — Em 22 de Abril de 1917, ao H. M. L., por tuberculose renal, diagnóstico este que, implicando a existência,

nessa data, de uma afecção do aparelho urinário, deve corresponder a um diagnóstico de entrada sem confirmação etiológica posterior, pois lhe foi dada a alta em 5 de Maio seguinte, em condições de voltar ao serviço e seguir para França, como expedicionário, o que não sucederia se tal diagnóstico se tivesse confirmado, visto que isto implicaria a sua imediata apresentação à Junta e baixa de serviço;

Em campanha:

c) — Em 6 de Junho de 1917, à Ambulância N.º 4, por «ectopia testicular»;

d) — De 11 a 22 de Julho de 1917, a várias Ambulâncias e Hospitais de Sangue, por «cistite» de etiologia não averiguada;

e) — De 6 a 14 de Novembro de 1917, à Ambulância 6 e H. S. 39, por «cistite do colo e blenorragia», sendo esta a baixa cuja data mais se aproxima da invocada como sendo a do ferimento;

f) — De 29 de Março a 8 de Abril de 1918, à Ambulância 6 e H. S. 2, por «atrofia testicular esquerda e endocardite»;

Depois do regresso de campanha:

g) — Em 27 de Julho de 1922, ao H. M. L., «uretro-prostatite e peri-prostatite crónica, e ectopia testicular»;

h) — De 9 de Agosto a 18 de Outubro de 1944, ao Hospital de S. José, por «pielo-nefrite bilateral crónica, estafilococica».

Quinto: Não é crivel que o serviço de campanha tenha agravado os padecimentos uro-genitais do falecido porque:

R) — Do boletim correspondente ao internamento referido na alínea *Q-c)*, consta na anamnése que o falecido se queixou de ter sofrido um resfriamento, já em França atri-

buíndo-lhe os sofrimentos à data relatado, mas tal causa não foi reconhecida como boa, pois lhe foi considerada apenas a sua «ectopia testicular», em virtude da qual foi «isento condicionalmente», em 11 de Junho de 1917, pela Junta da Ambulância 4, passando a serviços moderados;

S) — Ao dá-lo por «incapaz de todo o serviço», a Junta do H. S. 2 — alínea *G)* —, considerou apenas a «atrofia testicular esquerda» e a «endocardite»;

T) — Ao ser dado incapaz pela segunda vez — alínea *H)* —, a Junta do H. M. L., considerou apenas a «catarata»;

U) — Ao ser dado incapaz pela terceira vez — alínea *B-b)*, — a Junta do Instituto Médico-Pedagógico, além de «cegueira total do olho esquerdo e estropiamento ligeiro da mão esquerda», considerou também a «incontinência de urinas» relacionando-a com o serviço de campanha, mas, dois dias depois, a Junta Militar do H. M. L., apenas considerou a «cegueira e estropiamento», excluindo a «incontinência de urinas»;

V) — No boletim n.º 312 — alínea *B-a)* — do Serviço de Mutilados de Guerra, o mesmo resfriamento referido na alínea *R)*, é posto em dúvida, e, no próprio relatório que determinou a apresentação à Junta do Instituto Médico-Pedagógico do falecido — alíneas *B-b)*, e *U)* — as suas perturbações urinárias, especialmente a taquiúria, são atribuídas à situação testicular ectópica;

X) — A relacionação da «incontinência de urinas», com o serviço de campanha é feita, oficialmente, pela primeira vez, pela Junta que arbitrou a invalidez, — alínea *C)* —, em 12 de Agosto de 1922, isto é, 4 a 5 anos depois e sem que no intervalo, em face da documentação presente nesta Repartição, tivesse surgido qualquer elemento justificativo;

Z) — À infecção blenorrágica contraída em França, não pode ser atribuída qualquer relação com o serviço militar.

Nestas condições, mantem esta Repartição os seus pareceres de 2 de Junho de 1945 e de 14 de Junho de 1947, no sentido de que a lesão que vitimou F. não tem relação com as sofridas em campanha e por isso não está compreendida no artigo 2.º e sua alínea a) do Decreto n.º 17.335, de 10 de Setembro de 1929.

II PARECER (1)

Sobre o processo de pensão de preço de sangue, respeitante a P. A. B. e M. M. B.

Sobre o processo acima referido emitiu esta Repartição o seu parecer de 12 de Janeiro do corrente ano, no qual não lhe foi possivel afirmar que tivesse sido a doença adquirida em serviço de campanha — impaludismo —, que contribuiu, em parte, para a causa da morte: — diabetes, síncope cardíaca.

Volta o processo a parecer para que este seja concretizado.

Entende esta Repartição que, para esclarecer o assunto, deverá começar por fazer, numa primeira parte, ligeira revisão do problema etio-patogénico da «diabetes mellitus» humana, em relação com os factores infecciosos, especialmente o «impaludismo», na sua forma crónica; numa segunda parte, resumirá a vida patológica do falecido, no que

---

(1) Transcrevem-se egualmente os anterioras pareceres para elucidação.

Sobre o processo de pensão de preço de sangue respeitante a (seguem-se os nomes dos interessados).

Pelos elementos colhidos no processo enviado a esta Direcção, verifica-se o seguinte:

1.º — Que no dia 7 de Julho de 1947, faleceu F. de diabetes e sincope cardíaca, conforme consta da certidão de óbito apensas ao processo.

2.º — Em Julho de 1916 desembarcou em Moçambique, donde regressou à Metrópole em Agosto de 1917, tendo sido durante a sua estadia naquela Colónia, tratado de febre palustre, furunculose e anemia palustre, conforme se verifica pelas cópias dos registos hospitalares, do Hospital Central Miguel Bombarda, da Provincia de Moçambique, apensas ao processo.

3.º — Em Julho de 1919 é presente à J. Hospitalar, sendo-lhe arbitrados 45 dias de licença, para se tratar de sifilis, com acidentes secundários.

A 7 de Julho de 1920 são-lhe, pela Junta do Hospital Militar de Coimbra, concedidos 45 dias de licença, para se tratar de sifílis e astenia geral; e, em 4 de Maio de 1926, são-lhe, pela mesma Junta, arbitrados 50 dias de licença, para se tratar de astenia geral.

Mais tarde, em 7 de Março de 1938, fez uma fractura da tibia esquerda, em consequência de um traumatismo, pelo que lhe foram concedidos 60 dias de licença para tratamento, pela Junta do Hospital Militer Regional n.º 2.

for julgado de interesse; numa terceira parte, fará o cotejo das duas primeiras, de forma a poder elaborar um parecer tão concreto quanto possível; numa quarta e última parte, analisará as relações do acidente terminal — síncope cardíaca — com as duas doenças fundamentais em causa.

I — Revisão do problema etiopatogénico da «Diabetes Mellitus Humana», em relação com os factores infecciosos, especialmente o «Impaludismo», na sua forma crónica

O determinismo diabetogénico das doenças infecciosas crónicas (d. i. cr.), é avaliada diferentemente conforme os autores.

4.º — Em Agosto de 1940, fazendo parte do Batalhão de Infantaria n.º 74, marcha para a Província de Angola onde desembarcou a 21 e donde regressou a 23 de Dezembro de 1941.

5.º — Durante a sua estadia naquela Colónia, foi tratado, na enfermaria do Batalhão de Infantaria n.º 74, de calculose hepática, por uma das vezes e por outra, de cólica hepática, paludismo crónico, abcesso da nádega esquerda e orquite.

Pela Junta da mesma Colónia foram-lhe concedidos 30 dias de licença, para observação e tratamento em Luanda e depois mais 15 para convalescer, visto ter tido uma hepatite palustre e uma colite.

6.º — Em Março de 1942, é, pela Junta do Hospital Militar Principal, julgado incapaz do serviço activo por artrite crónica post-traumática do joelho esquerdo, diabetes, hidrocelo esquerdo e sífilis.

7.º — A 30 de Junho de 1947, baixa ao Hospital Militar Regional n.º 2, onde veio a falecer de diabetes, tendo como acidente terminal uma síncope cardíaca.

Pelo que fica exposto, verifica-se que o falecido contraíu o paludismo durante a sua estadia nas Colónias (África) como expedicionário e em serviço de campanha portanto, visto esta doença ser própria daqueles climas e lá se ter revelado.

Há no entanto que fazer referência a uma outra doença de que era portador e que pelos elementos de que dispomos, do processo, apenas aparece registada em 1919, ou seja 2 anos depois do seu regresso de Moçambique à Metropóle, que é a sífilis, com acidentes secundários.

Conforme já ficou dito, a doença principal e que o vitimou foi uma diabetes, tendo como acidente terminal uma síncope cardíaca.

Admitindo a opinião de alguns autores, em que atribuem ao paludismo e à sífilis, uma papel primordial na etiologia da diabetes, tem esta Direcção dúvidas sobre o parecer a dar, visto não poder afirmar que tivesse sido o paludismo que contribuiu, em parte, para a causa do morte e como tal, compreende-la no art. 2.º e sua alínea a) do Decreto n.º 17335, de 10 de Setembro de 1929.

Para Mouriquand — in: *Sergent*, «Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée», XXIII, Paris, 1922 — «toda a doença infecciosa parece poder ser diabetogénica» e, entre as d. i. cr. merecem-lhe especial referência, como factores de diabetes: o impaludismo, mas, sobretudo, a tuberculose e a sífilis.

Grafe — in: Klemperer, «Tratado Completo de Clínica Moderna», II, Barcelona, 1933 — tem opinião semelhante, concedendo grande importância às d. i. agudas e crónicas e destacando, também, de entre estas, especialmente a «sífilis».

Jiménez Diaz — «Lecciones de Patologia Médica», III, Barcelona, 1941 — sem negar a possibilidade da relação causa-efeito: sífilis-diabetes, dá-lhe uma importância mais limitada, pois é de opinião que a coexistência do duo patológico resulta, na maior parte dos casos, de uma simples coincidência, sem relação de causalidade. Considera, porém, que o factor infeccioso possa ser uma causa reveladora de uma diabetes larvada pré-existente.

Em Portugal, Fernando Fonseca — «Diabetes Mellitus», Barcelona, 1930 — tem um critério semelhantemente restrictivo, atribuindo às d. i. um papel mais agravador que determinante, concedendo, contudo, que: «em alguns casos é justo admitir que uma infecção··· seja o elemento causal da diabetes» e releva de entre elas, a sífilis.

Mühlens — in: Klemperer, loc. cit., V, Barcelona, 1934 — junge ao impaludismo idéntico poder agravante.

Magnus-Lévy — cit. de F. Fonseca, loc. cit. — ajuiza pela sua a opinião dos outros, ao escrever: «A relação entre a diabetes e a sífilis é rejeitada por todos os investigadores», pois leva o seu negativismo ao extremo de o querer impor mesmo àqueles autores — Dub, Seegen, Umber — que, com anterioridade, tinham já publicado casos de diabetes curados pelo tratamento anti-sifilítico, isto é, casos satisfazendo a um dos principais requisitos que Cordier e Déchaume reputam essenciais para que se possa aceitar a sua origem sifilítica.

Segundo Falta — «Diabetes Sacarina», Barcelona, 1940 — as d. i. podem lesar o pancreas por via sanguinea, «mas também podem propagar-se ao pancreas os processos infec-

ciosos das imediações··· a partir do intestino ou da vesícula biliar», e, entre as d. i., atribue importância primacial à sífilis.

Joslin — «Tratamiento de la diabetes sacarina», Barcelona, 1945 — considera que o factor infeccioso é pouco comum na génese da diabetes, embora o tenha encontrado em 15 % de 400 casos pessoais.

Em resumo, como e pelo que diz respeito à acção directa do agente infeccioso, em especial por via hematogénica, sobre o pancreas, as d. i. ag. e cr. são rejeitadas por alguns autores, consideradas um factor raro por outros e bastante dignas de registo pelos restantes, sendo maior o número daqueles que as reputam mais uma causa de agravamento do que determinante.

Nestas condições, e, se de entre as d. i. cr. é a sífilis aquela que mais especialmente deve ser tomada em consideração, parece à primeira vista que pouco será possível imputar ao impaludismo como agente causal da «diabetes mellitus», ou mesmo, como delactor clínico de uma diabetes larvada prístina.

Mas, o sezonismo actua prejudicialmente sobre as funções hepáticas, determinando alterações activas das células parenquimatosas do fígado, reversíveis no caso de infecção transitória, irreversíveis e progressivas, no caso de infecção crónica.

Makari — Brit. M. J., 272, Fevereiro, 1945 — verificou que a prova da floculação da cefalina-colesterol, o mais sensível indicador daquelas alterações, era positiva em mais de 90 % dos doentes com história sezonativa anterior, e W. Lippincott e ass. — J. Lab. Clin. Med., 991, Setembro, 1940 — investigando a acção da malarioterápia sobre o fígado de neurosifilíticos, além de outras provas funcionais positivas, verificaram que aquela o era em 100 % dos casos, o que, tendo em atenção que estas últimas parasitémias terapêuticas foram de muito curta duração — 20 dias em média —, demonstra a grande frequência dos prejuízos e a extraordinária sensibilidade das células hepáticas à infecção plasmódica.

O impaludismo tem sido apontado não só como causa de hepatites, mas também de colecistites calculosas.

De facto, desencadeada a protopatia hepática palustre, a cronicidade da infecção causal, mantendo-a e agravando-a, põe em marcha — através das perturbações metabólicas e cologénicas consecutivas, das coledisquinésias e da propria acção da infecção secundária — as pedras rolantes cardinais que, mais ou menos imbricadas, constituirão a constelação susceptível de transformar o processo localizado inicial numa panpatia hepato-colango-colecística, litiásica ou não.

Cabe portanto ver até que ponto uma afecção hepato-biliar pode determinar uma diabetes ulterior.

Shallow e ass. — Pennsyl. M. J., 1199, Setembro, 1944 — em 12 casos de pancreatite aguda, encontraram pré-existência lesional das vias biliares, colecistites e colelitiases, em 75% dos casos.

Morton — Surgery, 474, Abril, 1945 — inclue as infecções e obstruções das vias biliares entre as principais causas de pancreatite e aquele antecedente pesa densamente nas estatísticas: 27% na de Mayo; 44% na de Egdhall; 50% na de Korte; 87,7% na Bernhard — cits. de Beltrán Báguena, «Medicina interna de urgência», II, Barcelona, 1942 —; e, se bem que na pancreatite aguda a perturbação do metabolismo hidrocarbonado, quando aparece, se revela por simples hiperglicemia sem glicosuria, já o mesmo não sucede na pancreatite crónica, em que existem ambas e em que a diabetes deve ser tomada em conta sob o ponto de vista terapêutico.

Grafe — loc. cit. — crê que as pancreatites «só dão lugar a diabetes verdadeira, segundo parece, quando se destruiu uma grande parte do aparelho insular».

Renner — in: Klemperer, loc. cit., I, Barcelona, 1933 — admitindo que o pancreas possa adoecer secundàriamente em consequência de afecções vesiculares, concede a estas «um papel muito escasso na génese da diabetes mellitus» embora «de vez em quando se encontre diminuida a tolerância para o açúcar».

Fernando Fonseca — loc. cit. — vai mais longe, relacionando estreitamente com uma colecistite pretérita, a diabetes «que então é a consequência de uma sialangia pancreática determinada pela primeira infecção das vias biliares».

Também Giménez Díaz — loc. cit. — se exprime da mesma forma ao analisar as relações de vizinhança e a confluência excretora das duas glândulas: «por isto se compreende que, com o tempo se apresentem com certa facilidade afecções do pancreas que conduzem à diabetes em doentes que tenham padecido colecistites».

Para Joslin — loc. cit. — a importância da colelitiase é tal que, ao aconselhar a intervenção cirúrgica nos casos de calculose biliar de doentes não-diabéticos, entre outras razões bastante ponderáveis, fá-lo também «por causa do perigo de que se desenvolva a diabetes».

Falta — loc. cit. — é de opinião que as hepato-colecistopatias se podem transmitir ao pancreas, e que não é raro que as pancreatites agudas, ou crónicas, ou litiásicas, lesem o aparelho insular «pelo que alteram transitòriamente ou de modo definitivo, o metabolismo hidrocarbonado determinando a diabetes ou agravando uma diabetes anterior, apoiando esta sua última opinião na dos seguintes autores: Rodriguez, Dum, Vatcher e Woodwork, Chrelitzer, Ehermann, Umber, J. Paullini e H. N. Bowcock, A. Tomaselli, Oser e Lazarus.

Woehrmann e Singer — cits. de Falta, loc. cit. — encontraram antecedência ou coexistência de colecistite em 24% e 17% dos diabéticos que estudaram.

Katsch e Brinck — in: Bergmann, «Tratado de Medicina Interna», III, 2.°, Barcelona, 1943 — resumem a opinião de vários investigadores sobre o assunto e desse resumo extratamos apenas as seguintes, pois as outras já foram citadas, por nós, atraz:

«*Ord e Weidenbaum* atribuem a produção da diabetes à irritação hepática;

Seegen, Naunyn, Kausch, Lenne e Lichtwitz, negam qualquer relação entre as afecções hepatobiliares e a diabetes sacarina;

Seckel e Finke, Strauss, Chiray, Pavel e Le Sarge, Torbrüggen, consideram a sua coincidência apenas como sendo a expressão de uma causa comum;

Haug, Adam, Tedstrom, Warrer, Behrend, confirmam as relações entre as colecistopatias e uma diabetes ulterior;

Hernando, Jones, Molnar, Hockhaus, Katsch, Reicher, Kehr, Wiechemann, H. Strauss, opinam que a pancreatite crónica determina simultâneamente lesões dos elementos celulares da secreção externa, assim como do aparelho insular».

O próprio Katsch, em 1928, revendo um material clínico de diabetes, chegou à conclusão de que, em mais de 30 % dos casos, aquela doença podia ser apresentada como um prejuízo consecutivo a doença das vias biliares.

Ainda sobre o caso especial das relações directas da infecção palúdica com o pancreas, Abellán Ayala e Zarco Moya — Rev. Clín. Esp., 125, Janeiro, 1948 — publicaram um caso pessoal em que «parece bastante admissível a proposição de ver no impaludismo um nítido factor etiológico» no aparecimento da pancreopatia sub-aguda, com glicosuria e hiperglicemia transitórias, que descrevem e relembram, a propósito, os trabalhos de *Ross e Daniels. Prione, Flu, Martin, Castellani e Wilmore e Seyfarth,* demonstrativos de que o pancreas é bastante vulnerável ao sezonismo, a tal ponto que o último dos autores citados considera as pancreopatias palúdicas de uma frequência maior do que aquela que se julga.

Vê-se pelas opiniões transcritas que as relações de causalidade entre as pancreatites parenquimatosas, agudas ou crónicas, com uma hepato-colecistopatia pretérita, são universalmente admitidas. Já as relações das pancreatites parenquimatosas com a *diabetes mellitus,* são postas em dúvida por alguns autores, embora a grande maioria as aceite e uma maioria ainda mais considerável as julgue causa agravante. Como conclusão, citamos de Katsch e Brinck — loc. cit. — as palavras com que terminam o seu estudo etiopatogénico da diabetes secundária, fecho este que tem um valor irrefutável:

«Em apoio da significação diabetogénica das perturbações pancreáticas, ainda que fugazes, vem o facto bem conhecido de que nos diabéticos se agrava patentemente a situação metabólica nas doenças infecciosas, e, com frequência, também continua pior depois da infecção curar... parece-nos muito natural que para explicá-lo se recorra também à pancreatíte parenquimatosa das infecções cuja

existência está demonstrada. Em resumo. se uma lesão pancreática adquirida pode agravar a diabetes, também cabe supor que possa intervir notàvelmente na sua produção».

II — Resumo da vida patológica do falecido no respeitante à dualidade «impaludismo-diabetes»

Pelo estudo da documentação que constitue o processo em causa, verifica-se que:

a) — O falecido contraiu em campanha, em Moçambique, em fins de 1916, o «impaludismo»;

b) — Em 1920 e em 1926, foi presente à J. H. I. de Coimbra, que concedeu 45 e 50 dias de licença para se tratar, respectivamente, por: «sífilis e astenia geral», da primeira vez e «astenia geral», da segunda;

c) — Em 16 de Outubro de 1939, foi presente à mesma Junta que lhe concedeu 60 dias de licença para se tratar, por «pericolecistite»;

d) — Em 6 de Novembro de 1940. novamente mobilizado e em Angola, baixou à enfermaria do B. I. 74, de que fazia parte, tendo tido alta em 18 de Dezembro seguinte e tendo sido tratado de «calculose hepática»;

e) — Em 23 de de Janeiro de 1941, voltou a baixar à mesma enfermaria, tendo tido alta em 12 de Abril seguinte e tendo sido tratado de «cólica hepática, paludismo crónico»;

f) — Em 22 de Abril de 1941, foi presente à Junta Central de Saúde de Angola, tendo-lhe sido concedidos 30 dias de licença para observação e tratamento por: «hepatite palustre»;

g) — Em 11 de Junho de 1941, a mesma junta anterior, concedeu-lhe mais 15 dias de licença por «colite»;

h) — Logo após o seu regresso à Metrópole, em 13 de Janeiro de 1942, foi tratado de várias crises de «impaludismo crónico»;

i) — Em 23 de Março de 1942, foi julgado «incapaz do serviço activo» pela J. H. M. R. 2, por várias causas, entre elas a «diabetes»;

j) — Em 7 de Julho de 1942, faleceu de «diabetes e síncope cardíaca».

III — Cotejo da etiopatogénia da «diabetes mellitus humana secundaria» com a vida patológica do falecido

Da revisão etiopatogénica feita na primeira parte deste parecer, podemos estabelecer as seguintes conclusões:

1.ª — O impaludismo é susceptível de determinar lesões pancreáticas parenquimatosas;

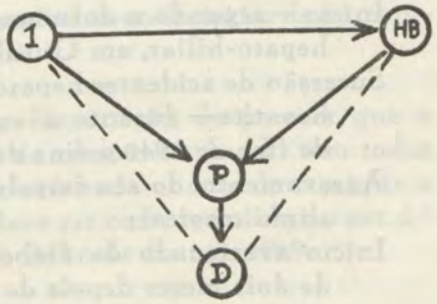
2.ª — O impaludismo é susceptível de determinar lesões hepato-biliares;

3.ª — As afecções hepato-biliares são susceptíveis de determinar lesões pancreáticas parenquimatosas;

4.ª — As pancreatites parenquimatosas são susceptíveis de determinar lesões diabéticas;

das quais, as três primeiras não oferecem discussão, e a quarta, embora negada por alguns autores, é admitida por uma maioria esmagadora.

Podemos representar geomètricamente as interrelações contidas nas conclusões anteriores por um triângulo isósceles, cujos ângulos adjacentes à base tenham os vértices ocupados, um, pelo «Impaludismo», o outro, pelas «Afecções hepato-biliares»; cujo vértice seja ocupado pela «Pancreatite» e cujo ortocentro, o seja pela «Diabetes», invertendo-lhe a base para evidenciação cronológica.



Neste esquema as três primeiras conclusões correspondem às relações pròpriamente triangulares, sempre contínuas, fechadas e situadas sobre o triângulo, seja qual for a forma deste. A quarta conclusão está representada pelas relações do triângulo com o seu ortocentro, variáveis conforme o ângulo limitado pelos lados iguais: se o ângulo for obtusangulo, como no caso acima, o ortocentro será exterior e corresponderá ao que podemos chamar «forma pura ou completa» da etiopatogénia da diabetes secundária, em

que a sucessão triangular se verificou e foi diagnosticada, tendo a diabetes aparecido posteriormente, isto é, «fora ou depois do tempo triangular»; se o ângulo for rectângulo, o ortocentro coincidirá com o vértice, a diabetes aparecerá sobreposta ao «tempo triangular», ou, mais exactamente: «ao fim do tempo triangular», e a forma será «impura ou incompleta»; se o ângulo fôr acutângulo, o ortocentro será interior, a diabetes terá aparecido «dentro ou antes do tempo triangular», antes da pancreatite e da afecção hepato-biliar, correspondendo à que poderemos chamar «forma duvidosa, ou incerta, ou insubsistente» da etiopatogénia da diabetes secundária ao impaludismo, ou aos processos infecciosos, duma maneira geral. Se, para uma mesma altura do triângulo, fizemos variar as dimensões da base em função directa do tempo de infecção, quanto maior for este tempo, maiores serão os lados da incidência da infecção sobre o fígado e sobre o pancreas, e do fígado sobre o pancreas; maiores probabilidades tem, também, o ortocentro de ser exterior, isto é, de aparecer uma «forma pura».

A vida patológica do falecido, enquadra de uma maneira impressionante no esquema anterior, embora na forma que chamamos «incompleta»:

Impaludismo crónico adquirido em 1916;
Início — segundo a documentação do processo — do polo hepato-biliar, em Outubro de 1939;
Sucessão de acidentes hepato-biliares — calculose, cólica, heoatite — durante a sua permanência em Angola, de fins de 1940 a fins de 1941, coincidindo com
Agravamento do seu impaludismo crónico ao voltar ao clima tropical;
Início averiguado da diabetes em março de 1948, cerca de dois meses depois de ter regressado à Metrópole, e coincidindo certamente com
Novo agravamento do seu impaludismo crónico ao sair do clima tropical, como tantas vezes sucede.

E, se pensarmos que os acidentes patológicos rotulados de «astenia», citados na alínea *b)* da 2.ª parte deste parecer, tenham sido a expressão de uma «malaria sub-clinica (Fer-

riman)», e que a «colite» referida na alínea *g)* da mesma parte, tenha correspondido antes ao «sindroma entero-vesicular de Desgeorges», podemos considerar o encadeamento patológico como quase perfeito, pois a falta, no caso presente, ou noutro qualquer semelhante, de um diagnóstico correspondente ao vértice do triângulo, não tem significação de maior, visto que a pancreatitc parenquimatosa crónica, naturalmente insidiosa, que deve ter existido e lá deveria ser colocada, viveu, ou sem expressão clínica própria, ou indiagnosticada por carência de meios semiológicos, ou ainda e é o mais verosímil, abafada pela avalanche sintomatológica hepato-biliar contígua.

IV — Relações do acidente terminal com as duas doenças fundamentais em causa

Quer o impaludismo, quer a diabetes, interferem desfavoràvelmente com o miocárdio.

A miocardite pode aparecer como sequela do impaludismo e os estudos electrocardiográficos demonstram que o miocárdio participa do quadro clínico do coma diabético.

O acidente terminal é, portanto, relacionável com ambas as doenças, traduzindo a comparticipação cardíaca delas resultante, tendo sido — segundo parece pela documentação — a única, definitiva e irreversível manifestação dessa comparticipação.

Nestas condições, é esta Repartição de parecer que a doença adquirida em serviço de campanha por F. tem todas as probabilidades de estar relacionada com a doença que o vitimou, pelo que julga que deve ser compreendida no art. 2.º e s/ alínea *a)*, do Dec. 17.335, de 10 de Set. de 1929.

III Parecer

Sobre o processo de pensão de preço de sangue respeitante a M. E. V. C.

I — *Informação:* A informação foi colhida pelo estudo da documentação constitutiva do processo e dela consta, na parte que interessa à elaboração do parecer solicitado, que F.:

a) — Adoeceu em 5 de Agosto de 1947 com «angina» — atestado dos médicos civis assistentes — estado este de doença que foi do conhecimento do médico-militar que presta serviço na unidade a que pertencia.

b) — Partiu no dia 1 de Setembro de 1947 para Lisboa, em diligência.

c) — Se apresentou na sua unidade, finda a diligencia referida, em 8 de Setembro de 1947;

d) — Logo após se ter apresentado, se queixou de dôres renais e lhe foi encontrada albuminúria, sinais de afecção diagnosticada de «nefrite» pelos seus médicos assistentes;

e) — Entrou de licença nos termos do art.º 109.º do R. D. M., por trinta dias, em 17 de Setembro de 1947;

f) — Se apresentou da licença, em Outubro de 1947;

g) — Deu parte de doente no seu domicilio, em 21 de Outubro de 1947;

h) — Faleceu, em 2 de Novembro de 1947, tendo a causa da morte sido «nefrite hipertensiva».

II — *Quesito:* Pretende-se saber se a doença que vitimou F. está compreendida no corpo do art.º 2.º do Decreto n.º 17.335, de 10 de Setembro de 1929.

III — *Discussão:* A petição da presente pensão de preço de sangue é baseada no relacionamento da doença que vitimou F. com a diligência referida nas alíneas *b)* e *c)* da informação deste parecer, tendo em consideração as alíneas *a)* e *d)* da mesma Informação, isto é, o traumatismo a que aquele oficial foi exposto durante as suas deslocações em viatura auto, do Porto a Lisboa e volta, por motivo do serviço para que foi nomeado e desempenhou, e com o processo anginoso sofrido uma semana antes.

De facto as relações de causalidade entre os processos infecciosos e as nefrites são conhecidas e estão estabelecidas desde há muito tempo, como verdades axiomáticas; e, de entre os processos infecciosos susceptiveis de determinarem afecções renais, é atribuida por Volhard, Paessler, e outros, uma importância principal aos fócos amigdalinos. Nas estatísticas de Lichtwitz, por exemplo, — «Clínica de las Enfermedade del Riñon», 3.ª Ed., Barcelona, 1935 — sobre os

factores etiologicos da nefrite aguda, a angina figura em 31 % dos casos e, em 20 % de outros em que não foi possível determinar o ponto de entrada do agente infeccioso, diz aquele autor que «provàvelmente se tratava quase em todos eles de anginas que tinham passado despercebidas».

A nefropatia glomerular é comumente precedida de uma angina febril aguda. Não só os agentes microbianos causais das nefrites são em geral os estreptococos e o ponto de penetração destes no organismo se situa, na maior parte das vezes, ao nível das amigdalas, como também a importância que tem o fóco anginoso na produção e evolução das nefrites é demonstrada pela influência favorável que a amigdalectomia exerce no curso da doença renal, influencia esta que foi assinalada, entre outros, por Spreng, Schön, Jung, Brahme, e ainda recentemente revista e confirmada por Maier e Kulm — «Nefrite e infecção focal» (Schweiz. Med. Wochen., 37, 947, 46).

Quanto à influencia do traumatismo, se, sob o aspecto de agente causal directo da glomérulo-nefrite difusa aguda, o podemos descartar, pois essa relação é duvidosa (F. Kock) e Doenecke (— in: Klemperer, «Tratado Completo de Clínica Moderna», IV, Barcelona, 1934 —) escreve: «sempre que se fala de relações entre nefrite e traumatismo, põe-se a dúvida de se não existiria nas amigdalas, ou em outro sitio, uma infecção estreptococica latente, que despertou ao diminuirem as defesas e foi a causa da nefrite aguda», não podemos, contudo, deixar de o considerar sob este outro último aspecto como sendo susceptível de favorecer o envolvimento renal pelo processo infeccioso.

Na realidade, sendo a nefrite aguda um fantasma que baila constantemente no espírito do médico, em presença das infecções amigdalinas e, sobretudo, na decorrência ulterior destas, todas as medidas profilacticas que se têm posto em prática para evitar a perigosa glomerulonefrite difusa aguda post-anginosa, têm falhado mais ou menos ruidosamente, sendo o repouso prolongado no leito aquela que, ainda assim, mais eficaz parece ser para diminuir a frequência de tal complicação.

Ora F., a despeito dos conselhos dos seus médicos assistentes — conforme se lê num dos atestados —, apenas

sete dias passados sobre o início da sua «angina», não deixou de desempenhar a missão de serviço para que foi nomeado, partindo para uma demorada viagem de automóvel — em combóio militar e por consequencia mais fatigante — facto este que, se traduziu a vontade do referido oficial de não deixar de cumprir as suas obrigações militares, traduziu também, e infelizmente no caso presente com resultados fatídicos, a pouca consideração e a notação de afecção banal com que o vulgo classifica os processos infecciosos amigdalinos comuns.

Isto é, em plena convalescença de uma angina aguda, não cabe dúvida admitir que a diligencia que F. desempenhou, contribuiu em grande escala, para a causa da morte, favorecendo o surto renal para o *exitus lethalis*.

E se, como se diz num dos atestados médicos antes citados, F. apresentou os primeiros sintomas da doença que o sacrificou, logo após o seu regresso da diligencia, aquele arranque foi ainda acelerado, ou por inconsciência própria, ou por pessoal anteposição do serviço, ou por autoridade clínica insuficientemente exercida, ou por todas, visto que desde o seu regresso de diligencia até à sua morte, aquele continuou ainda ao serviço até ao dia 17 de Setembro de 1947 e voltou ainda ao serviço de 17 a 21 de Outubro do mesmo ano.

Pelo que diz respeito ao corpo do artigo 2.º do Dec. n.º 17335, de 10 de Set. 1929, dizendo o seu texto «tem direito à pensão de preço de sangue a família do militar que morrer ao serviço da Nação por acidente ocorrido em ocasião de serviço ou quando a morte resulte de acidente ou doença adquirida em virtude de:» seguindo-se duas alíneas que já não fazem parte do corpo do artigo e tendo sido a causa da morte do F. uma doença e não um acidente, o fundamento da petição, embora clínicamente verdadeiro, não cabe dentro das disposições regulamentares.

IV — *Conclusões:* Da informação e discussão deste parecer, tira esta Repartição as seguintes conclusões:

1.ª — F. adoeceu em 25 de Agosto de 1947 com «angina aguda».

2.ª — Partiu no dia 1 de Set. 47 para Lisboa, em diligencia, comandando um combóio de viaturas auto.

3.ª — Apresentou-se na sua unidade, finda a diligencia, em 8 de Set. 47.

4.ª — Logo após ter terminado a diligencia acima referida apresentou as primeiras queixas da doença que o vitimou: «nefrite hipertensiva».

5.ª — A doença que vitimou F. teve como causa determinante fundamental, a infecção amigdalina iniciada em Agosto de 1947.

6.ª — A eclosão da doença que vitimou F. teve como causa determinante acessória, predisponente ou adjuvante, a diligência desempenhada no cumprimento do seu serviço militar, mas contra a opinião dos seus médicos assistentes.

7.ª — A doença que o vitimou teve como causas agravantes os dois períodos de permanência ao serviço, compreendidos desde a sua apresentação da diligência e a sua entrada de licença, e desde a sua apresentação de licença e a sua última parte de doente, em 21 de Out. 47.

8.ª — A doença que vitimou F., embora tivesse sido doença condicionada e agravada por motivo de serviço, não foi «acidente ocorrido em ocasião de serviço».

9.ª — A diligência desempenhada por F., embora no cumprimento do seu serviço militar, não o foi por motivo de serviço de campanha, nem pelo de manutenção da ordem pública.

Nestas condições, é esta Repartição de parecer que a doença que vitimou F., não está compreendida no corpo do artigo 2.º do Decreto n.º 17.335, de 10 de Setembro de 1929.

IV Parecer

Sobre o processo de pensão de preço de sangue respeitante a R. S. A., F. S. A. e M. S. A.:

I — *Informação:* A informação foi colhida pelo estudo da documentação constitutiva do processo e dela consta que o ex-soldado F.:

a) — foi encorporado no exército em Abril de 1917;

b) — baixou ao Hospital Militar do Porto em Junho de 1917, tendo sido tratado de «blenorragia»;

c) — embarcou para França, fazendo parte do C. E. P., em 12 de Setembro de 1917, ali tendo desembarcado em 15 do mesmo mês e ano;

d) — baixou à Ambulância n.º 4, em 30 de Novembro de 1917, com «blenorragia»;

e) — durante o internamento anterior apresentou queixas respiratórias, confirmadas pelo exame clínico;

f) — teve alta da Ambulância 4, por transferência, em Janeiro de 1918 e, após passagem pelo 39.º Stationary Hospital, deu entrada no Hospital Base 2 em Fevereiro de 1918 ainda por «blenorragia»;

g) — teve alta do H. B. 2 em Maio de 1918, com convalescença, sofrendo de «corrimento uretral crónico rebelde ao tratamento»;

h) — seguiu, em 26 de Maio de 1918, para o P. E., a fim de ser evacuado para Portugal;

i) — embarcou para Portugal em 26 de Julho de 1918, referindo a sua guia de marcha, como doença determinante do repatriamento: «T. P. I.», isto é «tuberculose pulmonar incipiente»;

j) — foi presente à J. H. I. do H. M. do Porto, em Setembro de 1920, tendo sido julgado «incapaz de todo o serviço, não podendo adquirir os meios de subsistência» por «falta de robustez»;

l) — voltou a ser presente à mesma Junta em 23 de Março de 1926, tendo sido julgado «incapaz de todo o serviço, podendo angariar os meios de subsistência pelo seu trabalho», e ainda por «falta de robustez»;

m) — foi tratado durante alguns anos de «tuberculose pulmonar»;

n) — faleceu em 14 de Outubro de 1947, tendo sido a causa da sua morte «tuberculose pulmonar»;

II — *Quesito:* Pretende-se saber se a doença que vitimou F. está compreendida no Art. 2.º e sua alínea *a)*, do Decreto n.º 17.335, de 10 de Setembro de 1929.

III — *Discussão:* A petição da presente pensão de preço de sangue é baseada no relacionamento da doença que viti-

mou F. com a verba que motivou a sua incapacidade para o serviço militar, e desta com o serviço de campanha prestado em França, pelo mesmo, durante a guerra de 1914-18.

Consta da informação deste parecer, que F. apresentou queixas respiratórias em 8 de Janeiro de 1918, durante o seu internamento na Ambulância 4, por enfermidade do fôro venéreo — alíneas *d)*, *e)* e *f)*. Essas queixas, conforme se verifica pela leitura do boletim clínico correspondente, foram de carácter transitório, mas confirmadas pelo exame objectivo que revelou sinais estetacústicos atribuídos, então, a broncopatia.

Mas consta também, e sobretudo, que F. foi evacuado para Portugal por «tuberculose pulmonar incipiente». É certo que esta verba se encontra apenas registada na guia de marcha da repatriação, pois não há no processo qualquer documento médico correspondente ao tempo decorrido entre a data em que teve alta do H. B. 2 — 26 de Maio de 1918 — e a data em que aquela guia foi passada — 21 de Julho de 1918 —, ou anterior que se lhe refira. O próprio Boletim Individual do C. E. P. também não menciona, no atinente à omissão anterior, qualquer ocorrência que a esclareça. E, no entanto, a verba patológica citada não poderia ter surgido sem nova baixa a qualquer formação sanitária, ou, pelo menos, sem apresentação a uma junta médico-militar autorizada.

Esta omissão documental não é, todavia, suficiente para invalidar a verba determinante do repatriamento, porque o ex-soldado F., ao ser presente, em 11 de Outubro de 1920, à J. H. I. do H. M. Porto, foi não só julgado «incapaz de todo o serviço» por «falta de robustez», mas também considerado como «não podendo adquirir os meios de subsistência». Ora, esta inaptidão para o trabalho, marchetada sobre uma simples «falta de robustez», sem a coexistência de deformação física suficiente ou necessàriamente inibitiva, só pode, verosìmilmente, explicar-se à luz do diagnóstico pretérito, o qual se corporiza e surge, desta forma, *de jure et facto*, como tendo tido uma existência real, autorizada, e a indispensável correspondência patológica e orgânica, isto é, ao ser julgado incapaz por «falta de robustez», em 11 de Outubro de 1920, o ex-soldado F. não sofria uma T. P. contemporânea, mas

sofrera uma T. P. anterior que se estabilizara a ponto de, não permitindo um diagnóstico de actualidade, exigir, contudo, um julgamento de inaptidão para o trabalho enxertado sobre uma «falta de robustez».

A confirmação de que o processo pulmonar específico se estabilizara, é-nos dada pela decisão da J. H. I. do H. M. Porto à qual o ex-soldado F. foi presente (Maio de 1926). Persistia o antecedente patológico sombrio, que impunha juízo de incapacidade para o serviço através de uma verba de «falta de robustez», mas a estabilização lesional a 6 ou mais anos de distância, e até, talvez, um certo grau de regressão residual, desqualificava qualquer outro. Consequentemente, o ex-soldado F. foi julgado «incapaz de todo o serviço militar, podendo angariar os meios de subsistência pelo seu trabalho».

E que F. tenha falecido, ao cabo de vinte e tal anos sobre a última junta a que foi presente, por T. P., não é motivo de pasmo, nem de contradição. Foi simplesmente a marcha girostática da T. P. para a morte, uma vez desencadeado o alvor reinfectivo da tísica pulmonar: os degraus podem suceder-se com patamares de espera mais ou menos longos, mas a descida para o túmulo é, em geral, inexorável e firme.

O todo é único e a radicação da causa da morte na verba patológica que motivou o seu repatriamento em 1918, e naquelas de que resultou a sua incapacidade para o serviço em 1920 e 1926, tem um fundamento clínico evidente e substancializado.

Cabe, porém, apurar até que ponto o serviço de campanha poderia ter influído na eclosão da reinfecção tuberculosa que lhe foi coetânea, isto é, saber se os factores que condicionaram o estado de doença tísica incipiente foram preferente ou exclusivamente provenientes do serviço, ou se procederam antes de uma conduta desregrada estranha ao mesmo.

A conjugação num ou noutro sentido é difícil, por falta de dados elucidativos, e o seu valor é apenas conjectural.

No entanto, o facto de F. ter apresentado as primeiras queixas respiratórias — únicas registadas —, em pleno período de internamento por doença venérea contraída ainda

em Portugal antes de ser mobilizado, bridão até certo ponto impeditivo dos desregramentos sexuais que, naquela idade e ambiente, mais seriam de considerar como predisponentes à pulmopatia específica, leva à suposição da prevalência dos factores de origem militar na eclosão daquela. Na realidade, dada a marcha extraordinàriamente tórpida que caracterizou a T. P. de que veiu a falecer F., é clìnicamente admissível que aquelas queixas, por fugazes que tenham sido, correspondessem ao seu arranque evolutivo, a breve trecho silenciado não só pelo regime de internamento a que continuou submetido ainda por cerca de 4 meses e meio, como também, e sobretudo, pela própria evolução da forma anatomo-clínica da sua T. P., necessàriamente cirrótica *ab-initio*.

A substancialização estende-se portanto, muito presumìvelmente, ao serviço de campanha, embora as próprias circunstâncias que a constituem permaneçam ignoradas.

Quanto ao seu relacionamento com o art. 2.° e sua alínea *a)*, do Dec. 17.335 de 10 de Setembro de 1929, cabe dentro da respectiva doutrina.

IV — *Conclusões:* Da informação e discussão deste parecer, tira esta Repartição as seguintes conclusões:

1.ª — O ex-soldado F. fez parte do C. E. P., em França.

2.ª — Embarcou para França em Setembro de 1917.

3.ª — Desembarcou em França em Setembro de 1917.

4.ª — Baixou à Ambulância n.° 4 em Novembro de 1917, sofrendo de «blenorragia».

5.ª — Teve alta da Ambulância 4, por transferência, em Janeiro de 1918.

6.ª — Durante o internamento anterior, apresentou queixas do aparelho respiratório.

7.ª — As queixas respiratórias anteriores foram confirmadas pelo exame clínico objectivo.

8.ª — Tais queixas devem ter correspondido, muito presumìvelmente, ao início de uma tuberculose pulmonar de reinfecção.

9.ª — O soldado F. foi evacuado para Portugal em Julho de 1918, por «tuberculose pulmonar incipiente».

10.ª — O ex-soldado F. foi julgado, pela J. H. I. do H. M. Porto, em sua sessão de 11 de Outubro de 1920, «in-

capaz de todo o serviço, não podendo adquirir os meios de subsistência», por «falta de robustez».

11.ª — O ex-soldado F. foi julgado, pela J. H. I. do H. M. Porto, em sua sessão de 23 de Março de 1926, «incapaz de todo o serviço, podendo angariar os meios de subsistência pelo seu trabalho», por «falta de robustez».

12.ª — O ex-soldado F. faleceu em 14 de Outubro de 1947, tendo sido a causa da morte a «tuberculose pulmonar».

13.ª — A causa da morte do ex-soldado F. está relacionada com a doença que motivou o seu repatriamento, do C. E. P., em 26 de Julho de 1918.

14.ª — A causa da morte está relacionada com as verbas patológicas que determinaram a sua incapacidade para o serviço.

15.ª — A doença que motivou o repatriamento de F. foi, muito presumìvelmente, *adquirida em serviço de campanha.*

Nestas condições, é esta Repartição de parecer que a causa da morte de F. deve ser compreendida no artigo 2.º e sua alínea *a)* do Decreto n.º 17.335, de 10 de Setembro de 1929.

V Parecer

Sobre o processo de pensão de preço de sangue respeitante a M. A. S. L. E. e M. H. L. E.

I — *Informação:* A informação foi colhida pelo estudo da documentação — os quais foram numerados, por ordem cronológica, de 1 a 6 —, constitutiva do processo e dos seis atestados médicos ùltimamente apensos, e dela consta, na parte que interessa à elaboração do parecer solicitado, que F.:

A) — baixou ao H. M. de Belém, em Novembro de 1915, tendo tido alta em meado do mesmo mês, com 15 dias de convalescença e tendo sido tratado de «gripe»;

B) — baixou ao H. M. de Lisboa, em Dezembro de 1915, tendo tido alta em 16 do mesmo mês, com 6 dias de convalescença, e tendo sido tratado de «reumatismo»;

C) — baixou ao H. M. de Lisboa, em Dezembro de 1915, tendo tido alta em 31 do mesmo mês e tendo sido tratado de «anemia»;

D) — embarcou para França, fazendo parte do C. E. P., em 19 de Janeiro de 1917;

E) — baixou ao H. Base 2, em 10 de Junho de 1918, tendo sido tratado de «astenia» e sido proposto para ser presente à respectiva Junta;

F) — foi presente à Junta do H. Base 2, em 19 de Junho de 1918, tendo-lhe sido concedidos 60 dias de licença para «convalescença em ares pátrios», por «astenia»;

G) — foi evacuado para o P. E. a fim de seguir para Portugal, em consequencia da decisão anterior, em Julho de 1918;

H) — embarcou para Portugal em Outubro de 1918;

I) — desembarcou em Lisboa, vindo de França, em 15 de Outubro de 1918;

J) — foi considerado repatriado em 10 de Dezembro de 1918, sem ter voltado a França;

L) — deu parte de doente no domicílio, por sete vezes, de 31 de Dezembro de 1921 a 21 de Julho de 1925, por causas não descriminadas nos documentos respectivos;

M) — baixou ao H. M. de Lisboa, em Agosto de 1925, e, depois de observado clínica, radiológica e laboratorialmente, foi mandado apresentar à Junta por «hernia inguino-escrotal dupla»;

N) — foi presente à J. H. I. do H. M. de Lisboa, em 31 de Agosto de 1925, tendo sido julgado «incapaz do serviço activo» por «hernia inguino-escrotal dupla»;

O) — antes da baixa referida na alínea *M)*, apresentou dois atestados médicos, declarando-se num deles que fôra tratado de «anemia» em Fevereiro de 1924, e no outro, datado de 9 de Julho de 1925, que «sofria de astenia geral e cardíaca, bem como de dispepsia gastro-intestinal, doenças que devem ter sido adquiridas umas e agravadas outras, pelo serviço de campanha do C. E. P., em França»;

P) — faleceu em 5 de Outubro de 1947, constando da certidão de óbito que a causa da morte foi «insuficiência cardíaca, consecutiva a bronquite adquirida por gases apanhados em campanha»;

Q) — pelos atestados médicos últimamente apensos ao processo, foi:

a) — tratado em 1919 «de uma insuficiência cardíaca, consecutiva a bronquite adquirida por gases em campanha» — atestado n.º 1 de 6 de Maio de 1948;

b) — tratado durante os anos de 1920 e 1921 «de uma bronquite, adquirida por gases em campanha. Padecia além disso de uma insuficiência cardíaca da mesma origem» — atestado n.º 2, de 8 de Maio de 1948;

c) — «reformado por doenças agravadas em serviço de campanha e outras adquiridas», e faleceu «por broncopneumonia crónica consecutiva a várias crises agudas provocadas por gases agressivos da zona de guerra, de que o tratei várias vezes e ainda por ataques do seu coração de que resultou uma grave lesão cardíaca» — atestado n.º 3, de 10 de Maio de 1948;

d) — tratado durante mais de 15 anos «de uma bronquite crónica e insuficiência cardíaca, tendo tido imensas crises. Esta bronquite foi adquirida em campanha em consequencia de ter sido atingido por gases de combate» — atestado n.º 4, de 12 de Maio de 1948;

e) — tratado «em 1927 e 1928. Sofria este sargento de perturbações cardíacas que me pareceram consequência dos gases de guerra e por esta razão terem sido adquiridos em campanha» — atestado n.º 5, de 15 de Maio de 1948;

f) — tratado várias vezes, em 1930 e 1931 «apresentando sintomas de insuficiência cardíaca e bronquite crónica; depois de várias crises de bronquite asmatiforme cheguei à conclusão que se tratava de bronquite crónica proveniente de gases de guerra» — atestado n.º 6, de 17 de Maio de 1948.

II — *Quesito:* Pretende-se saber se a doença que vitimou o 1.º Sargento reformado F. está compreendida no Art.º 2.º e sua alínea *a)*, do Decreto n.º 17.335, de 10 de Setembro de 1929.

III — *Discussão:* A petição da presente pensão de preço de sangue é baseada no relacionamento da doença que vitimou F. — insuficiência cardíaca —, com o serviço de campa-

nha desempenhado pelo mesmo, em França, durante a guerra de 1914/18, através de uma «bronquite adquirida por gases apanhados em campanha» — certidão de óbito.

Especulativamente, a petição tem fundamento clínico, porquanto os agressivos químicos de guerra (ag. q. g.) são susceptiveis de determinar sequelas respiratórias, quer das vias aéreas superiores, quer das profundas e do próprio pulmão. As últimas, apanágio dos ag. q. g. que constituem o grupo dos *tóxicos locais caustícos* — sufocantes e vesicantes —, podem ir desde as simples bronquites recidivantes, ao sindroma pseudo-tuberculoso e à esclerose pulmonar, passando pela bronquite crónica, pelo enfisema pulmonar, pelas bronquiectasias, que, ou como formas de trânsito, ou como formas conjugadas, alvejam o *cor pulmonale* e a insuficiência cardíaca terminal. Na prática civil ou na prática castrense, a evolução é igual: instalada a broncopatia, seja ela devida aos ag. q. g. ou não, estão lançadas as pedras das nervuras que, diversamente imbricadas e revesadas, conduzem da nascença ao fecho da abóbada cuja flecha, por variável que seja o vão, é sempre a mesma: o regresso ao nada; estão lançados os artesões da morte.

Porém, no caso do 1.º sargento reformado F. o fundamento clínico não está substancializado.

De facto, o ferimento por ag. q. g. não consta, nem está averbado, em qualquer documento, médico ou outro, de origem militar, que lhe diga respeito; e, se é certo que se pode admitir, em principio, que todos os indivíduos que estiveram na frente durante os dois últimos anos da guerra de 14/18, foram mais ou menos atingidos por aqueles ag., não é menos certo que, na grande maioria dos casos, a intoxicação foi constituida apenas por «ataques leves que não deixaram qualquer sequela» (Izard, des Cilleuls e Kermarrec, «La guerre aéro-chimique et les populations civiles», Paris, 1933). Estes mesmos autores afirmam, a propósito das sequelas bronco-pulmonares, que os indivíduos «que apresentam actualmente acidentes *sofreram todos* (os comemorativos o provam) *uma intoxicação séria*» — loc. cit., sendo o sublinhado nosso. Em relação com as sequelas provenientes dos vesicantes, as mais frequentes que se verificaram, Héderer e Istin («L'arme chimique et ses blessures»,

Paris, 1935) escrevem: «é raro que uma iperitação média do aparelho respiratório evolua sem complicações locais de ordem asfíxica, ou, muito mais vezes de natureza infecciosa». Isto é, os ataques por ag. q. g. capazes de determinarem sequelas broncopulmonares permanentes e dignas de registo, têm de revestir uma intensidade tal, que impõem uma hospitalização imediata e uma inerente incapacidade temporária dos agredidos.

Ora, no processo do 1.º sargento reformado F. não só não consta a necessária baixa a que tal ataque deveria obrigar, como também, quer na anamése, quer no relato evolutivo ulterior (do boletim clínico correspondente à baixa referida na alínea *E)* da informação deste parecer) nada se diz a este respeito. Quere dizer, aquele sargento, ao baixar pela primeira, e única vez, a uma formação hospitalar de campanha, não se queixou de ter sofrido qualquer ataque por ag. q. g.; queixou-se apenas de uma certa adinamia e de algias dorsais, e foi mandado apresentar à Junta respectiva por «astenia»; e, tendo-lhe sido concedidos «60 dias de licença para convalescer em ares pátrios», foi evacuado para Portugal, não tendo voltado a França. Nada consta também, sobre o assunto, no respectivo Boletim Individual do C. E. P.

Por outro lado, as sequelas broncopulmonares resultantes dos ataques por ag. q. g., são extraordinàriamente precoces, pois já em 1915, a poucos meses das primeiras ofensivas em que aqueles foram empregados, elas foram assinaladas por Sergent e Agnel, sob a forma de bronquite e enfisema — cit. de: Lustig, «Effectos de los gases de guerra», Trad. Esp., Madrid, 1935. Também Joltrain — cit. de Lustig, loc. cit. —, entre as sequelas da iperite, que foi empregada pela primeira vez em 11 de Julho de 1917, descreve já neste mesmo ano: o enfisema pulmonar, as crises asmáticas e as bronquiectasias. A 4 e meio e 6 anos de distância, estas sequelas estão plenamente constituidas. traduzindo-se por sinais clínicos difíceis de ignorar e por perturbações funcionais evidentes. E, no entanto, a mais de sete anos de distância do seu serviço de campanha, o 1.º sargento F., foi julgado «incapaz do serviço activo» e reformado, por «hernia inguino-escrotal dupla».

Este julgamento de incapacidade foi imediatamente precedido:

a) — da apresentação dos atestados referidos na alínea *O)* da informação deste parecer;

b) — da parte de doente no domicilio, em 25 de Julho de 1925;

c) — da baixa ao H. M. Lisboa, em 2 de Agosto de 1925.

E, apesar de no atestado datado de 9 de Julho de 1925 se procurar relacionar quaisquer padecimentos então relatados pelo 1.º sargento F., com o serviço de campanha, através de uma vaga «astenia geral e cardíaca» e de uma «dispepsia gastro-intestinal», a observação a que o mesmo sargento foi submetido no H. M. de Lisboa, nada mais lhe encontrou, susceptivel de determinar a sua incapacidade para o serviço, do que uma real, mas simples «hernia inguino-escrotal dupla» (1). E a Junta a que seguidamente foi presente, nada mais fez do que corroborar o resultado da observação hospitalar, descartando toda a tentativa de relacionamento com o serviço, de quaisquer queixas apresentadas por F., descartando, mesmo, qualquer outro estado de doença digno de consideração, além da «hernia inguino-escrotal dupla».

Quer dizer, ao terminar a vida militar do interessado não lhe foi reconhecida a existência de qualquer moléstia relacionavel com o serviço, o que, aliado aos antecedentes expostos e discutidos, adquire um significado iniludivel.

A tentativa de relacionamento reaparece quando termina a vida do 1.º sargento reformado F., agora, através de um indemonstrado, e indemonstrável, ferimento por ag. q. g.

Este ferimento, não só ausente, mas sobretudo repudiado por toda a documentação militar, nasce numa certidão de óbito e vive nos seis atestados médicos últimamente apensos ao processo e parcialmente transcritos nas alíneas *a)* e seguintes, da alínea *Q)* da informação deste parecer. Esclareçamos desde já que o atestado n.º 4 — alínea *d)* — foi passado pelo mesmo médico que redigiu a certidão de óbito, sendo portanto uma duplicação que não reforça o valor daquela. Esta certidão de óbito e atestados, muito embora passados por entidades que, à face da lei, têm de ser reputa-

das competentes, a verdade é que, no caso presente, carecem de qualificação militarmente aceitável.

Se esta Repartição, de posse de toda a documentação referente ao 1.º sargento reformado F., não consegue descobrir, no passado daquele sargento, a existência de qualquer ferimento por agressivos químicos;

se, e muito pelo contrário, aquela documentação lhe impõe antes a negação absoluta de tal ferimento;

onde é que os autores dos atestados anteriores foram buscar o conhecimento de causa que os autoriza a subscreverem a existência desse ferimento?

Ter-lhes-ia sido facultada qualquer prova documental não produzida no processo? Não é crível, por absurdo.

Porque a sequela broncopulmonar resultante dos ferimentos por ag. q. g., ou a insuficiência cardíaca consecutiva, têm características sintomáticas ou evolutivas pessoais, patognomónicas? É o que parece dever deduzir-se do texto do atestado n.º 6, no qual o médico declara que, «chegou à conclusão de que se tratava de bronquite crónica proveniente de gases de guerra», quando em 1930-31 prestou assistência ao 1.º sargento reformado F., isto é, a doze anos de distância da pretensa agressão. Mas, chegou à conclusão, como? Se, passado o período inicial, imediato à agressão, a broncopneumopatia sequela não tem marcha própria, nem sintomatologia patognomónica, como foi possível chegar a tal conclusão? Na falta de dados semióticos especiais e de provas documentais autorizadas atinentes, tal conclusão não tem fundamento clínico, nem valor jurídico. E o mesmo, pelo que se refere aos restantes atestados.

Se o atestado n.º 4 é uma duplicação da certidão de óbito, também o atestado n.º 3 e o de 9 de Julho de 1925 foram passados pelo mesmo médico. Neste atestado de 9 de Julho de 1925, malogrado nas condições já descritas, o relacionamento das queixas do 1.º sargento reformado F. foi feito, abstractamente, com o serviço de campanha em geral, e, só cerca de 23 anos depois, o mesmo médico, no atestado n.º 3, acha oportuno concretizar a relacionação, atribuindo-a a «gases agressivos da zona de guerra». Diz-se também, neste atestado, que o 1.º sargento F. «foi reformado por doenças agravadas em serviço de campanha e outras

adquiridas», o que é manifestamente menos verdadeiro, visto que o foi por «hérnia inguino-escrotal dupla», sem qualquer relação com o serviço. E como na última parte deste atestado não se esclarece a natureza dos «ataques do seu coração», nem da «grave lesão cardíaca» deles resultante, a etiologia daqueles, prestando-se a dúvidas dada a redacção imprecisa, pode supor-se que, para a morte de F., contribuiu uma agressão química directa cardíaca. Sem sabermos que entender por «ataques» e por «grave lesão», visto o significado altamente indefinido destes termos, uma coisa é certa: as lesões orgânicas cardíacas directamente provocadas pelos ag. q. g. são negadas por todos os autores — Clerc e Ramond, Piéry, Heitz. Se bem que, como sequela imediata e transitória, se pode originar o estado que Clerc e Ramond denominaram *coração irritável*, por vezes com perturbações funcionais de relevo, mas sem alterações anatómicas, e que Dautrebande («Les gaz toxiques», Paris, 1933) atribui a uma diminuição do tonus nervoso dos centros cardiomoderadores, as sequelas cardíacas tardias são inexistentes. O envolvimento cardíaco é uma consequência da sequela broncopulmonar e não uma sequela cardio-circulatória em si.

Não deixa de ser interessante salientar que o atestado n.º 5 foi passado por um médico-militar, o qual, precaucionadamente, se limita a declarar que as perturbações cardíacas de F. «me pareceram consequência dos gases de guerra», isto é, emite apenas um juízo probabilístico.

De facto, os restantes atestados, sem apoio clínico, nem documental pretérito, e sòmente baseados, certamente, no testemunho pessoal de F. ou dos seus familiares, revelam, com o seu dogmatismo formal, que esta Repartição rejeita, o que poderemos considerar um acto de finalidade humanitária. É este último, porém, um problema estranho ao fôro desta Repartição.

E para terminar, consideremos o facto de que, muito antes de ir para França, em fins de 1915, o 1.º sargento reformado F. baixou sucessivamente ao H. M. Belém e ao H. M. Lisboa por três vezes, tendo sido tratado de «gripe», «reumatismo», «anemia» — alíneas *A)*, *B)* e *C)* da informação deste parecer. O encadeamento das baixas e convalescenças registadas naquelas alíneas, dando um tempo contínuo

de doença de cerca de dois meses, valorizam o diagnóstico correspondente à baixa intermediária, isto é, o reumatismo, em detrimento dos correspondentes às duas outras. Se nos lembrarmos da lei de Beltrán Báguena que diz: «em todo o doente de cardiopatia reumática, o relapso infeccioso é a regra, a não recidiva, a excepção», e que as queixas apresentadas quando do seu internamento no H. Base 2, em França, podem muito bem ter correspondido, com as suas algias discretas e o seu estado de astenia, a uma febre reumática larvada, teremos naquele «reumatismo» de 1915 um sólido pilar sobre que assentar a «insuficiência cardíaca» que vitimou o 1.º sargento reformado Alberto Emiliano, dispensando qualquer recurso a conjecturas de arquitectura suspensa.

IV — *Conclusões:* Da informação e discussão deste parecer tira esta Repartição as seguintes conclusões:

1.ª — O 1.º sarg. ref. F. baixou ao H. M. de Lisboa em 1 de Dezembro de 1915, tendo tido alta em 16 de Dezembro de 1915, com 6 dias de convalescença, e tendo sido tratado de «reumatismo».

2.ª — Esta baixa ao H. M. L. foi seguida de outra ao mesmo hospital, por «astenia» e antecedida de uma outra ao H. M. Belém, por «gripe».

3.ª — É presumível que, em todas as baixas anteriores, tenha estado em causa a doença que determinou a primeira baixa ao H. M. Lisboa, em 1 de Dezembro de 1915, isto é, o «reumatismo».

4.ª — O 1.º sarg. ref. F. fez parte do C. E. P., em França, durante a guerra de 1914-18.

5.ª — Baixou uma única vez às formações hospitalares de campanha, em 10 de Junho de 1918, tendo sido tratado de «astenia».

6.ª — Foi presente à Junta do H. Base 2, a qual lhe concedeu 60 dias de licença para «convalescer em ares pátrios», por «astenia».

7.ª — Em consequência da decisão anterior, foi evacuado para Portugal em 12 de Outubro de 1918.

8.ª — O 1.º sarg. F. foi considerado repatriado em 10 de Dezembro de 1918, sem ter voltado a França.

9.ª — Baixou em 2 de Agosto de 1925 ao H. M. Lisboa e, depois de observado clínica, laboratorial e radiològicamente, foi mandado apresentar à Junta por sofrer de: «hérnia inguino-escrotal dupla».

10.ª — Foi presente à J. H. l. do H. M. Lisboa em 31 de Agosto de 1928, tendo sido julgado «incapaz para o serviço activo» por «hérnia inguino-escrotal dupla», sem relação com o serviço.

11.ª — Faleceu em 5 de Outubro de 1947, tendo sido a causa da morte «insuficiência cardíaca».

12.ª — Não se encontra no processo documentação oficial que prove que F. tivesse sofrido um ferimento por agressivos químicos de guerra; também não se fez, no processo, prova clínica que substituisse essa documentação, nem é possível fazê-la, actualmente.

13.ª — A causa da morte do 1.º sarg. ref. F. — insuficiência cardíaca — teve orígem, muito presumìvelmente, no reumatismo sofrido em Dezembro de 1915.

Nestas condições, é esta Repartição de parecer que a causa da morte do 1.º sarg. ref. F. não está compreendida no art. 2.º e sua alínea *a)* do Decreto n.º 17.335, de 10 de Setembro de 1929.

ESTUDOS MEDICO-MILITARES

MEDICINA AERONÁUTICA

PERTURBAÇÕES FISIOLÓGICAS NO VOO E COMO EVITÁ-LAS

Pelo Tenente-Médico da Base Aérea n.º 2
HENRIQUE MARIA DO CARMO DE SÃO PAYO MELO E CASTRO

VOAR não constitue uma empresa fácil e não isenta de perigos... fisiológicos. São estes que nos propomos discutir e, ao mesmo tempo, encarar os meios que os permitem evitar. As influências nocivas ao piloto são:

A anoxemia, o aero-embolismo, a acção de aceleração, o frio, a vibração e os ruidos, o anseio e a ansiedade.

Tem-se imputado a anoxemia, como o factor mais preponderante de todos os incómodos sentidos no chamado «mal das alturas». Mas, se é de facto preponderante, não é tudo.

O órgão que mais sofre com a anoxémia é o encefalo.

Embora haja sempre que contar com o coeficiente individual, a anoxémia começa a produzir os seus maiores efeitos, segundo alguns, a partir dos 6.000 metros. Quere-me parecer isto exagerado e conveniente será acautelarmo-nos logo após os 4.000.

É evidente que o uso do oxigénio nos permite suportar, ou melhor, dominar os efeitos da anoxémia; mas o oxigénio não é tudo, pois dado que a pressão diminue com a altitude, chegar-se-á a altitudes em que, mesmo com oxigénio puro, o sangue não será saturado com a quantidade necessária de oxigénio por falta de pressão.

À medida que nos elevamos na atmosféra, e no início, o nosso organismo procura adaptar-se à falta de oxigénio por

aumento do volume respiratório, e, assim, as respirações serão mais fundas e mais frequentes por estímulos partidos do seio carotídeo.

Outro acidente a que está exposto o piloto é o aero-embolismo; é função do débito do oxigénio e da pressão.

Diminuindo a pressão com a altitude, o azoto diluído nos diferentes fluidos do corpo humano tende a libertar-se, provocando embolias. Porém, tais efeitos não são vulgares abaixo dos 8.000 metros; se, de facto, o azoto se liberta, as bolhas gasosas são mínimas e incapazes de produzir qualquer perturbação.

Porém, a estas bolhas poder-se-ão juntar bolhas de anidrido carbónico e vapor de água, aumentando assim o seu volume, dando origem a perturbações fisiológicas. Tem-se pretendido dominar o aero-embolismo, procurando libertar o azoto antes do voo na maior quantidade possível, respirando o piloto oxigénio puro uma hora antes do voo; verifica-se que a capacidade do piloto a suportar camadas atmosféricas de pressão reduzida ou de manter-se por largos períodos na altitude é de facto aumentada, porém, há que concordar que não é prático o sistema, principalmente para o piloto militar, que terá que levantar voo de um momento para o outro.

Vejamos agora quais os efeitos da aceleração:

É frequente observar-se que indivíduos debaixo de forma, parados, expostos ao sol e submetidos à acção de «1 G» (força de aceleração), algumas vezes desmaiam; em voo, por vezes submetidos à acção de «3 G» e mesmo «6 G», não será de surpreender que o desmaio se possa dar. Ao sair de um picado, G é por vezes igual a 5 por um período de segundos; na posição sentado, o sangue estagna nas veias situadas abaixo do coração, o cérebro deixa de ser irrigado e o coração contraindo-se «ex-vácuo» (com deficiência de sangue) leva ao desmaio; estas noções foram-nos dadas por cientistas alemães.

Numerosos são os problemas sobre a aceleração que aguardam solução, tais como:

— A selecção de indivíduos resistindo aos efeitos da aceleração;

— A determinação de factores que os tornam mais ou menos resistentes aos efeitos desta;

O treino de indivíduos de modo a resistirem aos seus efeitos.

Procuramos anular os efeitos do frio pelo aumento das combustões; faltando oxigénio nas altitudes e consumindo-se mais por uma maior intensidade das combustões, verifica-se um somatório de efeitos nocivos tendentes a favorecer as condições da anoxémia. O método racional de protecção é o voo em aviões com cabines sob pressão; a compressão do ar mantém este a uma temperatura suficientemente agradável.

A vibração e o ruido são fontes de fadiga que diminuem a resistência do aviador.

O anseio e a ansiedade em geral são causados pelo receio de poder ou não regressar à respectiva base ou da possibilidade de aterragem; se a este factor somarmos os anteriormente mencionados e ainda a emoção de um combate, o integral destes factores levará a uma descarga intensa do sistema nervoso que não se poderá repetir com frequência, sem oportunidades para recuperação, sob pena de esgotamento.

Por último, duas palqvras sob a função visual.

Tem-se escrito muito sobre a cegueira nocturna, relacionando-a com a falta da vitamina A; a prática não tem sancionado a teoria, pois que a administração da vitamina A aos pilotos mais sensíveis à cegueira nocturna nem por isso os melhorava.

É de supor que, de futuro, não será de desprezar este factor na selecção dos pilotos.

Ota, Setembro de 1948.

NOTAS E NOTÍCIAS

ORAÇÃO DO JURAMENTO DE BANDEIRA

(ANO DE 1948)

Encarregado de falar no acto solene do juramento de bandeira, que hoje se realiza para os recrutas do 1.º Grupo de Companhias de Saúde, eu quero dizer, antes de mais, que esse honroso encargo será cumprido com aquele entusiasmo e aquele calor de alma que sempre me animaram nas boas intenções.

Presentes o representante de Sua Ex.ª o Senhor Brigadeiro Comandante Militar de Lisboa, o nosso Inspector, os nossos Comandantes, os Oficiais e os Sargentos que trabalharam aqui na instrução dos recrutas deste ano, presente também quem mais quis honrar-nos no acto solene que vai realizar-se, é no entanto aos soldados que especialmente me dirijo.

A todos cumprimento e falo. Mas é para vós, soldados que me escutais, que vão dedicadas as palavras que se seguem.

Soldados da minha terra!

Soldados de Portugal!

Oiçam-me!

Oiçam as palavras que vos dirijo, saídas de alma em gritos de entusiasmo.

É hoje o dia em que vão jurar bandeira.

Eu sei que sabem o que esse juramento representa.

Ao verem aí, junto de vós, a nossa linda bandeira verde-rubra, eu sei que os vossos corações sentem as suas côres gritando-lhes na alma bem mais alto que as minhas palavras. Na sua linguagem, a um tempo viril, enternecida e doce, é ela, a nossa bandeira, que melhor sabe dizer-lhes o significado de Pátria e de Família.

Não saberei eu explicar-lhes o mistério sublime que a nossa bandeira representa. Eu sei melhor senti-lo que explicá-lo. Mas é meu dever dizer-lhes alguma coisa a esse respeito. E eu vou dizer-lhes.

Soldados da minha terra!

Homens de coração!

Não sei se já alguma vez sentisteis o desconforto do isolamento, longe dos entes queridos a que vos acostumasteis. Refiro-me aos vossos pais, aos irmãos de sangue, à noiva, à esposa, aos filhos e aos amigos. Longe deles, a vida parece correr sem fé, sem alma, sem entusiasmo e sem ternura.

Pois bem, soldados, a nossa bandeira é isso mesmo. A nossa bandeira é isso tudo. Longe da Pátria que ela representa, tudo é nada. Tudo parece ter fugido. É o tal isolamento de que falo, e nos leva a sentir uma mágua imensa, a funda melancolia da saudade.

Símbolo augusto de Pátria e de Família, a bandeira, soldados, é a nossa própria terra, é a terra onde nascemos, e que pela força do nosso grande amor por ela queremos que seja nossa, muito nossa, sempre nossa.

Ela nos ensina a amar a língua que falamos.

Ela nos ensina a amar muito este sol lindo, admirável, que nos aquece.

Ela nos junta a todos no mesmo destino.

Lembrando-nos a todo o momento a terra fértil donde nasce o pão que nos alimenta, é também ela, sempre ela, a nossa bandeira, soldados, o grande penhor e a melhor garantia de podermos continuar a ser quem somos.

E nós somos grandes. Saibam que somos grandes. É preciso que saibam que somos grandes.

Eu quero celebrar, em palavras de enternecido orgulho, a grandeza da nossa terra.

Oiçam. Oiçam bem.

Não é a nossa terra que é grande. Do Minho ao Algarve, de norte a sul, o nosso Portugal é até bem pequenino, se o considerarmos apenas através da sua extensão territorial, neste canto da Europa à beira do oceano.

Mas não é assim que eu quero que o vejam. A sua extensão territorial não nos interessa agora.

Portugal é grande por motivos inteiramente diferentes.

De resto, os nossos domínios são suficientemente extensos e o nosso império colonial suficientemente vasto para termos a certeza de que mesmo em extensão territorial valemos muito.

Mas, volto a dizer-lhes, nada disso nos interessa agora.

As nações, como os homens, não se medem aos palmos nem por outra qualquer medida que não seja a que resulta do seu valor e do seu prestígio. E no nosso caso, no caso do nosso querido Portugal, não nos falta muito valor — valor dos homens, valor da gente portuguesa — e o prestígio, saibam que foi grande, é grande, e vai sendo, soldados, cada vez maior. Escutem soldados!

Portugal é grande porque soube nascer, crescer e viver guiado apenas por si próprio, sem favores alheios.

Possuidor de virtudes raras, independente, cheio de fé, valoroso e nobre, chegou a uma altura em que já não cabia mais dentro de si. Violou os mares, por onde outros nunca haviam passado, e foi até longe espalhar o valor da gente portuguesa. Descobriu terras e semeou cultura. Arrostando perigos imensos, e sem temor da morte, os homens de Portugal souberam vincar longe e em toda a parte o seu nome ilustre e o prestígio da nação que lhes foi berço. E assim escreveram na nossa história as mais lindas páginas da história do mundo.

Eu queria falar-vos de alguns dos grandes e arrojados feitos dos nossos antepassados.

Orgulhar-me-ia de ser eu a contar-vos e a cantar-vos certos episódios de excepcional beleza com que esses homens grandes de Portugal enriqueceram com o melhor oiro da glória a nossa história.

Mas não tenho tempo.

Eu sei que estais ansiosos pelo juramento de fé que ides fazer.

Apenas quero, soldados, que tirem das minhas palavras a lição dos factos, para chegarem comigo, depressa, à conclusão de que Portugal é grande, enorme, duma admirável e refulgente grandeza, porque ele, só por si, sòzinho, numa época em que o mundo estava ainda por descobrir, conseguiu levar a luz do conhecimento prático a muitas terras distantes.

E lá está, para além do imenso Atlântico, esse gigantesco padrão de glória que é o Brasil, a atestar eloquentemente o que vos digo.

Dois portugueses da mais alta envergadura, dois Cabrais, um por mar, no ano de 1500, outro nos nossos tempos, num

frágil avião, em 1922, ambos animados pela fé nos destinos da Pátria, chegaram, com espanto e admiração de toda a gente, a essa parte do continente americano onde, por via de nós, se fala a nossa língua.

Mas há mais, muito mais, soldados!

A admirável epopeia dos portugueses tem fartos motivos para evocação.

A descoberta do Brasil foi apenas um pormenor entre tantos outros feitos gloriosos dos nossos ilustres antepassados.

Evoco esse episódio brilhante da nossa história porque o Brasil, que é hoje um país enorme e uma nação grande, só por si afirma o valor do nosso esforço em benefício do mundo.

E saibam que dele apenas nos separa o oceano, porque a unir-nos está a mesma alma e a mesma fala.

O sangue que corre nas veias de portugueses e brasileiros teve o mesmo coração a empurrá-lo, o coração lusíada, que foi aquele que lá levámos quando Pedro Álvares Cabral o descobriu.

Mas eu tenho que me calar, soldados!

A bandeira aguarda o vosso juramento.

E para irdes fazê-lo, com aquela fé nos nossos destinos e aquele fervoroso entusiasmo sempre presentes na alma grande da gente portuguesa, eu sei que não é preciso levar mais longe o elogio do nosso passado heroico.

A bandeira, soldados, fala por vós. Responde por vós. Tem confiança cega nos soldados de Portugal, na sua enorme dedicação, na sua eterna e nunca desmentida lealdade.

Companheira fiel da nossa espada, a bandeira portuguesa foi testemunha de quantos actos de bravura os nossos homens esbanjaram por esse mundo fora.

E a alma da gente portuguesa, soldados, é sempre a mesma: grande, enorme, sublime!

Não sois vós diferentes.

Quero crer, afirmo, oiçam bem, soldados, eu afirmo que a massa de que sois feitos é a própria alma da Pátria.

Se a Pátria estiver em perigo, nem é preciso que vos chamem. Logo aparecereis, ardendo em fé, prontos à luta e sem temor da morte.

«Cá estou, meu Comandante! Para a frente, sem recuar. Nos campos de batalha darei o meu sangue, darei a vida, pela bandeira, pelos nossos irmãos e pela Pátria.

A vitória, meu Comandante, será nossa.»

E assim com estas palavras eu termino.

E assim, também, com elas, soldados, eu acabo de fazer o vosso elogio e acabo de sintetizar o vosso juramento.

(a) CHAVES DE ALMEIDA
Tenente médico

Secção bibliográfica

Obras oferecidas ou adquiridas para a Biblioteca da D. S. S. M. no ano de 1946

1946

TÍTULO DA OBRA	*AUTOR*
Chirurgie de Guerre. Indications génèrales du traitement des plaies de guerre	*Baillez*
Questiones Medico Cirúgicas	*L. Gironés*
Manuel de L'Infirmier et du Brancardier Militaires	*Publ. do Ministério da Guerra Francês*
The Medical-Surgical aspects of foration . .	*H. G. Andenon*
Divisão de Instrução do Serviço de Saúde . .	*M. G.*
École d'Application du Service de Santé Militaire.	*M. G.*
Le Service de Santè aux Armèes — Ed. 1937 —	*Lieut. cl. médecin Tournier-Lasserve*
Lè Service de Santè Militaire du temps de paix et du temps de guerre	—
Précis d'organisation et de fonctionnement du Service de Santè en temps de guerre . . .	*Par Ch. Spire et P. Lombardy*
Lè Service de Santè Militaire au Grand Q. General Français	*M. G. francês*
Normas Gerais para o Serviço de águas em campanha	*M. G.*
Revue des Troupes Coloniales, n.º 232 . . .	*Publ. francesa*
Archives de Mèdicine et de Pharmacie Militaires — Nov. 1934	*Idem*
Revue du Service de Santè Militaire — Março, 1937	*Idem*
Archives de Mèdicine et de Fharmacie — Set. 1934.	*Idem*
Revue du Service de Santè Militaire — 1936 .	*Idem*
Cours d'Hygiene et de Prophylaxie. . . .	*Idem*
Técnica Quirurgica Moderna	*Dr. Max Thorek*
Patologia Funcional	*José Luiz R. Caudela*
Enfermedades del Higado	*Prot. Dr. Hans Eppinger*
Diagnostico Diferencial de las Enfermedades Internas	*Idem*
Diagnostico de las Enfermedades Quirurgicas .	*Pr. Dr. Rudol Demel*
Tratado de Técnica Operatoria Geral y Especial.	*Kirschner*
Clinica y Terapeutica Quirurgicas de urgencia .	*Alsina*
Tratamento de las fracturas abiertas . . .	*Ehalt*
Tratamento Operatorio de las fracturas y de las sendartrosis del cuello del fémur . . .	*Böhler*
Técnica del Tratamento de las Fracturas . .	*Idem*
Lècciones de Patologia Mèdica	*Gimenez Diaz*
Manual de Patologia Quirurgica	*R. Arguelles*
Fracturas y Heridas articulares por arma de fuégo.	*Idem*

TITULO DA OBRA	AUTOR
Endocrinologia Prática	*Max*
Cirurgia de Guerra	*C. Franz*
Enfermedades del corazon	*Dr. Inácio Chavez*
Medecina Aeronautica	*L. Pescador*
Tratado de Higiene e Epidemiologia	*Palanca*
Ocho Lecciones Clinicas	—
Bioquimica de Anestesia	*Mangrane*
Tratado e Atlas de las Enfermedades de la Piel y Venereas	*Zieler*
Terapeutica e Farmacologia Experimental	*Velazquez*
Química de Guerra	*Blas*
Química de los Venenos	*Idem*
Tratado de Patologia Médica	*Bergmann*
Farmacopeia Portuguesa	*Publ. oficial*
Revista Clínica Espanhola (Ano 1942)	—
Sintomatologia de las enfermedades internas	*Holler-Pfleger*
Leciones de Fisiopatologia y clinica quirurgicas	*Martin-Lages*
Traumatologia de la mano	*Kael Kromo*
Técnica Histológica	*Celestino da Costa*
Clinical Bacteriology	*F. A Knott*
Manual of Determinative Bacteriology	*Beyey*
Parasitologie Humaine	*H. Mandoul*
Técnica de Laboratório	*Kolmer*
Trinta lecciones de Analises Clinicas	*Ibañez*
Grande Enciclopédia Portuguesa e Brazileira — n.os 10, 11, 12 e 13	*Vários autores*
Fracturas y Traumatismos Articulares	*W. Jones*
Oto-rino-laringologia prática	*C. Larroudé*
Schock traumatico	*Pinlachs*
Les mastoidites	*G. Poetmann, J. Dupons, M. Serger*
Clínica das afecções renais	*Max Rosenbug*
Diagnóstico Clínico e Patogénico del Abdomen agudo	*Francisco Diaz Rodriguez*
Tratado de Medicina Interna. Tomo II — Enfermedades de la Sangre	*Bergmann*
Boletins da D. S. Saúde Militar dos anos 1938, a 1941	*Publ. oficial do M. G.*
Idem — Ano de 1942, 1943 e 1944	*Idem*
Idem » » 1945	*Idem*

1947

Questiones Oftalmologicas	*Manuel Marques*
Syndrome Pleural	*J. Skladal*
Tratado de Anestesia	*José Miguel*

TITULO DA OBRA	*AUTOR*
Historia de la Medicina	*Publ. espanhola*
Terapeutica das doenças endocrinas	*Iriarte Peixoto*
Farmacopeia Portuguesa (4.ª Edição)	*Imp. Nacional — Min.º do Interior*
Curso Geral de Química	*Inácio Puig*
Curso de Química Biológica	*W. Denlofen*
Les Opérations et les Formules Pharmacéutiques	*A. Astruc*
As Bases Fisiológicas da Prática Médica	*Charles*
As Bases Farmacológicas da Terapeutica	*Goodeman Guilman*
Formulaire Pratique de Thérapeutique et Fharmacologie	*Lseper Michel*
Guide Formulaire de Thérapeutique	*Herzen*
Notions Pratiques de Pharmacie	*Dufan et Forande*
Traité de Pharmacie Galénique	*Astruc*
Prècis de Pharmacie Galénique	*E. Gerard*
Farmacopeia Portuguesa	*Publ. oficial do M. I.*
Curso de Física, 4.º, 5.º e 6.º anos	*Pereira Forjaz*
Idem, 7.º ano	*Idem*
Liquides Injéctables	*Lesure*
La Fabrication industrielle des comprimés pharmaceutiques	*Maurice Bouvet*
Farmacologia	*E. Poulum*
Botanica Aplicada a la Farmacia	*Gilg-Scheirhoff*
Curso de Botânica	*R. Telles Palhinha*
Idem 3.º, 4.º e 5.º anos	*Pereira Coutinho*
Idem 7.º ano	*Idem*
Curso Elementar de Botânica, 1.º, 2.º e 3.º anos	*Idem*
Atlas de Botânica	*Idem*
XV Congrès International de Mèdicine — organisation du Service de Santè de l'Àvant	*Dr. Manuel Gião*
Polytechnia	*Idem*
O Serviço de Saúde na Campanha do Roussillon	*Idem*
A Escola de Cirurgia de Lisboa e os cirurgiões militares	*Idem*
Algumas notas para a história do corpo de médicos militares	*Idem*
A Peste no Algarve	*Idem*
Notas sobre o Serviço de Saúde Militar na Guerra da Restauração. A terapeutica seiscentista das feridas de guerra	*Idem*
O Serviço de Saúde nas tropas	*Idem*
O Serviço de Saúde nos Hospitais Militares	*Idem*
Cirurgiões-móres do Exército	*Idem*
Imprensa médica — Separata — Jornal dos Facultativos Militares	*Idem*
Alguns aspectos do S. de Saúde Militar	*Idem*

TITULO DA OBRA	*AUTOR*
As aulas de Anatomia e Cirurgia dos Hospitais Militares	*Dr. Manuel Gião*
Notas sobre o funcionamento do S. Saúde em operações de desembarque de viva força	*Idem*
O Serviço de Saúde Militar	*Idem*
Organização do Serviço de Saúde em campanha no Exército português	*Idem*
Comité Internacional de Medicina e de Farmácia Militares	*Dr. Fernandes Lopes*
Quelques Grandes Figures de la Chirurgie et de la Médecine Militaires	—
O Serviço de Inspecção de Toleradas (1934)	*A. Tovar de Lemos*
Dispensário de Higiéne Social de Lisboa (1934)	*Idem*
Dispensário de Higiéne Social (1941 a 1944)	*Idem*
O Serviço de Inspecção de Toleradas (1942, 43 e 44)	*Idem*
Dispensário de Higiéne Social (1945)	*Idem*
Regulamento para a Instrução das Tropas de Saúde	—
La Réanimation dans une formation chirurgicale mobile	*Barbizete et Pierre Royer*
Military Review (meses de Janeiro a Junho, 1947)	—
Dictionnaire des Termes Téchniques de Médicine	*Carnier*
Programa do XV Congresso Internacional de Medicina e Farmácia Militares (com 28 trabalhos anexos)	*Publ. oficial*
Tratado de Química Orgânica	*Dr. Pablo Karrel*