

REPÚBLICA
MINISTÉRIO



PORTUGUESA
DA GUERRA

BOLETIM

DA

DIRECÇÃO

DO

SERVIÇO DE SAÚDE MILITAR

(PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL)

13.º ANO



N.ºs 1, 2, 3 e 4

LISBOA
1 9 5 0

REPÚBLICA
MINISTÉRIO



PORTUGUESA
DA GUERRA

12.733

BOLETIM

DA

DIRECÇÃO

DO

SERVIÇO DE SAÚDE MILITAR

(PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL)

13.º ANO



N.ºs 1, 2, 3 e 4

*Recd 10/10
1-5-95-2
Muller*

LISBOA
1 9 5 0

S U M Á R I O

« I N A R D U I S F I D E L I S »
ALGUNS ASPECTOS DA MEDICINA MILITAR INGLESA
APONTAMENTOS DE UMA MISSÃO DE SERVIÇO À INGLATERRA

*pelos Majores-Médicos João Manuel Rodrigues
e Nicolau de Bettencourt, M. B. E.*

HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL
ENFERMARIA DE CIRURGIA 2 — ORTOPÉDIA

pelo Capitão-Médico Fernando de Magalhães

FEBRE AMARELA — REVISÃO DE CONJUNTO

pelo Dr. José Augusto Lopes Borges d'Almeida

ESTUDOS MÉDICO - MILITARES
CENTROS MAXILO - FACIAIS

pelo Major-Médico A. Meyrelles do Souto

L I V R O S E R E V I S T A S
N O T A S E N O T Í C I A S
NO XIII ANIVERSÁRIO DO NOSSO «BOLETIM»

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

«IN ARDUIS FIDELIS»

ALGUNS ASPECTOS DA MEDICINA MILITAR INGLESA

APONTAMENTOS DE UMA MISSÃO DE SERVIÇO A INGLATERRA
JUNHO-JULHO DE 1946

Pelos Majoress Médicos

JOÃO MANUEL RODRIGUES

Chefe da Clínica Médica do H. M. P.

e

NICOLAU DE BETTENCOURT, M. B. E.

Professor do Instituto de Altos Estudos Militares

I — Introdução

Durante a nossa estadia em Inglaterra, no desempenho da missão de serviço para que fomos nomeados por Portaria de 13 de Junho de 1946, com a finalidade de proceder a estudos de táctica sanitária e aprofundar o conhecimento da organização e do funcionamento do Serviço de Saúde inglês em campanha, tivemos ocasião de tomar contacto com algumas instituições médico-militares e apreciar vários aspectos da medicina militar britânica, que, pela importância ou pela novidade, fomos apontando.

São esses apontamentos, trabalho à margem do que nos foi confiado na nossa missão de estudo, que constituem as despretenciosas notas que agora apresentamos, certos de que o interesse médico castrense que revestem justifica a sua divulgação.

II — Recrutamento militar. Selecção do contingente no Exército Britânico

A necessidade de mobilização integral dos homens com possibilidades militares, para enfrentar as múltiplas exigências da última guerra, condicionou uma técnica especial de selecção e classificação médica dos soldados ingleses, de forma a permitir o seu aproveitamento máximo em funções compatíveis com a aptidão física e intelectual verificadas.

A inspecção médica, o apuramento e a classificação inicial dos mancebos não compete aos médicos militares. Este serviço está a cargo de médicos civis pertencentes aos «*Civilian Medical Boards*» (Juntas médicas civis), que dependem do Ministério do Trabalho e do Serviço Nacional. Para a sua missão estas Juntas regulam-se pelas «*Instructions for the Guidance of Medical Boards under the National Service Acts*» (April, 1943).

De acordo com estas instruções os mancebos são classificados em 4 categorias, designadas por graus, de I a IV. Esta classificação serve de base para a inclusão dos mancebos nas diferentes categorias militares, quando da sua incorporação.

Os 4 Graus definem-se, em termos gerais, da forma seguinte:

Grau I — Os indivíduos que apresentam unicamente alterações mínimas, remediáveis ou susceptíveis de correcção por meios artificiais, atingem nível perfeito de saúde e robustez e estão em condições de suportar integralmente os esforços físicos adequados à sua idade.

Grau II — Os que, ainda que sofrendo de alterações somáticas que os desclassifiquem para o Grau I, não apresentam afecções orgânicas progressivas, têm regular acuidade visual e auditiva, desenvolvimento muscular moderado, e estão em condições de suportar exercícios físicos importantes que não envolvam esforço violento. Quando um mancebo for classificado neste Grupo apenas por apresentar qualquer defeito da acuidade visual ou deformidade dos membros inferiores, ou pelos dois motivos, as Instruções determinam que se acrescente à designação do Grau, entre parentesis, a letra «(a)» seguida das palavras «visão» ou «pés», ou das duas, conforme os casos.

Grau III — Os que, por apresentarem alterações somáticas aparentes ou sinais de afecções anteriores não estão em condições de suportar o esforço físico requerido para o Grau II.

Grau IV — Os que sofrem de afecções orgânicas progressivas ou estão, por outras razões, totalmente inaptos para suportar o tipo e grau de esforço requerido para o Grau III. Estes homens são incapazes para qualquer serviço.

*

Após a incorporação, a classificação dos recrutas é revista por médicos militares e estabelecida de novo segundo normas fixadas no folheto «*Medical Categories for other ranks, 1944*». Todos os recrutas devem estar classificados e colocados na categoria médica respectiva antes de terminadas as 6 semanas de instrução nas *Primary Training Units*.

A classificação adoptada fundamenta-se na consideração de 5 categorias, de A a E, com sub-divisões, em que se apreciam separadamente os seguintes atributos físicos: constituição, acuidade visual, acuidade auditiva e aptidão para a marcha. Do conjunto das qualidades observadas resulta a inclusão dos militares nos grupos estabelecidos.

A categoria A, com 5 sub-divisões, de A1 a A5, inclui todos os militares com capacidade física para actuar em qualquer teatro de guerra.

A categoria B, com 6 sub-divisões, de B1 a B6, inclui os militares com menor aptidão, que normalmente podem ser utilizados nas áreas das linhas de Comunicação e da Base ou em serviços de guarnição. Podem também ser utilizados em serviços restritos no País ou no Ultramar.

A Categoria C, com 2 sub-divisões, inclui os militares cuja capacidade física não atinge o nível exigido para as categorias anteriores. Destinam-se a serviço no País ou a serviços restritos no Ultramar de acordo com as suas possibilidades físicas. A categoria C2 inclui apenas os aptos para serviço normal no País.

Na categoria D figuram os temporariamente incapazes e na categoria E os definitivamente incapazes de qualquer serviço militar.

Como anteriormente se referiu, a categorização dos militares faz-se pela apreciação de atributos físicos: constituição, acuidade visual, acuidade auditiva e aptidão para a marcha. Cada atributo inclui vários escalões ou graus de capacidade, que permitem uma classificação simples e racional, suficiente para fins militares e que resumidamente vamos esboçar:

Constituição — Admitem-se 3 graus de constituição, que equivalem aos graus I, II e III das Juntas Médicas Civis conforme foram definidas.

Acuidade visual — A apreciação da acuidade visual é muito mais rigorosa e detalhada nas Juntas Médicas Civis, porque lhes compete seleccionar e classificar os homens destinados ao Exército, à Marinha e à Aviação, incluindo serviços especializados.

No Exército considera-se suficiente a existência dos 3 escalões seguintes:

- e) — Visão para tiro e condução;
- b) — Visão para condução;
- c) — Visão para serviços usuais (excepto tiro e condução).

Para a inclusão dos militares em cada um destes escalões é aproveitada a classificação anteriormente feita pelas Juntas Médicas Cíveis, que se baseiam na capacidade visual e possibilidade da sua correcção.

Acuidade auditiva — Compreende também 3 escalões, designados de 1 a 3, dos quais só o escalão 3 traduz baixa apreciável da capacidade auditiva, ainda compatível com vários serviços militares.

Aptidão para a marcha — A aptidão para a marcha é especialmente influenciada pela existência de deformidades dos membros inferiores. As lesões que mais frequentemente podem afectar a capacidade de marcha são o pé chato (ou pé plano), o pé torto, os dedos em martelo, o *hallux rigidus*, o *hallux valgus*, o joelho valgo e o pé escavado.

Para a classificação dos homens sob o ponto de vista de aptidão para a marcha, consideram-se também 3 categorias:

a) — «*Sem defeito de locomoção*». Quando não existem lesões dos membros inferiores ou não causam perturbações.

b) — «*Com ligeiro defeito de locomoção*». Quando a deformidade dos membros inferiores ocasiona perturbações que obrigam a classificar o homem no Grau II das Juntas Médicas Cíveis.

c) — «*Com acentuado defeito de locomoção*». Quando a deformidade causa perturbações tão acentuadas que justifica a classificação no Grau III das referidas Juntas.

*

A visão de conjunto das diferentes categorias médicas e das características somáticas que as definem é dada no quadro seguinte:

Categoria	Características somáticas
A. 1	Constituição Grau I; sem defeito de locomoção; visão a); audição 1 ou 2.
A. 2	Como A. 1, mas com «ligeiro defeito de locomoção».
B. 1	Constituição Grau II; sem defeito de locomoção; visão a); audição 1 ou 2.
B. 2	Como B. 1, mas com «ligeiro defeito de locomoção».
A. 3	Constituição Grau I; visão b); audição 1 ou 2; pode existir ligeiro defeito de locomoção.
B. 2a	Constituição Grau II; o resto como A. 3.
A. 4	Constituição Grau I; sem defeito de locomoção; audição 1 ou 2; visão c), isto é, baixa para tiro ou condução mas suficiente para serviços vulgares.
A. 5	Como A. 4, mas com «ligeiro defeito de locomoção».
B. 5	Constituição Grau II; visão c); audição 1 ou 2; pode existir ligeiro defeito de locomoção.
B. 6	Audição deficiente (3); no resto aptos para categoria superior.
B. 7	Constituição Grau I ou II; visão a); audição 1 ou 2; acentuado defeito de locomoção.
C. 1	Homens aptos para categoria superior, excepto por acentuado defeito de locomoção ou outros defeitos físicos compatíveis com o serviço no Ultramar; visão a) a c); audição 1 a 3.
C. 2	Constituição Grau III; visão a) a c); audição 1 a 3; ou, homens aptos para categoria superior mas sofrendo de lesões susceptíveis de se agravar com o serviço no Ultramar.

A distribuição dos homens por armas e serviços e dentro destes pelas funções especializadas que podem desempenhar, faz-se de acordo com o disposto num quadro especial publicado no Regulamento respectivo.

Neste quadro as tropas do Serviço de Saúde figuram apenas com duas categorias militares: a) — enfermeiros e b) — outros serviços. Para enfermeiros podem ser destinados homens classificados na categoria A, em qualquer das sub-divisões de A.1 a A.5, e das categorias B.1 e B.2a. Para as restantes funções do Serviço de Saúde podem ser destinados os classificados nas duas categorias A e B, em qualquer das sub-divisões.

Verifica-se portanto que para enfermeiro se exigem qualidades físicas regulares e boa visão mas que se toleram pequenas deficiências físicas, como por exemplo ligeiros defeitos de locomoção. Para os res-

tantes serviços há maior tolerância quanto à integridade física. Permitem-se homens com acentuado defeito de locomoção, audição imperfeita e mediocre acuidade visual.

*

Sistema PULHEMS — O exército britânico adoptou ultimamente um novo sistema de classificação médica, o sistema «*Pulhems*», usado no exército canadiano. Este sistema não substituiu ainda na totalidade o antigo processo de classificação que descrevemos. Utiliza-se especialmente para a categorização dos militares já presentes nas fileiras e usa-se simultaneamente com o sistema descrito anteriormente.

O nome *Pulhems* deriva das iniciais com que se designam os 7 atributos físicos e mentais a pesquisar nos indivíduos a classificar e que são:

- P — Physical capacity;
- U — Upper limbs;
- L — Locomotion;
- H — Hearing (hearing acuity);
- E — Eyesight (visual acuity);
- M — Mental capacity;
- S — Stability (emotional).

Para cada um destes atributos consideram-se 5 graus, de 1 a 5, especificados nas instruções constantes do folheto «*Pulhems — A System of Army Medical classification based on the system used by the Canadian Army with modifications to meet the special circumstances and needs of the British Army*», de Setembro de 1944. O Grau 1 corresponde a capacidade funcional óptima, geralmente acima da média habitual. O Grau 2 traduz boa média de capacidade funcional. Os Graus 3 e 4 implicam diminuição, mais ou menos acentuada, da capacidade funcional e o Grau 5 traduz incapacidade acentuada que exclui possibilidades militares.

Na apreciação dos atributos M. e S., o médico militar encarregado da classificação limita-se a considerar dois casos: quando a capacidade intelectual e a estabilidade emocional são normais ou de grau elevado

atribui-se o Grau 1; quando surgem dúvidas sobre a integridade destes atributos colocam-se no Grau 2 e por este motivo são taxativamente submetidos a observação por médicos psiquiatras. A estes compete o seu estudo e a inclusão nos Grupos 2 a 5, conforme a aptidão revelada.

É relativamente fácil a apreciação dos casos a incluir nos Graus 1, 2 e 5. A dificuldade surge com a apreciação dos Graus 3 e 4. A decisão toma-se geralmente atendendo ao prognóstico da aptidão funcional.

O resultado final da observação é registado em fichas do seguinte modelo:

Data do nascimento	P	U	L	H	E	M	S
1915	2	1	2	1	1	1	1
Altura 1,70	P						
	U						
Peso 75	L						
	S						

Os atributos físicos figuram todos na linha horizontal superior, com a casa respectiva para aposição do Grau. Os atributos P, U, L e S estão repetidos na ficha, numa coluna vertical, a que se segue um espaço destinado a registar pequenas notas ou observações justificativas da classificação feita.

A determinação do grau de capacidade física (P), que exprime o valor somático do indivíduo e a sua capacidade funcional, é interpretada, sob o ponto de vista militar, da forma seguinte:

- P. 1 e P. 2 — Aptos para todo o serviço de campanha em qualquer teatro de operações.
- P. 3 — Aptos para serviço nas Linhas de Comunicação de qualquer teatro de operações.
- P. 4 — Aptos somente para serviço no País.

III — Selecção e instrução do pessoal do Serviço de Saúde

Durante a nossa permanência no Royal Army Medical Depot, em Crookham, tivemos ocasião de apreciar os principais problemas referentes à instrução do pessoal do Serviço de Saúde, que nos parece interessante resumir neste capítulo.

O R. A. M. C. Depot (Centro de instrução do Serviço de Saúde) está instalado em Crookham — Aldershot, Fleet — nas Boyce Barraks, vasto aquartelamento que dispõe de todos os elementos necessários para a sua função de instrução. Foi a primeira instituição militar inglesa com que tomamos contacto durante a nossa estadia em Inglaterra e que nos deixou recordações muito agradáveis, não só pelo aspecto técnico, que merece referência especial, como pelo afável acolhimento que nos foi dispensado durante as duas semanas do nosso estágio.

Ao falar do R. A. M. C. Depot não podemos deixar de distinguir o Ex.^{mo} Comandante, Brigadeiro médico H. Glyn Hughes, C. B. E., D. S. O., M. C. e o Tenente coronel Bruce Nicol, O. B. E., a quem a missão ficou a dever deferências especiais e muitos ensinamentos. O Brig. Hughes quis ter a gentileza, que se não pode esquecer, de fazer propositadamente uma exposição sobre o funcionamento e a actuação do Serviço de Saúde que chefiou na Divisão com que desembarcou na Normandia e com que mais tarde transpôs o Reno, quando as tropas aliadas franquearam este rio. A novidade dos assuntos expostos e a forma clara e sintética como foram apresentadas as novas concepções de tática sanitária usadas nestas operações constituíram útil e proveitosa lição.

Tivemos também oportunidade de apreciar o elevado espírito militar das tropas de saúde inglesas e o aprumo com que os recrutas se apresentaram ao terminar o seu período de instrução e que, numa revista final a que assistimos, demonstraram praticamente a excelência da instrução ministrada.

Finalmente, tivemos ocasião de conhecer e apreciar a vida da «Mess» de oficiais, característica das instituições militares inglesas, com as suas tradições e o seu ritual escrupulosamente mantido, em que se evidencia arreigado sentimento de devoção à Pátria e ao Rei, que simbolicamente preside a todas as actividades militares.

*

Vamos seguidamente referir, de forma sucinta, as normas que regulam a selecção e a instrução do pessoal do Serviço de Saúde, encarando sucessivamente os aspectos referentes a praças, a oficiais médicos do quadro permanente e a médicos especialistas.

Praças

1 — Os recrutas ingleses ao serem encorporados, ainda não classificados por armas e serviços, são distribuídos pelos 95 Centros de Instrução (Primary Training Centres) existentes nas Ilhas Britânicas. Nesses Centros são instruídos na parte militar geral, comum a todas as armas e serviços, durante um período de 6 semanas.

Terminado este período de instrução é elaborada uma ficha para cada soldado (S. P. Sheet), onde se mencionam dados biográficos e profissionais, habilitações literárias e outros elementos de interesse militar, bem como o resultado do exame psicotécnico feito com «tests» destinados a apreciar o grau de inteligência e a aptidão verbal e manual dos recrutas. O resultado final deste exame condiciona a classificação dos soldados por grupos. O exame é feito por oficiais especializados, com conhecimentos e prática de psicotécnica militar.

A escolha da arma ou serviço a que se destina o soldado não obedece apenas a este exame e às necessidades militares, mas também ao desejo próprio do recrutado que é sempre ouvido sobre o assunto. A voluntariedade é a grande norma em que se baseia o recrutamento inglês. Sempre que é possível os soldados são escolhidos de acordo com as suas preferências e destinados às especialidades para que sentem maior vocação. Quando, por necessidades militares ou excesso de candidatos com preferências iguais são destinados a outros serviços, explica-se a razão de tal procedimento, baseado no superior interesse da Nação e exortam-se a bem cumprir o seu dever na função que lhes é destinada — sistema de persuasão.

Em condições normais o serviço militar em Inglaterra é prestado voluntariamente, por homens que fazem da carreira das armas a sua profissão. O tempo de serviço mínimo a que se obrigam é de 12 anos. Actualmente, como consequência do estado de guerra, foi estabelecido o serviço militar obrigatório para os cidadãos ingleses dos dois sexos. Os conscritos são obrigados a servir pelo prazo mínimo de 2 anos.

2 — Os recrutas destinados ao Serviço de Saúde são enviados para o Royal Army Medical Corps Depot, em Crookham, que funciona como centro de instrução do respectivo serviço. Aí são novamente revistos e conforme as habilitações registadas na ficha de selecção e o desejo manifestado são destinados a uma das categorias existentes no Serviço de Saúde. No entanto, esta categorização não tem carácter de absoluta rigidez; por necessidades numéricas podem os recrutas ser destinados a função diferente da mencionada na ficha de selecção.

No R. A. M. C. Depot, os recrutas durante 6 semanas recebem instrução da parte geral do Serviço de Saúde, comum a todas as praças: manobra de macas, levantamento de feridos, primeiros socorros, material de campanha e de hospitalização, higiene geral, sanidade e águas.

A instrução é ministrada segundo normas constantes do Regulamento respectivo, explícito e bem sistematizado («Standing Orders for the Royal Army Medical Corps, R. A. M. C. (T. A.) and the Army Dental Corps — 1937»).

As diferentes categorias em que se classificam as praças do Serviço de Saúde, consoante a sua preparação e o tempo de serviço prestado, são as seguintes:

Categoria C

- Nursing orderly (Ajudante de enfermeiro);
- Clerk (amanuense);
- Clerk orderly clinical (amanuense das clínicas);
- Sanitary assistant (sanitarista);
- Special treatment orderly (enfermeiro de especialidades);
- Mental nursing orderly (enfermeiro de psiquiatria).

Categoria B

- Radiographer (preparador de radiologia);
- Operating room assistant (enfermeiro de sala de operações);
- Laboratory assistant (preparador de laboratório);
- Masseur (massagista);
- Hospital cook, class II and III (cozinheiro hospitalar);
- Dispenser (preparador de farmácia).

Categoria A

- Trained nurse (enfermeiro com prática);
- Hospital cook, class I (cozinheiro hospitalar).

Vemos portanto que a categorização, sob o ponto de vista técnico, abrange fundamentalmente os seguintes grupos:

Enfermeiros

- Nursing orderly (enfermeiro);
- Trained nurse (enfermeiro com prática);
- Operating room assistant (enfermeiro de sala de operações);
- Special treatment orderly (enfermeiro de especialidades);
- Mental nursing orderly (enfermeiro de psiquiatria).

Técnicos especializados

- Radiographer (preparador de radiologia);
- Laboratory assistant (preparador de laboratório);
- Dispenser (preparador de farmácia);
- Masseur (massagista);
- Sanitary assistant (sanitarista).

Amanuenses

- Clerk (amanuense);
- Clerk orderly clinical (amanuense das clinicas).

Cozinheiros Hospitalares

- Hospital cook, class I, II and III.

3 — Como dissemos, o R. A. M. C. Depot, de Crookham, é o único Centro de Instrução do Serviço de Saúde do Exército Britânico. Actualmente recebe 500 recrutas de 2 em 2 semanas, para o estágio de 6 semanas de instrução. Esta instrução abrange apenas a parte geral, como já vimos, sendo a parte especial ministrada nos Hospitais. Exceptuam-se os amanuenses (clerks) que são instruídos no R. A. M. C.

Depot e os cozinheiros hospitalares cuja instrução é ministrada, segundo programas especiais, na Escola de Cozinheiros Militares de Aldershot (Aldershot Cooks College — A. C. C.). Findo o seu período de instrução os cozinheiros são distribuídos pelos diversos Hospitais Militares existentes.

4 — Os amanuenses (clerks) destinados ao Serviço de Saúde são propositadamente instruídos para este fim no R. A. M. C. Depot. Frequentam um curso especial em que são ministrados conhecimentos de escrituração militar, dactilografia e estenografia.

Parte dos amanuenses especializa-se em escrituração hospitalar dos serviços clínicos: são os *Clerk Orderly Clinical*. Escolhem-se habitualmente entre os homens mais afáveis e de melhor aspecto classificados na categoria de *clerk*, por serem os encarregados de receber e inscrever os doentes que baixam e portanto *responsáveis por tornar agradável o primeiro contacto do doente com o Hospital*. A sua função exige boa educação e diplomacia e não dispensa mesmo um certo grau de intuição psicológica.

Os *clerks* podem ainda ser especializados na escrituração própria dos serviços de medicina, de cirurgia ou das especialidades.

5 — Terminado o período de Instrução no R. A. M. C. Depot, as praças especializadas completam a sua instrução do seguinte modo:

— Os enfermeiros têm um novo período de 6 semanas de instrução, que pode ser ministrado em qualquer dos Hospitais Militares existentes.

— Os preparadores de radiologia são exclusivamente instruídos no Hospital Militar de Milbank e só depois de terminado este período de instrução são distribuídos pelos Hospitais Militares.

— Os preparadores de laboratório são instruídos em Hospitais especialmente designados para esse fim.

*

Os enfermeiros, terminado o período de instrução hospitalar de 6 semanas, são classificados na classe III (categoria C). Depois de 1 ano de prática hospitalar são classificados na classe II. Após novo ano de prática hospitalar ingressam na classe I. São então submetidos a exame

especial e só depois de aprovados passam à categoria de Trained Nurses — enfermeiros com prática.

Por esta resenha se conclui que o tempo julgado necessário pelo Serviço de Saúde inglês para habilitar devidamente um enfermeiro é de 3 anos.

6 — Resumindo, verifica-se que a instrução do pessoal do Serviço de Saúde se divide nos 3 períodos seguintes:

- 1.º — 6 semanas de instrução no Primary Training Centre;
- 2.º — 6 semanas de instrução no R. A. M. C. Depot;
- 3.º — 6 semanas de instrução nos Hospitais Militares.

*

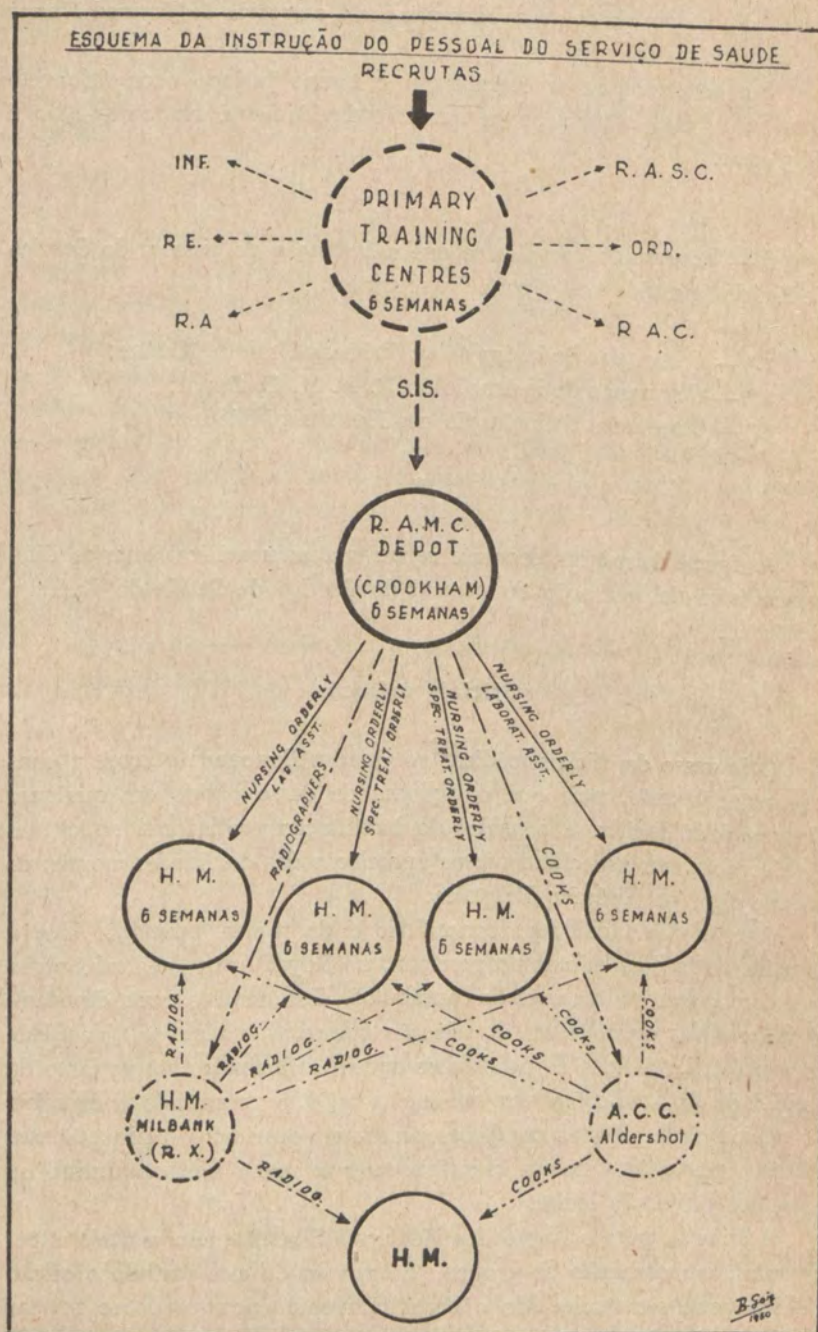
A figura da página seguinte representa esquemáticamente as diferentes fases da instrução do pessoal do Serviço de Saúde do Exército Britânico.

Oficiais médicos

O ingresso de oficiais médicos no Quadro Permanente faz-se apenas por requerimento, pois que o diploma de curso obtido em qualquer Universidade inglesa é considerado habilitação profissional suficiente. A selecção incide especialmente na apreciação das qualidades morais, de grande rigor no Exército Britânico.

Apesar das facilidades concedidas e da rápida promoção que a carreira de médico militar proporciona, o «Royal Army Medical Corps» luta com manifesta escassez de candidatos. Este motivo torna desnecessária qualquer outra forma de selecção que só viria agravar a acuidade do problema. A falta de candidatos deve-se principalmente ao facto da actividade do médico militar ser exclusiva, não permitindo o exercício de clínica civil. Nessas condições preferem os médicos qualquer outra solução, porventura menos lucrativa mas de maior interesse futuro ou de maior projecção social.

A entrada para o Corpo dos Médicos Militares é feita a título experimental, em comissão de 3 anos. Só terminado este período o oficial médico pode ser readmitido e definitivamente incorporado se revelar aptidão militar e profissional.



O tirocínio dos oficiais médicos inicia-se com um estágio de 6 semanas no R. A. M. C. Depot, onde são ministrados conhecimentos da parte militar geral, organização militar e funcionamento do Serviço de Saúde em tempo de paz e em campanha.

Terminado este período de instrução frequentam, durante 2 a 3 meses, no Royal Army Medical College (Escola de Medicina Militar), um curso técnico que compreende as seguintes cadeiras: Bacteriologia, Medicina Tropical, Higiene, Entomologia e Cirurgia de Guerra. Feito exame destas cadeiras vão frequentar durante outros 3 meses, num Hospital Militar, o *Post medical course*, que inclui as cadeiras de Medicina e Cirurgia gerais. Depois de aprovados no exame final são colocados nas unidades ou nos Hospitais, quer das Ilhas Britânicas, quer das colónias, por onde transitam todos os médicos militares.

Decorridos 6 a 8 anos sobre a entrada para o Exército os oficiais médicos são obrigados a frequentar novo curso na Escola de Medicina Militar e a repetir o estágio hospitalar, ambos com a duração de 6 meses. É o Curso de «Senior», que corresponde, devidamente ampliado, ao nosso curso técnico de capitães.

Quanto a promoções fazem-se por diuturnidade, por vacatura e por escolha. Os médicos ingressam no Quadro com o posto de tenente, posto mínimo que é atribuído aos médicos prestando serviço militar, incluindo os milicianos. Passado 1 ano de serviço são promovidos a capitão. 8 anos depois são promovidos a major. Todos os médicos militares atingem, portanto, o posto de major 9 anos depois do seu ingresso no Quadro de oficiais médicos. A promoção a tenente-coronel é por vacatura, mas a promoção a coronel é feita por escolha. Os oficiais médicos são submetidos a exame para promoção do posto de capitão a major e de tenente-coronel a coronel.

Além dos postos que acabamos de mencionar, o Serviço de Saúde inglês inclui ainda os seguintes oficiais gerais, que em campanha desempenham as funções de direcção que se transcrevem:

— *Brigadeiro*. Deputy Director of Medical Services (D. D. M. S.). Chefe do Serviço de Saúde de Corpo de Exército ou de Exército.

— *Major-General*. Director of Medical Services (D. M. S.). Chefe do Serviço de Saúde de Grupo de Exércitos.

— *Lieutenant-General*. Chefe superior de todo o Serviço de Saúde Militar. Há apenas um em todo o Exército Britânico.

Médicos especialistas

Os médicos especialistas não constituem quadro independente. Estão incluídos no quadro geral dos oficiais médicos. A sua especialização faz-se no Hospital Militar de Milbank, onde frequentam cursos com a duração de 6 meses, seguidos de estágio hospitalar nas clínicas respectivas.

A actividade como especialista exerce-se geralmente até ao posto de tenente-coronel. Atingido este posto, só quando haja vaga deixada por especialista de igual ramo pode ser preenchida pelo especialista imediato. Quando não se verifica esta hipótese, de resto pouco frequente, os especialistas passam a desempenhar funções de direcção e de administração em condições idênticas aos médicos militares não especializados. Podem no entanto manter-se nos cargos de consultores das especialidades respectivas, acumulando estas atribuições com as funções administrativas.



Fig. 1 — *Hospital Militar de Aldershot*

IV — Cambridge Military Hospital — Aldershot

Organização e funcionamento

O Cambridge Military Hospital é um importante estabelecimento hospitalar destinado a prestar assistência aos militares do grande centro militar de Aldershot e às numerosas forças que constituem o Comando Sul, uma das regiões militares em que se divide a Inglaterra. Tivemos ocasião de estudar pormenorizadamente a organização de este Hospital, cuja capacidade e cuja missão o assemelham bastante ao nosso Hospital da Estrela. Os dados numéricos que apresentamos foram em parte fornecidos pelo próprio comandante do Hospital, Coronel-médico C. D. M. Buckley, que amavelmente nos recebeu e hospedou durante a semana de estágio passada em Aldershot. Os restantes elementos foram fornecidos pelos comandantes das Divisões médica e cirúrgica e pela *Principal-Matron*, interessante figura de enfermeira militar, com valiosos serviços de campanha prestados durante as duas últimas guerras.

1 — *Instalação e organização geral do Hospital*

Apesar da sua grande importância militar o Hospital está instalado com relativa modestia em edificio expressamente construído para este fim, de bom aspecto exterior, mas cuja construção data de cerca de 1870. Por este motivo as instalações são um tanto antiquadas, se bem que o traçado geral do Hospital seja ainda aceitável e evidentemente muito superior aos conventos adaptados que constituem ainda hoje a maioria dos nossos hospitais.

As enfermarias e suas dependências são regulares e apresentam-se muito limpas e cuidadas. As cozinhas, modernizadas, dispõem de boa aparelhagem e o seu aspecto é impecável.

Em todos os estabelecimentos hospitalares que visitámos durante a estadia em Inglaterra verificámos sempre o grande cuidado tido com as cozinhas e suas dependências, que causam excelente impressão e com a limpeza e compostura das enfermarias, por vezes em singular contraste com a simplicidade da construção em que estão instaladas. De maneira geral a construção hospitalar inglesa é modesta, mas estas despretenhiosas edificações alojam por vezes esplêndidos serviços clínicos. A eficiência do funcionamento, a perfeição dos serviços de enfermagem e da assistência aos doentes suprem largamente a aparente deficiência de instalações, dando-nos proveitoso ensejo de verificar que um bom Hospital se define melhor pelo seu rendimento do que pelo aspecto da sua construção.

O Cambridge Military Hospital dispõe de cerca de 600 camas, — exactamente 603 — assim distribuídas:

Oficiais — 72;

Medicina — 237;

Cirurgia — 294.

Nas camas destinadas ao Serviço de Cirurgia incluem-se as atribuídas às especialidades cirúrgicas: 63 para Ortopedia, 28 para Oto-Rino e 20 para Oftalmologia.

A sua organização obedece aos moldes do Hospital Geral inglês e portanto não inclui algumas especialidades que habitualmente fazem parte dos nossos hospitais e que em Inglaterra constituem serviços independentes: urologia, dermato-sifilografia e, evidentemente, doenças infecto-contagiosas.

O Serviço de Estomatologia, a cargo de dentistas do *Army Dental Corps*, é também independente e dispõe de instalações privativas.

2 — *Corpo clínico*

O quadro orgânico do Hospital, que, segundo informação do Director, Coronel Buckley, é actualmente insuficiente, compreende na totalidade 18 oficiais, dos quais 16 médicos e 2 oficiais administrativos. No entanto, como além do quadro prestavam serviço 2 oficiais médicos e como 3 outros médicos estagiavam nos Serviços de Cirurgia, Oto-Rino e Patologia, o número total é de 23 médicos, número muito aproximado ao que o Director considera necessário para o bom funcionamento dos serviços.

A distribuição dos oficiais pelos respectivos serviços está feita do seguinte modo:

- 1 coronel-médico, comandante;
- 1 administrador;
- 1 quartel-mestre;
- 2 oficiais médicos comandantes das Divisões Médica e Cirúrgica;
- 2 cirurgiões;
- 2 médicos, clínicos de medicina;
- 2 anestesistas;
- 1 patologista (bacteriologia e anatomia patológica);
- 1 oftalmologista;
- 1 ortopedista;
- 1 oto-rino-laringologista;
- 1 radiologista;
- 2 médicos, para serviços gerais.

Os serviços clínicos do Hospital estão separados em duas grandes divisões, a Divisão Médica e a Divisão Cirúrgica, cada uma dispoindo do seu corpo clínico.

O corpo clínico da Divisão Médica é assim constituído:

- 1 comandante da Divisão Médica, tenente-coronel;
- 2 médicos, maiores;
- 2 médicos, para serviço geral, capitães ou subalternos.

A Divisão Cirúrgica dispõe do seguinte corpo clínico:

- 1 comandante da Divisão Cirúrgica, tenente-coronel;
- 2 cirurgiões, maiores;
- 2 cirurgiões das especialidades — ortopedia e oto-rino;
- 1 especialista — oftalmologista;
- 2 anestesistas, maiores.

Actualmente, além do quadro, trabalham também nesta Divisão um tenente-coronel médico anestesista consultor, outro cirurgião ortopedista, feminino, e um capitão médico em treino cirúrgico.

Como serviços complementares o Hospital dispõe de Radiologia e de Laboratório de análises clínicas e histológicas. Apesar do grande movimento destes serviços o quadro orgânico apenas atribui um oficial médico a cada uma destas especialidades.

A organização dos laboratórios hospitalares é diferente da usada entre nós, pois que os *patologistas*, que têm a seu cargo a direcção dos laboratórios, são simultâneamente analistas e anatomo-patologistas, o que aumenta consideravelmente a sua esfera de actividade.

3 — *Enfermagem*

O serviço de enfermagem baseia-se fundamentalmente na existência de numeroso e competente quadro de enfermeiras militares, pertencentes ao Q. A. I. M. N. S. (*Queen Alexandra Imperial Military Nursing Service*), que dirigem o serviço das enfermarias e das salas de operações. Este serviço é superiormente orientado pela *Principal-Matron*, que tem graduação de tenente-coronel e é responsável pela disciplina do pessoal feminino, coadjuvada por uma *Assistant-Matron*, com a graduação de major.

O Cambridge Military Hospital tem 49 *sisters*, capitães ou tenentes, das quais 4 são especializadas no serviço de sala de operações.

Além do pessoal feminino, o pessoal masculino existente é o seguinte:

- 40 enfermeiros (1 sargento, 4 cabos e 35 soldados);
- 20 serventes, ordenanças sanitárias.

Para serviços especiais há ainda o seguinte pessoal:

- 14 amanuenses;
- 4 preparadores de radiologia (1 sargento e 3 soldados);
- 5 preparadores de laboratório (1 sarg., 1 cabo e 3 soldados);
- 4 preparadores de farmácia;
- 12 cosinheiros hospitalares.

4 — *Organização e funcionamento dos Serviços*

Cada Divisão hospitalar está por sua vez subdividida em grupos de 2 enfermarias, situadas frente a frente e separadas pelo corredor central do edificio. As enfermarias têm lotação de 25 a 30 camas e o grupo totaliza 45 a 60 camas, conforme as circunstâncias. O serviço de assistência nestas enfermarias é assegurado por 1 médico, 2 *sisters* e 3 ordenanças sanitárias. De noite o serviço é feito por 1 *sister*, que pode ter a seu cargo mais de uma enfermaria, e por 1 ordenança sanitária.

Para auxiliar o serviço nas enfermarias os doentes são obrigados pelo regulamento, desde que o seu estado o permita, a executar alguns trabalhos: limpeza da enfermaria, distribuição de dietas, arranjo das camas, etc. Só assim se compreende que, dispondo o Hospital de tão pouco pessoal para os serviços gerais, se apresente em estado irrepreensível.

O serviço clínico é feito segundo as normas usuais. Tivemos ocasião de assistir à visita clínica passada pelo comandante da Divisão Médica, tenente-coronel Meneces e de presenciar uma sessão operatória executada pelo tenente-coronel Dix, comandante da Divisão Cirúrgica.

Dois assuntos nos merecem referência especial:

- 1.º — O impecável serviço de enfermagem da secção operatória;
- 2.º — Os processos anestésicos empregados.

A anestesia por gases, cujo emprego está generalizado em Inglaterra, é praticamente a única usada. Os gases habitualmente empregados são o *ciclopropano* e o *protóxido de azoto*, simples ou associado a eter vaporizado. Antes de iniciar a anestesia pelos gases anestésicos faz-se normalmente anestesia-base com *Pentothal*. As anestésias são francamente boas, tanto para o doente como para o cirurgião, ainda que não

totalmente isentas de determinados riscos. Não podemos deixar de referir a boa impressão causada por este sistema de anestesia, que desbancou por completo os velhos processos, definitivamente abandonados. As anestésias são sempre feitas por médicos especializados, que orgânicamente pertencem ao quadro do Hospital.

5 — *Serviços burocráticos*

Para os serviços burocráticos dispõe o Hospital, como já referimos a propósito do quadro orgânico, de 14 amanuenses, destinados ao serviço geral e ao de escrituração das Divisões Médica e Cirúrgica. Este pessoal é devidamente instruído no R. A. M. C. Depot. A sua utilidade é evidente, não só pelos conhecimentos especiais que possuem como também porque se evita a deslocação de pessoal técnico de enfermagem para serviços burocráticos, como sucede entre nós, com evidente prejuízo da sua prática profissional.

6 — *Serviços culinários*

Os serviços culinários estão assegurados por cozinheiros especializados, propositadamente instruídos para este fim na Escola de Cozinheiros Militares de Aldershot.

A orientação dos serviços de cozinha, copa e arrecadação de géneros está confiada a *sisters* especializadas neste ramo da actividade hospitalar.

7 — *Assistência a família de militares*

Anexo ao Cambridge Military Hospital, em bom edifício completamente independente, de construção moderna, está instalado o Hospital destinado ao tratamento e internamento das mulheres e crianças pertencentes a família de militares.

O serviço clínico, que mantém consultas de medicina geral, pediatria e ginecologia, está a cargo dos médicos do Cambridge Hospital, acrescido do pessoal privativo: 2 médicas e 1 ginecologista, todos com a graduação de capitães.

V — A higiene no Exército Britânico

A higiene tem, de longa data, fundas e brilhantes tradições em Inglaterra, tanto no foro civil como no âmbito militar, onde atingiu notável categoria. Esta prioridade nos assuntos de higiene militar data dos tempos distantes em que o celebrado John Pringley, físico-mor do exército inglês na Guerra da Flandres (1742-1746) publicou o seu famoso livro «*Diseases of the Army*» (1751). Este livro pode considerar-se o primeiro manual que aborda praticamente o problema da higiene militar, de forma tão impressiva que mereceu ao mestre higienista Ricardo Jorge o epíteto, notavelmente honroso, de «bíblia da patologia e da epidemiologia militares».

John Pringley foi discípulo do nosso compatriota Ribeiro Sanches, também higienista e médico militar distintíssimo, quando este estagiou em Londres na sua ronda de aprendizagem pelos mais notáveis centros culturais da Europa. No «Tratado da Conservação da Saúde dos Povos» (1756), mormente nos capítulos XXI a XXVI que se referem a assuntos de higiene militar, Ribeiro Sanches cita várias vezes, com admiração e entusiasmo, o seu amigo e inspirador João Pringley que coloca na primeira plana dos higienistas da época.

Na Guerra de 1914-1918 a higiene no exército britânico atingiu a culminância, não só pela impecável organização dos respectivos serviços como pela sua perfeita execução. Testemunhou-o pessoalmente Ricardo Jorge, que, numa das suas conferências ditas em Tancos após visita feita aos acampamentos ingleses de novo levantados em terras da Flandres, se lhe refere nos seguintes termos: «Não podia deixar de ser uma lição viva e perfeita de medicina sanitária o arraial de um país como a Inglaterra, a pátria da higiene social, onde a saúde é uma espécie de imperativo categórico, característica popular e distintivo nacional, quase um sinal etnológico».

De então para cá o mesmo nível elevado se tem mantido. Se actualmente se nota diferença menos acentuada entre o que, em matéria de higiene, se passa em Inglaterra e em outros países europeus e americanos, o facto deve-se principalmente ao esforço considerável que estes países têm feito para alcançar os mais avançados neste ramo da medicina, na justa pretensão de se nivelarem nos princípios, na legislação e na aplicação prática dos conhecimentos da higiene e da medicina preventiva.

A última guerra, especialmente pelas rudes campanhas coloniais de África e do Extremo Oriente, foi manancial de ensinamentos que se traduziram praticamente no aperfeiçoamento dos métodos e da técnica da higiene militar.

No presente capítulo vamos focar, muito sumariamente, alguns aspectos da higiene militar inglesa contemporânea.

Organização do Serviço de Higiene no Exército Britânico

De acordo com a importância que lhe é atribuída no quadro geral das actividades militares, a organização dos serviços de higiene no exército britânico é vasta e complexa. O Serviço de Higiene goza de relativa autonomia técnica, que o liberta em parte das servidões gerais inerentes ao Serviço de Saúde.

Em tempo de paz a Higiene Militar depende directamente do Ministério da Guerra, por intermédio do «Hygiene Directorate», cuja orientação está confiada ao Director de Higiene (Director of Hygiene), que dispõe de um adjunto (Assistant Director of Hygiene) e de uma repartição própria (A. M. D. 5).

Além do quadro dos higienistas militares o Serviço de Higiene compreende os seguintes departamentos, destinados a assegurar a execução da importante missão que lhe está confiada:

- Army Hygiene Advisory Committee;
- Army School of Hygiene (Mytchett);
- Royal Army Medical College (Hygiene Department).

A sua acção estende-se ainda a outros estabelecimentos militares de instrução e de educação física, por intermédio de higienistas especializados, destacados para esse fim (Army School Physical Training, Recruits Physical Development Centre e Central London Recruiting Depot).

O Serviço de Higiene das Guarnições Militares é dirigido e orientado pelos Chefes do Serviço de Higiene dos Comandos Militares (Deputy Director of Hygiene). Nos Quartéis Gerais das Áreas e Distritos esta função é atribuída aos chefes respectivos (Deputy Assistant Director of Hygiene), que superintendem nas formações de higiene pertencentes à área da sua jurisdição.

*

Em campanha, os serviços de higiene, conservando embora a sua autonomia técnica, dependem em cada escalão do Chefe do Serviço de Saúde respectivo, por intermédio dos chefes do Serviço de Higiene.

No Comando-em-chefe, o director do Serviço de Higiene (Deputy Director of Hygiene), dispõe de um laboratório móvel de higiene (Mobile Hygiene Laboratory) e de um laboratório anti-malárico de campanha (Field Malaria Laboratory).

Nos comandos de Base, Linhas de Comunicação e de Exército a chefia do Serviço de Higiene está confiada ao Assistant Director of Hygiene.

Nos Corpos de Exército e nas Sub-áreas de Base, a chefia pertence aos Deputy Assistant Director of Hygiene.

Nas Divisões o Serviço de Higiene compete ao pessoal das Field Hygiene Sections. O comandante desta formação é o conselheiro técnico nos assuntos de higiene e sanitários.

Nas Brigadas e nas Unidades esta função é atribuída aos oficiais médicos respectivos: senior medical officer nas brigadas, unit medical officer nas unidades.

Army School of Hygiene — Mytchett

A visita à Army School of Hygiene, situada em Mytchett, na região de Aldershot, foi das mais interessantes e proveitosas que a nossa missão teve oportunidade de fazer em Inglaterra. A Escola é uma instituição completa e bem organizada, dispondo de boas instalações. O material didático é numeroso e variado, escolhido de forma a permitir o cabal desempenho da função que lhe está confiada: o ensino prático da higiene a militares, especializados ou não, que periodicamente frequentam os seus cursos.

Sobre a importância da sua missão basta referir que no período de 6 anos, de 1940 a 1945, passaram pela Escola na frequência dos vários cursos, 113.000 homens de diversas nacionalidades dos exércitos aliados, que, terminado o tempo de instrução seguiram para as unidades dos diferentes teatros de operações fazendo parte das formações de higiene.

A Escola ocupa uma área vastíssima, com terrenos suficientes para todas as demonstrações, incluindo um grande lago abastecido por água própria, utilizado para o estudo dos problemas de abastecimento e depu-

ração de águas e das medidas profiláticas anti-palustres, que na Escola ocupam lugar importante tendo em vista as campanhas coloniais. As instalações abrangem uma série de edifícios de construção moderna, terminados em 1939-1940, sóbrios e bem apetrechados.



Fig. 2 — *Escola de Higiene do Exército*

Como já dissemos, a função da Escola é ministrar instrução da sua especialidade a médicos, ao pessoal do Serviço de Saúde e aos militares das unidades destinados ao serviço sanitário regimental ou às formações de higiene. Os cursos existentes são:

Para pessoal do Serviço de Saúde

- a) — *Médicos militares* — Destinado aos médicos militares que ingressam no Exército. É um curso rápido e essencialmente prático, com a duração de 3 semanas.
- b) — *Médicos especialistas* — Destinado a consultores de higiene e comandantes das formações de higiene. A sua duração é de 4 a 5 semanas.

- c) — *Sanitation* — Destinado ao pessoal das Field Hygiene Sections ou das Field Sanitary Sections. Há 3 cursos, correspondentes às classes I, II e III. A duração é de 3 meses.

Para pessoal das unidades

- d) — *Officiais regimentais* — Duração de 1 semana.
e) — *N/c officers* (sargentos) — Duração de 10 a 15 dias.
f) — *Sanitaristas* — Duração de 10 dias.

Os cursos compreendem aulas teóricas, demonstrações, trabalhos práticos e projecções cinematográficas, predominando o carácter prático do ensino, intensivamente ministrado. A parte que cabe no ensino pela exibição de filmes cinematográficos, fotografados ou desenhados, é importante e muito sugestiva, pelo interesse que desperta nos alunos que facilmente apreendem pela imagem visual o que dificilmente apreenderiam por leitura ou prelecções. A Escola tem uma grande sala destinada a exhibições cinematográficas e uma variada colecção de filmes ingleses e americanos versando os principais assuntos de higiene e de profilaxia das afecções tropicais, alguns dos quais tivemos oportunidade de ver — e de apreciar.

Seria de grande vantagem a adopção deste sistema entre nós, para amenizar um pouco a fastidiosa técnica da lição oral, importando-se os filmes necessários para exibição didáctica na Escola do Serviço de Saúde e para demonstração nos estabelecimentos de educação militar.

Além das aulas e gabinetes de ensino prático, em que se destacam os de entomologia e de modelos de instalações sanitárias de acampamento e de campanha usadas no Exército Britânico, a Escola tem campos de demonstração onde estão construídos e aptos a funcionar os modelos de uso mais frequente. O problema da malária merece cuidado especial, ensinando-se praticamente a executar o enxugo de terrenos pantanosos e a promover a renovação periódica da água de ribeiros e canais pelo sistema de comportas.

O Diclora-Difenil-Tricloreto (D. D. T.)

A importância prática do D. D. T. é posta em evidência na Escola de Mytchett, onde o seu emprego é sistematicamente aconselhado como insecticida poderoso e de grande eficácia. O D. D. T. usa-se em pó ou em solução. Quando usado em pó deve ser misturado com diluente

inerte, geralmente talco, em proporção que vai de 1 a 10%. O pó adoptado no exército britânico é o A. L. 63 (M K 3), que tem 10% de D. D. T. A pulverização faz-se com bombas manuais ou mecânicas, de vários modelos, alguns de grande rendimento.

Como exemplo prático da eficiência do D. D. T. usado como parasiticida, citam os higienistas ingleses os bons resultados obtidos em Nápoles, onde grassava forte surto epidémico de tifo exantemático quando as tropas aliadas desembarcaram. O despolhamento sistemático pelo D. D. T. e o seu uso profilático contribuíram para que apenas 25 soldados das tropas atacantes contraíssem a doença enquanto na população civil se declaravam 50 a 300 casos por semana, com mortalidade elevada.

Para a pulverização líquida usa-se o D. D. T. em soluto de queroseno (petróleo) na concentração de 5%, com extracto de piretro que contenha 0,02 a 0,05% de piretrinas. A «pulverização residual», impregnando as paredes, os tecidos, etc., tem a grande vantagem de deixar uma camada tóxica que mata e afugenta os insectos muito tempo após a pulverização. A quantidade necessária de D. D. T. para pulverização residual é de 1 litro do soluto descrito para 30 metros quadrados.

Como novidade profilática usada na última guerra figuram as bombas de «Aerosol» e similares, cujo emprego na campanha da Birmânia foi sistemático. Consistem estas bombas num envólucro metálico que contém gás Freon sob pressão, soluto de D. D. T. a 5% em óleo de sésamo e extracto de piretro. Quando se abre a válvula da bomba o gás sai em jacto, que se projecta na direcção desejada. A emissão deste jacto durante 4 $\frac{1}{2}$ segundos é suficiente para pulverizar 1.000 pés cúbicos (27 a 30 metros cúbicos), capacidade habitual de uma tenda média. Na campanha da Birmânia as bombas eram distribuídas na proporção de 130 para 1.000 homens, em cada mês. Para utilização individual, especialmente nos casos de pequenos núcleos militares isolados, usa-se o mesmo sistema mas com pequenas balas de sifão, tipo «Sparklet». Cada bala é suficiente para uma tenda pequena de modelo regulamentar, que comporta 3 homens.

Algumas novidades profiláticas

D. M. P. — Dimetilftalato. É um repelente usado contra o mosquito, como bons resultados. O seu emprego generalizou-se a todas as tropas que intervieram na campanha da Birmânia.

A face e regiões descobertas untam-se com D. M. P., cujo aroma não é desagradável, cobrindo-se seguidamente a cabeça e as mãos com uma rede especial de linha fina, de malha pouco larga.

Nas campanhas coloniais distribui-se a cada homem um equipamento individual anti-mosquito, que consiste num saco de tecido impermeável onde se guardam as redes para a cabeça e mãos e 1 lata com 2 onças (56 gramas) de D. M. P.

D. B. P. — Dibutilftalato. Outro repelente, este usado para impedir a picada das larvas hexapodas das carraças do género «*Trombicula*», transmissoras da febre recorrente do oriente (Scrub Typhus), afecção grave, de mortalidade elevada, cujo agente patogénico é a «*Rickettsia Orientalis*» ou «*Rickettsia Tsutsugamushi*». Na campanha da Birmânia a incidência desta riquetsiose foi grande e o número de baixas que causou deu-lhe importância sanitária e militar. O emprego sistemático deste repelente conseguiu reduzir de cerca de 75% a incidência do tifo das carraças.

A profilaxia obtém-se untando as roupas com o D. B. P., esfregando com a mão aberta até obter impregnação completa.

Como processo prático de destacar as carraças fixadas à pele aconselham os higienistas da Escola de Mytchett o emprego de petróleo ou de parafina líquida.

Os modernos anti-maláricos

Mepacrine — Semelhante à Atebrina. Como profilático emprega-se o seguinte esquema: 2 comprimidos diários de 0,1 grama depois da refeição da tarde, durante 1 semana. Nas semanas seguintes ministra-se apenas 1 comprimido diário de 0,1 grama, também após a refeição da tarde. Este tratamento mantém-se durante toda a estadia na zona palustre e deve prolongar-se por mais 28 dias depois de abandonada esta zona. O tratamento profilático deve iniciar-se 7 dias após a entrada na área palustre ou do começo da estação sazonal.

A medicação deve ser tomada com absoluta regularidade para evitar o aparecimento de «resistência» à Mepacrine, que sobrevem desde que diminua a sua concentração no organismo. Por isso se exige a presença do oficial médico para assistir à ingestão do medicamento, a que as tropas têm natural aversão pela coloração icterica que produz.

Adoptando o esquema indicado a profilaxia é eficiente; nos casos de falha profilática nunca se observam, segundo afirmam os higienistas de Mytchett, formas perniciosas.

Paludrina — A Paludrina, medicamento quimicamente diferente dos outros anti-maláricos usuais, é um *diguaneto*, cuja fórmula completa é N 1 — (p. clorofenil) — N 5 — isopropil diguaneto. Este preparado estava em estudo clínico na época da nossa estadia em Inglaterra, mas anteviam-se possibilidades terapêuticas de grande interesse, superiores às dos outros produtos conhecidos. Actua activamente sobre as formas exo-eritrocíticas dos plasmódios *falciparum* e *vivax* e não actua sobre as formas sexuadas. A acção terapêutica exerce-se por destruição dos parasitas extra-globulares. A acção profilática deriva desta propriedade: eliminando os parasitas do sangue circulante impede-se a infecção do mosquito transmissor, por esterilização da fonte de infecção (acção profilática causal).

A dose curativa habitualmente empregada é de 0,1 grama, 2 vezes por dia, durante 14 dias.

A dose profilática consiste na administração de um decigrama de Paludrina 2 a 3 vezes por semana.

Depuração de águas

O problema da depuração das águas, cuja importância se acentuou com as campanhas africanas e da Birmânia, continua a merecer a atenção dos higienistas.

A esterilização da água para fins alimentares faz-se pela técnica habitual empregando os preparados de cloro, depois de determinada a quantidade necessária pelo ensaio de Horrock. O sistema de supercloração é também usado.

Quanto à filtração, foram substituídos os antigos filtros de pano e alumen (usados no carro de água do exército português) e do sistema Seitz usados pelo exército alemão (que os ingleses consideram bons mas de fraco débito e pouco práticos pelo peso e volume), pelos novos filtros metálicos do tipo «Meta» e «Stellar», de que subsistem apenas os últimos.

Os filtros «Stellar» são constituídos por uma série de velas metálicas, de aço enrolado, a que adere um pó especial — Kieselguhr (argila da

China), formando uma camada filtrante. O exército inglês tem vários modelos de bombas-filtro, para uso vulgar ou para aplicar nos carros de água. O filtro pequeno pesa 4,5 quilos, tem suporte de tripé e o seu débito é de 60 litros por hora. O filtro grande, igualmente de suporte, pesa 45 quilos e debita 400 litros por hora.

O carro-automóvel de água está também provido com 2 filtros deste modelo para depuração. O seu débito é de 13.000 litros por hora e simultaneamente esteriliza pelo cloro. A cada Divisão Militar são atribuídos 2 destes carros e igualmente se atribuem 2 aos Corpos de Exército. Os carros-tanque grandes, de capacidade para 1.000 litros e os reboques de água, para 800 litros, estão igualmente equipados com filtros metálicos. O mesmo equipamento é instalado nos carros de água destinados às tropas aero-transportadas. Estes carros são de modelo mais pequeno, apenas com 400 litros de capacidade, para poderem ser transportados em avião (Dakota) e rebocados por Jeep.

«*Milbank-Bag*» — Saco filtro. — O Milbank Bag é um pequeno saco filtrante que faz parte do equipamento individual das tropas destinadas a campanhas coloniais. Pesa 84 gramas e demora cerca de 5 minutos a filtrar 1 litro de água.

Afecções dos pés — Pé de trincheira e pé de atleta

Entre as afecções que durante as campanhas coloniais da última guerra se destacaram, pelo grande número de casos observados e pela acuidade que o problema por vezes revestiu, figuram o «*pé de trincheira*» e o «*pé de atleta*», diferentes na etiologia e na patogenia mas semelhantes nas consequências militares: a invalidação, temporária ou definitiva, dos soldados atingidos.

Na Escola de Higiene de Mytchett estas afecções são encaradas com a importância que merecem e em todos os cursos para médicos figura uma aula, a que nos foi dado assistir, destinada à exposição deste capítulo nosológico, com projecções que documentam a etiologia, o tratamento e a profilaxia dos quadros clínicos vulgarmente designados por «*pé de trincheira*» e «*pé de atleta*».

A primeira destas afecções, menos frequente mas muito mais grave, traduz-se clinicamente por síndrome isquémico devido a vaso-constricção local. Depende fundamentalmente das condições circulatórias das extre-

midades inferiores e da temperatura ambiente. O frio e o aperto do calçado são os principais factores a incriminar na etiologia deste síndrome. As medidas preventivas consistem na adopção de rigorosos preceitos higiénicos para os pés, com lavagens frequentes, enxugo perfeito e fricções estimulantes. Deve evitar-se o uso prolongado do calçado; sempre que haja possibilidade devem tirar-se as botas durante o sono e os repousos prolongados.

O «pé de atleta» (Pé de Hong-Kong ou de Singapura, Epidermofítia plantar), afecção muito frequente nos climas tropicais é devido a micose cutânea produzida pela «Tinea interdigitalis» ou «Tinea pedis». A sua incidência foi muito elevada nas campanhas do extremo-orient, onde invalidou temporariamente grande número de militares.

A profilaxia desta incómoda afecção baseia-se no despiste precoce e no tratamento imediato dos casos que se manifestem e na supressão das fontes de contágio, principalmente meias e botas contaminadas e os estrados e capachos de madeira ou fibra usados nos balneários. Os próprios pavimentos de madeira dos lavabos são óptimos locais para a propagação dos fungos infectantes, pelo que exigem cuidados especiais.

O tratamento consiste no repouso e arejamento dos pés lesados, pedilúvios antissépticos com «ensol» ou permanganato de potássio, aplicação de pós absorventes e fungicidas ou de unguentos benzoinados, como pomada de Whitfield. A pintura das lesões locais com fucsina ou roxo de genciana a 2%, — método de Castellani —, dá resultados bastante satisfatórios. O tratamento deve prolongar-se pelo menos durante um mês após a cura aparente, sendo de aconselhar o uso continuado de pós absorventes suaves.

O *Dithranol* foi a grande inovação terapêutica do «pé de atleta». Os resultados obtidos com este preparado, muito em louvor na Escola de Mytchett, são francamente bons e superam largamente os tratamentos anteriores, incluindo o método de Castellani. O *Dithranol* usa-se em pó e em pomada a 0,5 ou 1%.

VI — O Depósito de Material Sanitário do Exército

O Depósito de Material Sanitário do Exército (Army Medical Store) está situado em Andover, distante dos Hospitais e Estabelecimentos Sanitários existentes na zona militar de Aldershot.

Dispõe de amplas instalações, de construção bastante simples, que consistem numa série de armazéns de um só piso, uns contíguos, outros isolados, de estrutura metálica e paredes de tijolo branco. A compartimentação interior é feita com rede forte de ferro zincado, assente em paredes de tijolo de pouca altura. Os armazéns são muito espaçosos e permitem boa arrumação de todo o material. Estão providos de aparelhagem mecânica para transporte e elevação dos volumes de grande peso ou de grandes dimensões.

O Depósito tem linha férrea privativa, em extensão das linhas que servem a região de Andover, com cais diferentes para carga e descarga do material sanitário. O seu comando está confiado a um tenente-coronel do Serviço de Saúde, oficial não médico, que nos recebeu e acompanhou durante a visita feita e forneceu todos os esclarecimentos necessários.

A parte de material sanitário que o Depósito tem a seu cargo abrange apenas medicamentos, pensos, material cirúrgico e material das especialidades, soros e vacinas, caixas e cestos de material sanitário e medicamentos para as formações sanitárias de campanha e material hospitalar. As roupas e mobiliário hospitalar bem como o material pesado — carros e automóveis sanitários, tendas, carros de água, etc. — estão armazenados ou recolhidos em depósitos e parques de outros serviços.

Sob o ponto de vista de condições de armazenagem e conservação do material, nada há de especial a mencionar. O Serviço de Saúde inglês ressentia-se ainda do tempo de guerra, não constituindo preocupação de momento os assuntos referentes à conservação do material. A preocupação dominante destes últimos anos tem sido satisfazer rapidamente as enormes requisições de material sanitário indispensável a um grande exército em campanha, tarefa absorvente e exgotante.

A função atribuída ao *Army Medical Store* é diferente da que compete ao nosso Depósito de Material Sanitário, especialmente no que se refere a medicamentos e produtos farmacêuticos. O Exército Britânico não inclui organização farmacêutica nem dispõe de farmácias privativas. Tem apenas 4 oficiais farmacêuticos que desempenham funções de consultores técnicos e de peritos. Por este motivo o *Army Medical Store*

tem a seu cargo a aquisição, a armazenagem e o fornecimento de todas as drogas, medicamentos, soros e vacinas destinados aos hospitais e formações sanitárias, tanto em tempo de paz como em tempo de guerra. O mesmo se dá quanto a instrumental cirúrgico, artigos de borracha e material de uso corrente, pelo que as cargas existentes no Depósito são constantemente renovadas e recuperadas por aquisição nos mercados civis.

Os artigos de borracha guardam-se em armários de modelo especial, em que, além do pó de talco, largamente utilizado, se usa também o *queroseno* como elemento conservador. Para este efeito os armários são providos de um dispositivo especial onde se coloca o *queroseno*.

*

De entre o numeroso material que nos foi dado observar merece referência especial, pela novidade e pelo interesse médico-castrense, o equipamento de primeiro socorro destinado aos carros de combate. Este material é destinado a ser utilizado pelo próprio pessoal tripulante dos carros e cada caixa contém uma folha com instruções sumárias para o seu emprego.

Há 3 tipos de caixas com material de primeiro socorro. Dois destes tipos, grande e pequeno, (5A e 4A), são transportados no interior dos carros. O outro modelo, (26A, External component) é acondicionado no exterior dos carros para utilização eventual nos casos em que seja necessária a sua evacuação urgente.

A composição da carga dos três tipos de equipamento pode sintetizar-se da seguinte forma:

- *Material de penso*. Gase hidrófila, pensos de gase, ligaduras, envólucros impermeáveis para queimaduras das mãos.
- *Medicamentos anestésicos e anti-dolorosos*. Morfina em comprimidos e ampolas-seringa e clorofórmio anestésico em pequenas ampolas de 2,5 c. c. (40 minims).
- *Medicamentos contra queimaduras*. Pomada de sulfanilamida a 3%, em bisnagas, e bicarbonato de sódio.

O bicarbonato de sódio em soluto (uma colher de sopa para cerca de $\frac{1}{2}$ litro de água), destina-se à lavagem das queimaduras produzidas por fósforo. Nas queimaduras de outra etiologia usa-se a pomada de sulfanilamida em aplicação local.

O clorofórmio emprega-se para obter uma breve obnubilação anestésica dos feridos graves que se pretendam remover do interior dos carros. Aplica-se quebrando uma ampola num lenço, fazendo-se seguidamente inalar pelo ferido os vapores de clorofórmio. Geralmente uma ampola é suficiente para obter o efeito desejado, mas podem usar-se duas quando necessário.

Os comprimidos de morfina destinam-se a aplicação sub-lingual em casos de queimaduras ou ferimentos muito dolorosos.

VII — Medicina aeronáutica

O Instituto de Medicina Aeronáutica da R. A. F.

Por amável convite do Group-captain J. S. Carslaw, antigo chefe do Serviço de Saúde das forças inglesas nos Açores e actualmente comandante do R. A. F. Medical Corps Depot (Centro de Instrução do Serviço de Saúde da R. A. F.), tivemos oportunidade de visitar o «Institute of Aviation Medicine» da Royal Air Force, em Farnborough.

O Instituto, de criação relativamente recente, tem boas instalações e está apetrechado com magnífica aparelhagem destinada ao estudo da fizio-patologia do pessoal aviador. Na nossa visita a este interessante estabelecimento fomos acompanhados pelos colegas ingleses Group-captain Carslaw e Squadron-leader W. K. Stewart, oficial médico em serviço no Instituto, que gentilmente nos elucidou sobre o funcionamento geral dos diferentes serviços e sobre a utilização da aparelhagem existente. A visita feita deixou-nos impressões muito lisonjeiras, que com toda a justiça nos aprez registar.

Para estudos de fizio-patologia dos aviadores dispõe o Instituto de câmaras de pressão, a cujo funcionamento assistimos, e que permitem, por meio de um sistema regulador da pressão e da temperatura, proceder a observações fizio-clínicas em condições semelhantes às que se verificam durante o voo em qualquer altitude ou clima. Tem além disso laboratórios, devidamente apetrechados, de fisiologia, histologia, hematologia e bio-química. A sua acção não se limita exclusivamente a estudos fizio-patológicos. O seu programa de trabalhos inclui, entre vários outros assuntos, o estudo das condições de voo do pessoal aeronáutico no que respeita a indumentária e a meios de protecção.

Numa secção especial estudam-se todos os assuntos referentes ao salvamento de aviadores caídos no mar, problema que durante a guerra se revestiu da maior importância. Para este efeito existe uma pequena piscina construída no interior do edifício em que a temperatura da água se pode regular voluntariamente. Por simples imersão na piscina ou por queda de lugar elevado, verificam-se as consequências do choque sofrido e da acção da temperatura da água sobre o organismo humano e sobre os trajes usados nas experiências. Para mais perfeita documentação destes problemas têm-se feito experiências com indivíduos anestesiados que se lançam à água, de forma a excluir a possibilidade de reacções conscientes.

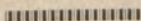
O Instituto possui um curioso museu onde se pode acompanhar a evolução dos trajes e do equipamento de voo usados pelos aviadores desde a guerra de 1914 até ao fim da última guerra e fazer o estudo retrospectivo da protecção dispensada ao pessoal aeronáutico, capítulo em que a medicina tem prestado valiosa colaboração.

*

* *

Para fecho destes apontamentos resta-nos testemunhar a todos os colegas e camaradas ingleses, que nos acolheram com tanta simpatia, a nossa gratidão pelas informações tão gentilmente fornecidas e pelas atenções que nos dispensaram. É-nos muito grato reconhecer que o interesse e a consideração com que fomos recebidos se deve incontestavelmente ao alto prestígio de que o nosso País actualmente disfruta. Muito grato nos é também reconhecer a esplendida organização e o elevado nível técnico do Serviço de Saúde inglês, que tão bem justifica, mesmo em tempo de paz, a formosa divisa da corporação dos médicos militares — «In Arduis Fidelis».

Lisboa, 1949.



HOSPITAL MILITAR, PRINCIPAL

ENFERMARIA DE CIRURGIA 2

ORTOPEDIA

Pelo Capitão Médico FERNANDO DE MAGALHÃES

Quando, dentro de um organismo de trabalho, se concede certa autonomia a um determinado sector da sua actividade, é uso no fim de certo tempo expor qual foi o seu labor, um pouco para justificar a sua emancipação, mas principalmente para mostrar mais tarde o seu desenvolvimento ao compulsar elementos similares dos anos anteriores. Com o presente relatório pretendemos dar conta do movimento da Secção de Ortopedia que na Enfermaria de Cirurgia 2 funciona desde 11 de Setembro de 1946, data em que por Ordem Hospitalar n.º 254, a Ex.^{ma} Direcção deste Hospital entendeu considerar esta Enfermaria especializada em Ortopedia. Os modernos princípios da organização hospitalar e o conceito de Ortopedia como ramo especial da Cirurgia, com as suas conhecidas exigências técnicas, foram decerto as razões que presidiram à criação desta Secção no Serviço de Cirurgia, para a qual de resto nos tínhamos previamente preparado, através de um estágio oficial em Serviços Ortopédicos Ingleses.

Não temos a preocupação de apresentar os êxitos terapêuticos obtidos nem citar os maus resultados verificados, consequência de uma técnica apurada ou menos cuidada dos casos que nos foram entregues. Temos apenas a pretensão de fazer estatística com o número de doentes tratados, como internados e em consulta externa, somente no que diz respeito aos números globais. A média de hospitalização por doença e os resultados obtidos com algumas técnicas seguidas, serão objecto de trabalho ulterior, jogando com um número mais avultado de doentes. Os elementos a fornecer à Secção com vista a uma maior eficiência no tratamento e recuperação dos doentes, serão objecto de algumas considerações que fecham este relatório.

A denominação de Ortopedia parece restrita em relação às actividades desta Secção; orto-direita, pedia — de crianças, seria a arte de prevenir e corrigir as deformidades na criança, tal como a definiu o francês Andry em 1741. A Cirurgia Traumática ou Traumatologia seria aparentemente mais expressiva, mas esta eliminaria a verdadeira Ortopedia e ultrapassava as possibilidades da Secção quando em presença de lesões traumáticas pertencendo à cirurgia abdominal, torácica,

oftalmológica, oto-rino-laringológica, etc. Ortopedia e Cirurgia Traumática do aparelho locomotor seria quanto a nós, a expressão correcta, mas a tendência actual é incluir esta última na designação de Ortopedia. Foi esta a solução proposta pela Comissão Promotora da Sociedade Portuguesa de Ortopedia quando recentemente definiu, nos seus estatutos, a Clínica Ortopédica como «a Secção das Ciências Médicas que tem por fim evitar, curar ou remediar faltas, deficiências de forma ou de função, do aparelho locomotor, quer congénitas quer traumáticas, quer adquiridas de qualquer outro modo, e que nos seus limites se devem considerar todas as doenças, afecções ou acidentes que provoquem perda, deformação ou restrição da actividade normal do aparelho locomotor (osteo-neuro-muscular) originando problemas de natureza cirúrgica, médica ou de prótese, em que o espírito ortopédico domina». Esta definição diz-nos bem as infinitas possibilidades da Ortopedia, assim como o seu desenvolvimento lento mas progressivo através dos tempos nos mostra o que tem sido a luta separatista desta especialidade da Cirurgia Geral.

Quando, depois da guerra de 1914-18, a Ortopedia apresentou um apreciável progresso e alguns exércitos contavam um bom número de cirurgiões especializados, os bons serviços da especialidade foram esquecidos até que, pouco antes da segunda guerra mundial, o austríaco Lorenz Böhler estabeleceu uma escola com a vulgarização da sua «Técnica do Tratamento das Fracturas» que marca bem uma etapa importante na história do desenvolvimento da Cirurgia Ortopédica.

Com a última guerra, novamente esta especialidade voltou a desenvolver-se e a aperfeiçoar-se, mantendo-se hoje ainda pelos seus próprios méritos em actividade plena de interesse. O desenvolvimento industrial, o aumento considerável do número de meios mecanizados, trazendo um aumento notável do ritmo da vida, condicionam hoje um número espantosamente grande de acidentes traumáticos que contribuem para que a Cirurgia Ortopédica se mantenha permanentemente em acção, tanto mais que a grande maioria dos acidentes tem a responsabilidade de Companhias de Seguros que pretendem o melhor resultado funcional dos seus casos, com vista aos encargos inerentes. No meio militar e em tempo de paz, prova-se pelos números adiante apresentados, que também a vulgarização dos meios de transporte mecanizados, certos tipos de instrução, militar, o desenvolvimento da aviação, etc., fazem aumentar grandemente o número de acidentados; e aqui, não havendo companhias de Seguros a exigir bons resultados, e atenuando mesmo a preocupação de uma boa recuperação para o Exército, há a atender à

idade em que a maioria dos indivíduos nos são entregues; para a sua futura vida civil, devemos contar essencialmente com uma recuperação funcional perfeita, pois a reforma por aleijão ou deformidade não é de considerar como solução compensadora. Reputamos, portanto, o aperfeiçoamento da Ortopedia uma necessidade premente no meio militar.

O trabalho nesta Secção tem sido executado em condições que não podem persistir, impondo-se a sua instalação conveniente com um mínimo de conforto para os doentes nela internados e um mínimo de comodidade para os doentes da consulta externa: oficiais, sargentos e suas famílias e soldados. A instalação actual, nitidamente provisória, está votada a desaparecer e a passagem, que foi recentemente proposta, para o edifício onde se encontram os Serviços de Radiologia e Fisioterapia, parece-nos resolver satisfatoriamente as deficiências actuais, porquanto estes dois Serviços têm que ser colaboradores muito próximos da Ortopedia. Esta solução afastará a Secção de Ortopedia do Serviço de Cirurgia; porém, julgamos necessário que, para melhor contróle e assistência aos doentes desta Secção, todos eles vivam dentro da mesma instalação, quer sejam oficiais, sargentos ou soldados. A dispersão por outras enfermarias, como se observa agora nas enfermarias de operados, de sargentos e quartos de oficiais de Serviço de Cirurgia é prejudicial, não só pela vizinhança pouco recomendável doutros casos, como pela falta de enfermagem especializada. Este desiderato só é conseguido com a criação de um Serviço de Ortopedia dispondo de instalações e pessoal próprio, de modo a satisfazer as exigências do funcionamento deste Sector da Cirurgia que, pela sua importância especial, bem merece a sua emancipação.

Com a existência deste Serviço, outro melhoramento, que reputamos importante, poderá ser introduzido nos Serviços de Cirurgia de urgência do nosso Hospital — a criação de um Serviço ou Banco de Acidentes — perfeitamente justificado pelo número de traumatizados que acorrem de urgência ao Hospital. Este Serviço de Acidentes seria atendido pelo pessoal médico e de enfermagem do Serviço de Ortopedia em dependência anexa ou própria do dispositivo atrás referido. Esse dispositivo, compreendendo a Ortopedia, Radiodiagnóstico, e Fisioterapia, deverá anexar uma Secção de Neurocirurgia, pois é apreciável o número de traumatizados do crâneo e da coluna vertebral que exigem a assistência do neurocirurgião.

Quanto a pessoal médico, julgamos necessário que, além do chefe, o Serviço disponha de dois assistentes, sendo conveniente que um destes tenha conhecimento de anestésias para assegurar até certo ponto a cons-

tituição de uma equipa completa. Quanto a pessoal de enfermagem, julgamos que, além do quadro actual da enfermaria, uma equipa de dois enfermeiros ou enfermeiras para o bloco operatório serão suficientes.

Lisboa e Hospital Militar Principal, 30 de Dezembro de 1950.

CASUISTICA DO SERVIÇO DESDE 1947 A 1950

DOENTES INTERNADOS

	1947	1948	1949	1950
Janeiro	30	28	27	25
Fevereiro	19	28	29	25
Março	29	45	47	78
Abril	39	70	83	103
Maio	50	62	81	102
Junho	71	90	91	113
Julho	49	43	68	93
Agosto	46	58	41	75
Setembro	26	34	53	54
Outubro	40	39	67	55
Novembro	29	39	43	44
Dezembro	23	22	28	30
<i>Total</i>	450	547	658	797

DOENTES EXTERNOS

Ano de 1947	Total: 670
Ano de 1948	Total: 786
Ano de 1949	Total: 759
Ano de 1950	Total: 979

a) — Nestes números não estão incluídos os doentes internados nas enfermarias de Sargentos de Cirurgia n.º 1, Quartos de Oficiais e Pavilhão da Família Militar que, em número apreciável, estiveram a cargo da Secção de Ortopedia, por não se encontrarem inscritos nos registos da Enfermaria.



O SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL ⁽¹⁾

PRIMEIRO ANO DE FUNCIONAMENTO

Pelo Tenente Médico ROCHA DA SILVA

Foi o Ex.^{mo} Brigadeiro Director do Serviço de Saúde Militar, numa sessão em que fizemos uma conferência de actualização electrocardiográfica, ao afirmar ser a Cardiologia «a mais importante especialidade médico-castrense do tempo de paz», quem nos inspirou a ideia da criação de um Serviço dessa especialidade no nosso Hospital.

Quatro anos de consecutivo serviço na Clínica Médica tinham-nos convencido das vantagens da criação de um Serviço especializado para tratamento das doenças cardio-vasculares, não só pelo grande número de doentes desse foro que então passavam pela nossa Enfermaria e consulta, mas também pelos que apareceriam se o Serviço fosse criado. Ao contrário do que acontece na Biologia onde «a função faz o órgão», nós supnhamos que a existência do órgão desenvolveria muito a função.

Agora, um ano depois da criação do Serviço de Cardiologia do Hospital Militar Principal, ao registar qual foi o movimento desse Serviço, verificámos com prazer que factos e números deram razão àqueles que, apoiando as nossas sugestões, realizaram a ideia criando o Serviço.

Antes de entrar pròpriamente na descrição dos factos e citação dos números, queremos referir as condições em que o Serviço foi criado e como funciona.

Em Julho de 1949, o nosso Chefe de Clínica Médica, a quem tínhamos exposto o plano da criação de um Serviço de Cardiologia para este Hospital, animou-nos com o seu apoio a expor o assunto superiormente. Obtida a favorável informação do Director deste Estabelecimento e com a aprovação do Ex.^{mo} Brigadeiro-Director do Serviço de Saúde Militar, que se dignou introduzir algumas modificações na primitiva exposição, foi o assunto submetido a despacho do Ex.^{mo} Ministro da

(1) Recebido para publicação em Novembro de 1950.

Guerra. Esse despacho consta da O. S. n.º 225 deste Hospital, de 28 de Setembro de 1949 e é do teor seguinte:

O. H. N.º 225, de 28/9/49

.....

Artigo 4.º — Serviço de Cardiologia:

- I) — Que, de acordo com o despacho de Sua Ex.^a o Ministro da Guerra de 22-8-49, transmitido a este Hospital na nota n.º 2.490-7-2, de 23 de Agosto de 1949, da 1.^a Rep. da D. S. S. Militar, é criado neste estabelecimento o «Serviço de Cardiologia do Hospital Militar Principal». Este Serviço fica anexo à Clínica Médica de que constituirá um órgão autónomo de estudo, diagnóstico e tratamento das doenças cardio-vasculares.
- II) — É encarregado deste serviço, como seu chefe, o cardiologista e assistente de Clínica Médica deste Hospital, ten.-médico Francisco Filipe Rocha da Silva.
- As funções de preparador de electrocardiografia e o de arquivista do Serviço serão desempenhados pelo furriel enfermeiro Júlio dos Santos Pimenta. Este acumulará estas funções com as de encarregado das consultas externas de Cardiologia e Clínica Médica.
- III) — A Secção de internamento do Serviço de Cardiologia funcionará na Enfermaria de Medicina n.º 1 e será constituída por 15 camas dessa Enfermaria a esse fim destinadas.
- Para aí serão enviados os doentes que baixarem com diagnóstico de doença cárdio-vascular e transferidos, mediante proposta ao Ex.^{mo} Sr. Director, todos aqueles cujos clínicos assistentes ou o Chefe do Serviço de Cardiologia entendam carecer de diagnóstico ou tratamento especializado.
- IV) — É criada a Consulta externa de Cardiologia do Hospital Militar Principal. Esta consulta do Serviço de Cardiologia será assegurada pelo encarregado desse Serviço, que, por esse facto, não terá outro serviço de Consulta externa ou de observação de doentes externos na Clínica Médica.

Esta Consulta funcionará nos moldes superiormente aprovados para as restantes consultas deste Hospital e terá lugar às 5.^{as} feiras, às 9h30, devendo as guias ser entregues até às 9 horas.

O número de inscrições é limitado a 5 doentes de primeira vez e 10 de segunda.

De futuro o serviço de electrocardiografia para doentes externos será assegurado por intermédio da Consulta de Cardiologia».

.....

Assim foi criado um Serviço autónomo de Cardiologia neste Hospital.

Iniciámos, então, o nosso trabalho, de que vamos dar breve resenha.

Convém que duas dificuldades da nossa actuação fiquem registadas, não apenas para que nos sejam relevados muitos defeitos do trabalho realizado, mas principalmente para serem, se possível, remediadas de futuro.

Em primeiro lugar, só podemos, durante seis meses deste ano, dedicar toda a nossa actividade ao serviço hospitalar. Durante os outros seis, tivemos de sofrer difíceis acumulações com *Escola de Recrutas*, *Curso Técnico* e até *serviço de guarnição*.

E, mesmo na actividade hospitalar, e esta foi a segunda dificuldade, a de se acumular o Serviço de Cardiologia com o da Clínica Médica. E, na enfermaria a nosso cargo, passaram no último ano, 267 doentes com um total de 5.532 dias de hospitalização.

Só foi possível levar a cabo esse trabalho de clínica geral, com a valiosa colaboração que nos prestou, durante o seu tirocínio, o tenente-médico Correia Anacleto.

Seguidamente resumiremos os vários aspectos da actividade deste Serviço, no ano que passou.

SECÇÃO DE INTERNAMENTO

Passaram por esta Secção, que abrange 15 camas da Enfermaria de Medicina n.º 1, 125 doentes, com 15,88 dias de hospitalização média, num total de 1.986 dias de internamento.

Consultando o quadro nosológico que juntamos, (Anexo 1), verifica-se estar em primeiro lugar, em número de espécies, a rubrica de doença funcional cárdio-vascular, em que englobamos as várias situa-

ções conhecidas por eretismo cardíaco, astenia neuro-circulatória, síndrome de esforço, neurose cardíaca, doença de Da Costa, coração erectil do soldado, etc. Por si só, este capítulo mereceria uma desenvolvida referência, pois a importância que disfruta na prática civil é ainda aumentada na medicina militar, onde a idade e condições de vida dos seus elementos os predispõe para este tipo de perturbações. Dentro do grupo incluímos situações dispare sobre o ponto de vista médico-militar, pois se há casos perfeitamente compatíveis com o serviço, outros, a nosso ver, constituem motivo de total incapacidade. Um dos pontos mais delicados na selecção, constitui a justa avaliação do grau em que a doença funcional cárdio-vascular incapacita para o serviço. Para esse efeito, lançámos mão de várias provas funcionais cuja descrição alongaria demasiado estas linhas, tanto mais que é nossa intenção occuparmo-nos, oportunamente, deste assunto.

A seguir em importância numérica, figuram os indivíduos sem doença ou com outras doenças. Como em todos os Serviços congéneres é grande o número de doentes nestas condições, pois muitos são os que julgam sofrer do coração e não sofrem. O coração pode bem chamar-se «esse grande acusado, tantas vezes inocente»...

Como causa mórbida de maior importância figura a doença reumática. É confrangedor ver o número de indivíduos definitivamente inutilizados por este flagelo social. No nosso Serviço procurámos pôr em prática as medidas profiláticas ao nosso alcance, no sentido de procurar proteger o miocárdio, embora conheçamos a fraca eficácia dessas medidas.

A grande maioria dos nossos reumáticos só teve alta depois da devida esterilização dos focos (amigdalectomia na grande maioria dos casos) e com velocidades de sedimentação normais. Em todo o caso considerámos a percentagem de reumatismos cardíacos com alta. Não se registaram, em soldados, casos fatais.

Ainda dentro da actividade desta Secção, houve grande número de oficiais e sargentos tratados em regime de internamento.

Nestes doentes, a patologia cárdio-vascular apresentou os mais variados aspectos. Tivemos casos da maior gravidade e registaram-se quatro óbitos.

É de acentuar que as condições de internamento para oficiais e sargentos, no que diz respeito a enfermagem, não são as mais favoráveis.

Se podessemos internar os nossos cardíacos, oficiais e famílias, no Pavilhão da Família Militar, embora durante um tempo limitado e num

número restrito de quartos, muitos benefícios adviriam para esses doentes. É uma sugestão que aqui deixamos registada.

CONSULTA EXTERNA

Nesta rubrica temos de considerar dois tipos de actividade perfeitamente diferenciada. É, por um lado, a observação dos mancebos enviados pelas Juntas de Recrutamento à Junta de Recurso e aos quais esta pede uma observação especializada. Por outro lado, a consulta destinada a militares e famílias.

Observámos este ano 75 mancebos nas condições citadas. Esta observação representa geralmente um difficil problema clínico e médico-castrense. As Juntas de Recrutamento, quando a lesão é nítida, enviam os seus portadores directamente para a incapacidade. Para nós, vêm os casos duvidosos. Ora, no foro cárdio-vascular, em que consistem os casos duvidosos? Geralmente trata-se de indivíduos quase sem queixas, ou com queixas de tipo funcional e portadores de um sopro, vulgarmente sistólico. A destrinça destes sopros sistólicos é, no nosso caso, bastante difficil pois os seus portadores não nos fornecem anamnese digna de crédito: se querem fazer serviço, declaram-se sempre saudáveis e sem queixas; se a ele se pretendem eximir, tiveram reumatismo e o menor esforço os cança. Temos, pois, de recorrer quase exclusivamente aos dados de observação. Ora estes casos são geralmente sub-clínicos. Isto é: representam situações que, na prática civil, não procurariam o médico e sobre os quais pouco se tem escrito.

O electrocardiograma não é, nestas idades e para este tipo de doentes, de grande socorro. Resta-nos conjugar um possível aumento da sombra cardíaca com a intensidade e características acústicas dos sopros, para com o auxílio de provas funcionais, formar um juízo sobre a capacidade militar destes mancebos.

De um modo geral, consideramos aptos todas aqueles em que um sopro sistólico aparece como elemento isolado de observação. Um sopro sistólico, aliado a hipertrofia cardíaca, constitue uma forte razão de rejeição, que é absoluta se há qualquer anormalidade electrocardiográfica aliada àqueles dados clínicos e radiológicos.

Este esquema, falível como todos os esquemas biológicos, prestou-nos alguns serviços.

Na apreciação destes casos foi-nos do maior auxílio a experiência e o bom conselho do Ex.^{mo} Chefe da Clínica Médica, Major-Médico João Manuel Rodrigues, a quem sempre recorremos nos casos difficeis.

A outra actividade de Consulta externa constou da Consulta destinada a militares e famílias. Pela primeira vez neste Hospital se limitou a inscrição de doentes: 5 de primeira vez e 10 de segunda vez.

Foi-nos grato verificar ter correspondido a criação do Serviço de Cardiologia a uma real necessidade. Sempre em todas as consultas o número de inscritos excedeu o número de vagas. Embora este facto represente um atraso na observação de alguns, representa para todos a certeza de uma observação mais cuidada. As nossas observações incluem sistematicamente um exame radioscópico e, sempre que necessário, um exame dos fundos oculares e electrocardiograma, feitos no próprio acto da consulta.

O movimento crescente de doentes faz prever, para breve, a necessidade de desdobrar a Consulta. Nesse desdobramento manter-se-á o actual sistema limitado de inscrições que tão bem tem provado.

ELECTROCARDIOGRAFIA

Todos os traçados foram feitos, pelo menos, em 12 derivações: colaram-se nos impressos de que se junta um modelo (Anexo 4) e tiveram o respectivo relatório.

Como aparelhagem, o Serviço dispõe de um velho aparelho Siemens ainda em bom uso, de um «Triplex» com possibilidade de fono-cardiografia e de um «Júnior» portátil, estes dois últimos de mau rendimento técnico.

Recentemente, o Serviço foi dotado de um «Viso-Cardiette Sanborn» de inscrição directa, que trabalha com o electro-manómetro.

Como noutro lugar se regista, de todos os traçados ficou cópia integral e foi feita a classificação por diagnósticos.

OXIGÉNIO-TERÁPIA

O nosso serviço está equipado com um completo jogo de máscaras e sondas, incluindo uma máscara de pressão positiva, o que lhe permite assegurar a oxigénio-terapia em boas condições técnicas. Existe também uma tenda de oxigénio e respectivo analisador, que não teve este ano ocasião de funcionar. De resto, esta terapêutica perdeu parte da sua importância como noutro lugar, a propósito do Congresso de Cardiologia, teremos ocasião de referir.

ARQUIVO

A organização do Arquivo é semelhante, nalguns pontos, à do modelar Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra que, graças à amabilidade do seu Director, Prof. Dr. João Porto, pudémos visitar antes de montar o nosso Serviço.

Estrutura-se na «Ficha-Clínica» do modelo junto (Anexo 3) e que é elaborada para todos os doentes internos e externos. Nela ficam registados os dados clínicos respeitantes aos doentes externos e a cópia resumida do boletim clínico para os internados. Esta ficha serve-nos também para arquivo de todos os exames feitos ao doente, incluindo as cópias dos electrocardiogramas, que são devidamente classificados por diagnósticos electrocardiográficos.

O registo geral por ordem alfabética é feito em cartões de cores diferentes para homens e mulheres.

Para os diagnósticos, utiliza-se outro modelo e usamos ainda cartões de identificação individual.

Há dois livros de registo geral de doentes por ordem de inscrição, um para doentes internos e outro para os externos.

Para os doentes internados, durante o tempo de permanência na enfermaria, há um quadro nosológico de cartões móveis por camas. Quando o doente tem alta, estes cartões são arquivados e ficam constituindo um arquivo auxiliar para consulta rápida na enfermaria.

CONGRESSO MUNDIAL DE CARDIOLOGIA

Em representação da Medicina Militar Portuguesa participámos neste importante Congresso, que teve lugar em Paris, no mês de Setembro p. p.

Foi este o primeiro Congresso de Cardiologia de âmbito mundial e dele nasceu a Sociedade Internacional de Cardiologia, a que ficamos pertencendo com a categoria de sócio fundador e titular.

De entre os temas abordados destacou-se, pela importância e número de comunicações de que foi objecto, a Secção dos «Métodos Gráficos». Ficou bem assente a importância primordial, para o diagnóstico cardíaco-vascular, de novas técnicas, especialmente da vectorcardiografia, angiocardigrafia e electroquimografia. E chamamos-lhes novas em virtude de só agora se tornarem acessíveis à prática corrente, pois as suas origens datam já de muitos anos.

Estamos empenhados em introduzir no nosso Serviço estas técnicas, e para isso está autorizada a aquisição de um Vectorcardiografo.

Nesse Congresso discutimos algumas comunicações, em especial as referentes a oxigénio-terapia, assunto em que no ano passado muito praticámos. Os nossos pontos de vista concordaram com os da maioria dos autores, e hoje parece assente não ser esta terapêutica uma panaceia, antes um método terapêutico que envolve sérios riscos.

A propósito deste assunto fizemos uma curta comunicação sobre um caso que, pela sua importância, julgámos interessante relatar. Tratava-se de um doente portador de um «cor pulmale» crónico e com grande e antiga cianose. Iniciámos, a pedido do médico assistente, (também do quadro deste Hospital), a oxigénio-terapia, constando de aplicação, com máscara, de oxigénio a 50%, em sessões de uma hora. Logo na primeira sessão assistimos a este facto curioso: após a aplicação da máscara a cianose diminuía e normalizava-se o aspecto do doente. Mas depois de 10 minutos de tratamento, estando aquele quase sem cianose, a dispneia aumentava a tal ponto que, se não se tirasse a máscara, sobrevinha uma síncope respiratória. Este facto repetiu-se várias vezes e levou-nos a interromper o tratamento. Quer dizer: a acção depressiva do oxigénio no centro respiratório sobrepunha-se à acção benéfica que um sangue mais ricamente oxigenado poderia trazer ao doente.

Se pensarmos na complexidade do fenómeno respiratório com as suas múltiplas características, fermentativas e outras, compreendemos que a administração de um dos elementos dessa complicada cadeia não pode, por si só, modificar tão complexo fenómeno. Em resumo: o oxigénio deve limitar-se na prática cárdio-vascular àqueles doentes que sentem melhoras subjectivas com a sua aplicação.

Foi este o resumo da nossa comunicação a esse Congresso.

CONCLUSÃO

Vejamos agora quais são os projectos para este novo ano de actividade.

Importantes problemas clínicos e médico-militares estão incluídos no nosso plano de trabalho. A doença funcional cárdio-vascular constitui um vasto campo de estudo, para o qual já acumulámos algum material que, esperamos, dê os seus frutos deste ano. A «Tabela das lesões para uso das Juntas-Médicas Militares», na parte que às doenças circulatórias diz respeito, pode carecer de uma actualização; temos de estar preparados para este estudo. Há que melhorar as condições de trata-

mento dos oficiais e sargentos internados por doenças do foro cárdio-vascular. Vamos ter este ano a nosso cargo algumas aulas do Curso de Aperfeiçoamento.

Estes e outros assuntos vão, pois, juntar-se àqueles que constituem a actividade corrente do Serviço.

Mas a preocupação fundamental para o ano que entra, consiste na afinação das novas técnicas de diagnóstico cardiológico, que vão ser introduzidas no nosso Serviço. Algumas, como a vectocardiografia, constituem novidade no nosso País. Outras, como a angiocardiografia e a electroquimografia, são técnicas muito delicadas e morosas. A utilização do electro-manómetro também nos vai exigir muito tempo e esforço.

Há, finalmente, a necessidade de encarar o desdobramento da Consulta externa.

Para conseguir executar este programa, há uma condição indispensável: que a ele exclusivamente nos dediquemos.

Igualmente o preparador do Serviço, óptimo elemento, mas muito sobrecarregado, não deverá ter acumulações. A aprendizagem de todas as novas técnicas em que terá de colaborar, e o pesado encargo que já tem com a electrocardiografia, arquivo e consulta, impedem-lhe quaisquer outras actividades.

O trabalho realizado no ano que passou e a confiança no apoio e colaboração de todos que neste hospital trabalham, levam-nos a encarar com optimismo a tarefa, e, embora cónscios das nossas deficiências, temos esperança de a levar a bom termo.

No final deste pequeno relatório deve ficar registado o nosso reconhecimento ao Chefe da Clínica Médica e Direcção deste Estabelecimento, pelo valioso auxílio que prestaram ao Serviço de Cardiologia, no ano difícil da sua criação.

A referência especial tem direito o nosso Ex.^{mo} Director Tenente-Coronel Médico Pegado Machado, que tão bem soube compreender as nossas dificuldades e tanto carinho tem demonstrado pelo mais recente Serviço do seu Hospital.

Outubro de 1950.

Anexo 1

H. M. P.

Serviço de Cardiologia

Ano de 1949/50

Inscrições	382
Doentes cardio-vasculares	288
Com outras doenças e sem doenças	94
Doentes internados	125
Consultas	1.079

QUADRO NOSOLÓGICO

	Int.	Ext.	Total	%
Hipertensão	9	32	41	11,3
Hipotensão	2	2	4	1,1
Aortite {	1	3	4	0,8
	4	3	7	2,1
	4	19	23	7,4
Enfarto do miocárdio	3	11	14	4,4
Angor	3	14	17	5,3
Cardioesclerose	1	6	7	2,1
Miocardite indeterminada	3	6	9	2,7
Endocardite bacteriana sub-aguda	2	—	2	6,6
Coração reumatismal {	12	8	20	6,3
	14	16	30	8,6
Doença orgânica não diagnosticada	2	4	6	1,7
Cardiopatias congénitas {	—	1	1	0,3
	1	—	1	0,3
	1	2	3	1,0
Coração pulmonar	3	4	7	2,3
Arritmias e alterações de condução	9	18	27	7,4
Hipertrofia cardíaca sem lesão valvular	12	15	27	8,4
Doença funcional cardio-vascular	31	27	58	19,9

Anexo 2

RESUMO DO MOVIMENTO POR MESES

MESES	Inscri- ções	2. ^{as} Con- sultas	Total	ELECTROCARDIOGRAMAS		
				Inter.	Exter.	Total
Outubro	25	38	63	10	13	23
Novembro	16	36	52	6	9	15
Dezembro	22	32	54	4	2	6
Janeiro	23	59	82	2	5	7
Fevereiro	30	61	91	10	15	25
Março	42	96	138	9	14	23
Abril	42	69	111	10	11	21
Maió	31	71	102	10	12	22
Junho	35	76	111	12	14	26
Julho	44	68	112	17	29	46
Agosto	63	66	130	9	23	32
Setembro (a)	9	24	33	—	—	—
Totais	382	693	1079	99	147	246

(a) Licença do Chefe do Serviço.

HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Cardiologista: Dr. Rocha da Silva

N.º _____ FICHA CLÍNICA _____/_____/_____

Nome _____ idade _____ estado _____
 Naturalidade _____ residência _____
 Telef. _____ Parentesco: _____ Nome _____
 Posto _____ N.º _____ Unidade _____
 Enfermaria _____ Bol. Clínico N.º _____

I — Anamnese

1) A. Familiares — Pai _____ Mãe _____
 Cônjuge _____ Filhos _____
 Outros parentes _____
 2) A. Pessoais — Reumatismo, coreia _____
 Sífilis _____ Anginas _____
 Outras doenças infecciosas ou parasitárias _____
 Intoxicações _____ Disendocrinias _____
 Avitaminoses _____ Outras doenças _____

II — Doença actual: Início _____ Como se iniciou _____
 Dispneia _____
 Palpitações _____ Tosse _____
 Expectoração _____ Hemoptises _____
 Dores precordiais _____
 Lipotimias _____ Cefaleias _____ Zumbidos _____
 Diurese _____ Edemas _____
 Resumo: _____

III — Observação:

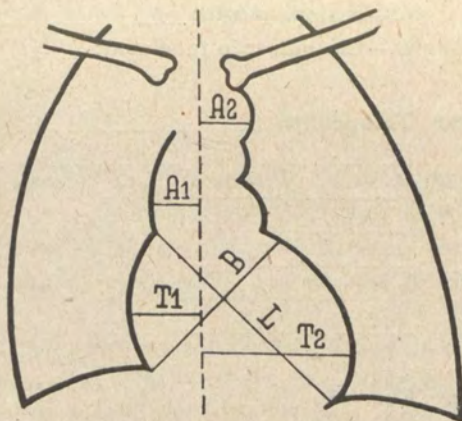
1.º Altura _____ Peso _____ Estado geral _____ Atitude de repouso _____
 Psiquismo _____ Temperatura _____ Respiração _____
 Pulso radial _____
 Palidez _____ Cianose _____ Dedos hipocráticos _____
 2.º Cabeça _____ Boca _____ Ouvidos _____
 Nariz _____ Garganta _____ Seios de face _____
 Olhos: Reflexos pupilares _____ Fundos: _____

- 3.º Pescoço.....Corpo tiróide.....
 Jugulares.....Pulsações anormais supra-claviculares.....
 Supra-esternais.....Dança das artérias.....
- 4.º Tórax. Inspecção.....
 Palpação.....Percussão.....
 Auscultação.....
- 5.º Coração e pedículo vascular. Inspecção.....
 Palpação.....
 Auscultação.....
- 6.º Abdómen.....
 Fígado.....Baço.....
 Genito-urinário.....
 Ascite.....
- 7.º Sistema nervoso.....Sensibilidades.....
 Paralisias.....Reflexos.....
- 8.º Pressão sanguínea; Tensão arterial.....
 Tensão venosa.....
 Velocidade circulatória.....
 Volémia.....Volume — minuto.....
 Volume sistólico.....
- 9.º Prova de esforço (Lewis)

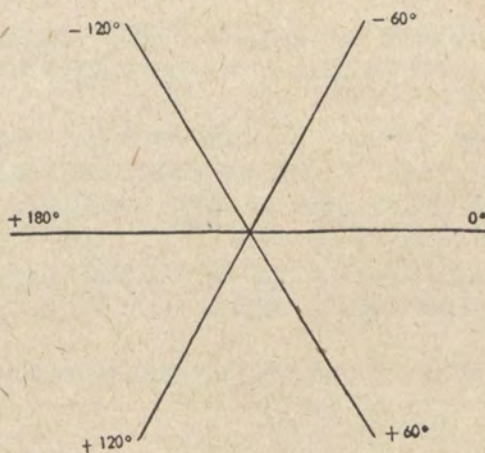
	Antes	Esforço	1 m	2 m	3 m	4 m	5 m	Normal aos m.
Pulso								
Tensão arterial								

- 10.º Espirometria. Capacidade vital.....
 Ar corrente.....Ar de reserva.....Ar complementar.....

11.º Exames radioscópicos e radiográficos:



12.º Electrocardiogramas:



13.º Vectocardiogramas:

- 14.º Exames laboratoriais: Urina
- Hemograma
- Velocidade de sedimentação..... Wassermann
- Azotemia..... Colesterolémia
- Metabolismo basal
-
-

15.º DIAGNÓSTICO

- A — Etiológico
- B — Anatómico
- C — Fisiopatológico
- D — Classificação funcional: grupo.

16.º Terapêutica

17.º Evolução

FEBRE AMARELA

REVISÃO DE CONJUNTO

Pelo DR. JOSÉ AUGUSTO LOPES BORGES D'ALMEIDA
Soldado Cadete N.º 12, do Curso de Officiais Milicianos Médicos de 1950-1951

DEFINIÇÃO

Soper deu uma definição magistral de febre amarela classificando-a como uma doença tropical, infecciosa, não contagiosa, de começo brusco e curta duração, produzida por um vírus específico e terminando com a morte ou restabelecimento completo produzindo uma imunidade duradoura.

Tem um período de incubação que varia entre três e seis dias e um quadro clínico com febre, dissociação da relação pulso-temperatura, albuminúria e tendência hemorrágica das mucosas do tubo digestivo e gengivas.

Segundo um critério clínico-imunológico só existe uma febre amarela, mas do ponto de vista epidemiológico é costume classificar a doença em duas variedades:

Febre Amarela urbana — Aegypti-transmitted — quando o vírus é inoculado pela picada do mosquito «*Aedes aegypti*».

Febre Amarela da selva — Quando ocorre na selva ou sua vizinhança e na ausência daquele mosquito, sendo possivelmente uma afecção de diversos animais selvagens, ocasionalmente transmitida ao homem por outros mosquitos ou quaisquer outros artropodos não completamente identificados.

Encontra-se espalhada a febre amarela por extensas áreas da América do Sul e da África.

RESUMO HISTÓRICO

Não se sabe se a febre amarela é originária da África ou da América.

Tão pouco se sabe ao certo de quando datam as primeiras epidemias da doença.

A primeira descrita como sendo de febre amarela foi a de Yucatan em 1848, sendo no entanto praticamente certo que, antes desta, outras teria havido, estando já a doença largamente espalhada.

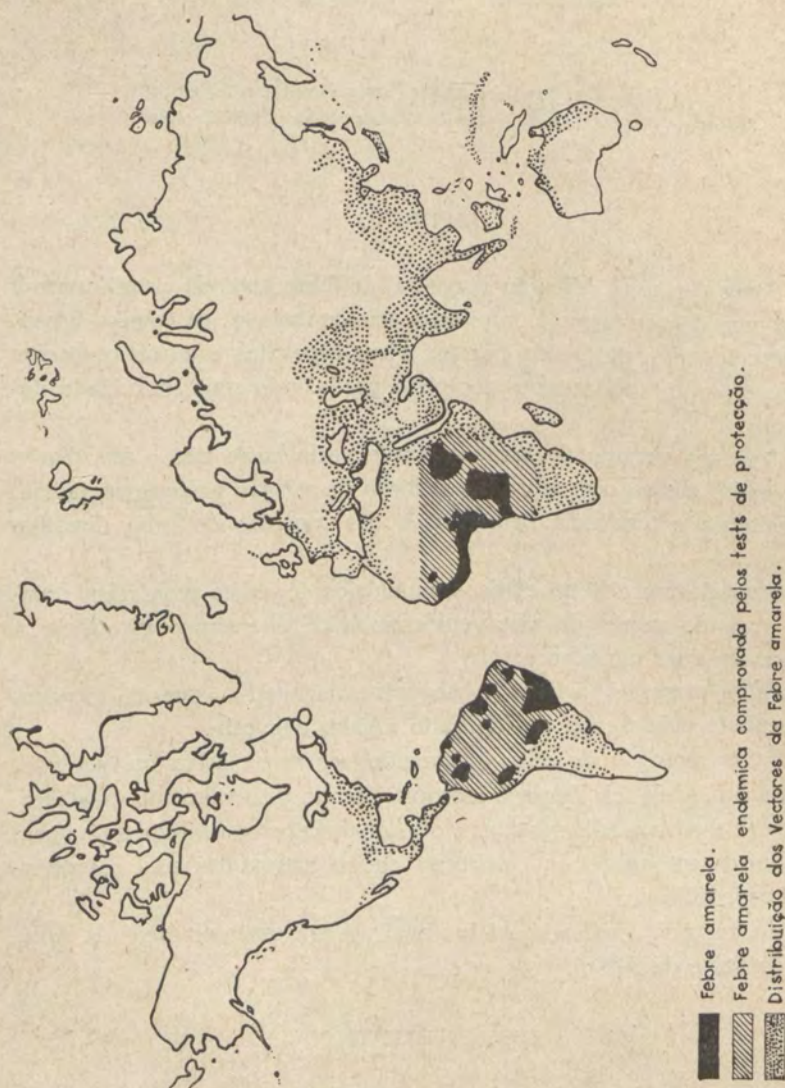


Fig. I

Durante os séculos XVII, XVIII e XIX a febre amarela era principalmente uma doença das rotas comerciais do Atlântico.

Eram frequentes as epidemias nos navios onde o *Aedes aegypti* se multiplicava nos reservatórios de água, sendo sem dúvida este o meio de disseminação.

Lisboa, como centro de intenso tráfego, não escapou ao terrível mal e, assim, em 1723, reinando D. João V, mandou o governo ouvir

o parecer de Bertrand, famoso higienista de Marselha, para segundo as mais recentes conquistas da ciência, se organizar o combate à moléstia que fez abrir na capital cerca de 6.000 campas. Coube assim aos mestres portugueses da época, Ribeiro Sanches e Diogo Nunes Ribeiro, estudar detidamente o quadro clínico e a evolução da doença.

Outras epidemias houve na Península Ibérica, algumas delas muito graves, como a de 1800, que só em Espanha causou 60.000 mortes.

Durante a ocupação de Cuba pelo exército americano, o problema da febre amarela atingiu tal gravidade (1.575 casos), que se formou, sob o comando do Major Walter Reed a Comissão da Febre Amarela.

Coube a esta comissão a descoberta e divulgação dos princípios etiológicos e epidemiológicos que ainda hoje nos norteiam.

Assim, demonstrou-se que a doença era produzida por um agente que atravessava os filtros bacterianos, que se encontrava no sangue dos doentes nos três primeiros dias de febre, e que o mosquito *Aedes aegypti* só transmitia a doença por picada, doze dias depois de ter tido uma alimentação infectante.

Estes conhecimentos deram lugar ao desenvolvimento da teoria do «Key Center» de Carter, segundo a qual são necessários 2 factores para a existência de febre amarela num agregado populacional:

- 1) — Grande percentagem de indivíduos susceptíveis.
- 2) — Existência permanente de mosquitos.

Assim os grandes aglomerados com grande natalidade e imigração constante forneciam essas condições.

Oteve-se a verificação prática deste princípio quando, em Guayaquil, a eliminação da febre amarela levou ao desaparecimento da doença de toda a costa ocidental da América do Sul.

Quando parecia que estas campanhas levariam ao desaparecimento da doença noutras regiões, apareceu inexplicavelmente uma epidemia no Rio de Janeiro em 1928.

Simultaneamente Stokes, Bauer, e Hudson mostraram que o macaco Rhesus e outros macacos indígenas da África do Sul eram susceptíveis ao vírus e que outros mosquitos além do *Aedes aegypti* podiam transmitir a doença.

Admitiu-se assim a existência doutro ciclo além do já conhecido homem-aegypti-homem, constituindo a entidade epidemiológica «Febre Amarela da selva».

Em 1930 Theiler, da «International Health Division» da «Rockefeller Foundation», observou que passagens sucessivas do virus no cérebro do ratinho albino levavam a uma perda da sua virulência para os macacos, produzindo-se assim uma vacina hoje ainda muito usado no homem.

QUADRO CLÍNICO

Em 1911, Reed demonstrou, em voluntários picados por mosquitos infectados, que o período de incubação médio oscila entre 17 horas e 3 dias, o que coincide com os resultados obtidos nos estudos levados a efeito por Carter na mesma altura e com o mesmo fim.

No entanto, o período de incubação da febre amarela adquirida por contaminação accidental da pele com o virus pode chegar a 10 dias.

A doença aparece geralmente de modo brusco e sem pródromos com febre em *plateau* (40-41 C), agitação, *fácies* congestionado, edema dos lábios, vermelhidão da língua, náuseas, vômitos, bradicárdia relativa (sinal de Faget), cefaleias e lombalgias, constituindo a primeira fase da doença ou *período de congestão*, que dura dois, quatro ou mais dias.

Segue-se a segunda fase da doença ou *período de estase*, em que a sintomatologia e o aspecto do doente mudam completamente, sendo a congestão de face substituída por uma palidez terrosa, acentuando-se a hemese e a tendência hemorrágica, pelo que os vômitos contêm geralmente sangue (vômito negro). A tensão desce e a agitação é substituída por uma prostração progressiva só ocasionalmente interrompida por um ou outro acesso convulsivo resultante da insuficiência hepática, que se manifesta clinicamente desde o início da doença com o aparecimento de uma icterícia grave.

Existe geralmente albuminúria, com conservação da função renal, embora excepcionalmente possa haver oligúria ou anúria.

O exame de sangue revela uma leucopénia e linfopénia que são características.

Os casos ligeiros, que são em grande número, passando muitas vezes rotulados de «síndrome febril indeterminado», podem resumir-se a febre, albuminúria e cilindrúria, com ou sem hemorragias gastro-intestinais, ou decorrem completamente assintomáticos.

Daqui a disparidade das estatísticas da mortalidade pois, enquanto que Brusch apresenta uma taxa de 95%, Theiler diz que ela pouco ultrapassará os 5%.

QUADRO ANÁTOMO-PATOLÓGICO

Macroscopicamente, encontramos sinais de degenerescência no fígado, rins e coração.

Existe uma disposição característica dos livores cadavéricos nas porções de apoio do cadáver por o sangue se manter líquido durante muito tempo, depois da morte.

O fígado está ligeiramente aumentado de volume e o exame microscópico revela a existência da degenerescência gorda e necrose típica mediozonal.

No entanto Himsworth, no seu trabalho sobre este assunto, insiste em que a necrose mediozonal é uma situação extremamente rara, devendo considerar-se como resultado de sucessivas necroses focais, morrendo o doente antes de se dar a degenerescência das células centrais privadas de irrigação sanguínea.

Quanto aos *rins*, encontram-se tumefactos e sem separação nítida entre o cortex e a médula, revelando o exame microscópico tumefacção turva e degenerescência em gotas hialinas (segundo alguns autores trata-se de simples alteração febril, enquanto para outros é uma autêntica «lower nephron nephrosis») do epitélio dos tubos contornados.

No *baço* vamos encontrar uma hiperémia, com infiltração difusa de leucócitos.

As alterações principais localizam-se nos corpúsculos de Malpighi, com mononucleose de células formadas a partir do tecido reticular indiferenciado.

Há alterações degenerativas em todo o órgão, podendo chegar à necrose sobretudo nestes falsos centros germinais, o mesmo se passando em todo o tecido linfático.

No *coração* encontramos degenerescência difusa de todo o miocárdio.

*

O quadro anátomo-patológico fornece-nos a explicação e interpretação cabais do quadro clínico:

Alterações hepáticas	{ Hemorragias	{ Hipoglicémia
	{ Alterações Metabólicas	{ Colémia
		{ Hiperuricémia
Alterações renais — Albuminúria, Cilindrúria, Oligúria, Anúria.		

Alterações cardíacas — Hipotensão, Arritmias, Colapso.
Alterações do sistema linfático — Linfopénia.

Fundamentalmente devemos, no entanto, considerar a febre amarela como uma infecção do sistema hematopoiético no sentido mais lato do termo, só secundariamente envolvendo outros órgãos.

A morte deve considerar-se sobretudo devida às alterações metabólicas causadas pelas lesões hepáticas e renais.

A INFECCÃO EXPERIMENTAL E AS DIFERENTES ESTIRPES DE VIRUS

O vírus da febre amarela, tal como se apresenta na doença, é pantrópico, isto é: tem afinidade para qualquer dos tecidos derivados dos três folhetos primitivos.

No entanto, algumas estirpes mostram a existência de maior ou menor viscerotropismo, sobretudo para o fígado e sistema nervoso central, o que se reconhece experimentalmente no macaco Rhesus, por a morte, depois da inoculação parentérica ou intraneural, se produzir no primeiro caso por lesão hepática e no segundo por encefalite.

Estas estirpes com neurotropismo acentuado, obtêm-se no laboratório pela passagem seriada do vírus pelo cérebro do ratinho; verificando-se que, à medida que diminui o viscerotropismo, aumenta a afinidade neural, encurtando-se o período de incubação e de duração da doença.

Pela cultura prolongada em tecidos, Lloyd, Ricci e Theiler conseguiram ainda uma redução apreciável das afinidades víscero e neurotrópicas, obtendo assim variantes do vírus, uma das quais, a 17D, é largamente usada na vacinação humana.

Procurando-se outros possíveis hospedeiros para explicar a «Febre Amarela da selva», verificou-se que todos os macacos africanos e sul americanos são susceptíveis, assim como os pecaris, alguns desdentados, (urso formigueiro, armadilhas e preguiças) alguns roedores, e todos os marsupiais.

O tipo clássico urbano da febre amarela, como Reed demonstrou, é transmitido pela picada do *Aedes aegypti* infectado por picar um doente. No mosquito infectado o vírus necessita, como experimentalmente se verificou posteriormente, de um período de incubação variável de quatro dias a três semanas, conforme a temperatura for de 37°C. ou 20°C. respectivamente.

O mosquito fica infectado para o resto da vida, sem que isso lhe cause qualquer dano, não transmitindo a doença às gerações subsequentes.

Muitos outros mosquitos africanos, além deste, são capazes de transmitir o vírus, dos quais citaremos:

Aedes luteo-cephalus, *A. stokesi*, *A. vittatus*, *A. africanus*, *A. simpsoni*, *A. taylori*, *A. metallicus*, *Eretmopodites chrysogaster*, *Mansonia africana* e *Culex thalassius*.

Os mosquitos sul americanos capazes de actuarem como hospedeiros experimentais são: *Aedes scapularis*, *A. leucocelaenus*, *A. fluviatilis*, e vários mosquitos do género *Haemagogus* como: *H. capricornii*, *H. splendens*, *H. spegazzinii*, *H. equinus*.

Muitas experiências se fizeram no sentido de verificar se outros arthropodos, tais como carraças, pulgas, piolhos e moscas sugadoras de sangue, seriam capazes de transmitir a doença, mas os mosquitos foram os únicos acerca dos quais se provou completamente a possibilidade de o fazerem.

ETIOLOGIA

Desde os trabalhos da Comissão Americana chefiada por Reed que se sabe ser a febre amarela produzida por um dos mais pequenos vírus conhecidos, pois se lhe atribuem as dimensões de 17 a 25 m μ , segundo estudos feitos com membranas de gradocol.

Bauer, por ultracentrifugação e admitindo a esfericidade do vírus, atribuiu-lhe um diâmetro de 12 a 19 m μ .

O melhor meio para conservar, durante anos, o vírus, consiste na secagem a baixa temperatura e acondicionamento, em frigoríficos, das ampolas, fechadas, para evitar que o anidrido carbónico se dissolva no material, inactivando o vírus.

Em 1936, Theiler e Ricci conseguiram cultivar a estirpe Asibi do vírus num meio contendo tecido de embrião de rato.

Ao estudar qual a influência da existência do tecido nervoso nos meios de cultura, sobre o neurotropismo da estirpe empregada, usou-se um meio contendo quantidades mínimas de tecido nervoso, verificando-se uma enorme redução das afinidades víscero e neurotrópicas.

Assim se obteve a estirpe 17D usada como vacina.

Experiências posteriores vieram mostrar que as propriedades da variante 17D não eram devidas ao uso de meios sem tecido nervoso,

pois Penna e Moussatché (1939) obtiveram, a partir da estirpe Asibi, uma variante semelhante à 17D, depois de múltiplas passagens por embrião de galinha, onde o tecido nervoso existe em notável proporção.

O vírus da febre amarela determina a produção de anticorpos específicos pelo organismo infectado, para a demonstração dos quais existem várias provas de laboratório, das quais citaremos:

1) — *Test de protecção intraperitoneal de Sawyer e Lloyd:*

Consiste na inoculação intraperitoneal de ratos com 0,6 c. c. de uma mistura de 0,4 c. c. de soro de prova e 0,2 c. c. de uma suspensão a 20% de cérebro de rato infectado.

Simultaneamente, injecta-se uma solução a 2% de amido em soro fisiológico.

Usam para cada prova seis ratos, e se todos, ou todos os ratos menos um ficam vivos, considera-se o soro protector; se morrem todos, ou todos menos um, o soro é negativo. Resultados intermédios são inconcludentes.

Este test, que é muito sensível, resulta muito complicado e dá um número elevado de resultados inexpressivos; por isso se usa o

2) — *Test de Whitman* — Em que se dispensa a inoculação cerebral, usando-se ratos com vinte e um dias de idade.

3) — *Test de protecção intracerebral de Theiler-Bugher.*

Consiste na injeccção intracerebral de uma mistura de soro a analisar com uma suspensão de vírus de concentração standard, obtendo-se o título de vírus que mata metade dos ratos de experiência.

4) — *Reacção de Fixação do Complemento* — Com antigénios extraídos do fígado e soro de macacos doentes ou do cérebro de ratos infectados.

Os antigénios fixadores de complemento e os anticorpos protectores não são idênticos, pois no homem e no macaco estes são demonstráveis antes daqueles.

DIAGNÓSTICO

Durante uma epidemia o diagnóstico clínico será muitas vezes feito, mas em face de casos esporádicos e sobretudo atípicos só o laboratório dará respostas concludentes.

Para isso dispomos de três processos fundamentais a saber:

1) — *Isolamento do virus* — Faz-se a inoculação intracerebral de ratos com diversas diluições de soro do doente até ao quinto dia da doença, mostrando os animais inoculados sinais de encefalite ao fim de alguns dias de incubação.

Posteriormente, pode caracterizar-se o virus por meio de nova inoculação, acompanhada de soro protector; se a doença não se desenvolve está o virus caracterizado.

Usam-se várias diluições de soro infectante porque algumas estirpes de virus mostram uma propriedade paradoxal: a de não serem infectantes para certas concentrações, sendo-o no entanto para diluições maiores.

Em vez de ratos, podem usar-se macacos, tendo sempre em mente que nem todas as estirpes são letais para o macaco, sendo além disso necessário que os animais empregados nunca tenham tido febre amarela.

2) — *Demonstração do desenvolvimento de anti-corpos específicos durante a doença* — Quando não se dispuser de animais, pode fazer-se um test de protecção o mais cedo possível e outro mais tarde; se o segundo se mostrar protector, ao contrário do primeiro, o individuo teve febre amarela, o mesmo acontecendo se, embora eficazes, o segundo soro se mostrar protector para maiores diluições.

3) — *Exame anátomo-patológico do fígado em casos letais.*

Este processo tem muita importância em regiões onde a doença é endémica como, por exemplo, no Brasil.

Na autópsia, por meio do viscerótomo, obtêm-se fragmentos de fígado que fixados em formalina, embebidos em parafina, e corados com hematoxilina-eosina, mostrarão as lesões típicas atrás mencionadas.

TRATAMENTO

Neste capítulo muito pouco há a acrescentar aos tratados clássicos.

Talvez um melhor conhecimento e interpretação da sintomatologia nos permitam uma terapêutica melhor orientada, mas sempre e só sintomática.

Aconselha-se que o doente se mantenha em repouso absoluto, usando-se a hidroterapia e os antipiréticos para baixarmos a temperatura, se ela se tornar ameaçadoramente alta e os analgésicos e o saco de gelo na cabeça para as cefaleias.

Proibiremos a alimentação sólida, obrigando a grande ingestão de líquidos, sobretudo alcalinos (Água de Vichy) e com elevado teor em açúcares (sumos de frutos).

Se os vômitos forem intensos, combatemo-los com os paralisantes vagais comuns ou mesmo com o cloridrato de cocaína «per os», fazendo simultaneamente soro cloretado e glucosado como terapêutica de substituição.

Para diminuir os efeitos sobre o fígado e como factores protectores estarão indicados os amino-ácidos essenciais (colina, metionina, etc.) «per os» ou intravenosos, assim como a manutenção do balanço azotado positivo por meio dos lisados de caseína (Amigen) ou fibrina, segundo os métodos habituais.

Se houver obstipação, está indicado o uso criterioso de purgantes e clisteres diários.

O problema cárdio-vascular será encarado segundo os métodos habituais:

1) — *Manutenção do volume circulatório*, pela administração criteriosa de soros fisiológico ou glucosado e de sangue total nas quantidades que as circunstâncias aconselharem, segundo predominem a desidratação causada pela hipertemia e pelos vômitos ou a anemia secundária às hemorragias.

2) — *Administração de cardiocinéticos*.

As hemorragias serão combatidas pela administração precoce de elevadas doses de substâncias coagulantes (Coaguleno, Zimema etc.) e de vitamina K.

EPIDEMIOLOGIA

A origem da febre amarela presta-se muito à especulação, mas não é improvável que primeiramente se tenha originado na fauna das florestas tropicais, representando a doença no homem um desenvolvimento secundário.

Como as estirpes de virus isoladas na África e na América do Sul são virtualmente idênticas, é razoável admitir que tenham uma origem comum.

Se essa origem se encontra na África ou na América do Sul, talvez nunca se chegue a saber, mas é quase certo que o *A. aegypti* é uma espécie do Velho Mundo e que as epidemias urbanas de febre amarela nas Américas começaram com a introdução deste mosquito no Novo Mundo.

Taylor e Theiler acentuam que os nossos conhecimentos de epidemiologia e prevenção da febre amarela passaram por diferentes fases que traduzimos um pouco livremente:

1) — *Ignorância completa* — Durante os dois séculos anteriores a 1900.

2) — *Descoberta progressiva* — Iniciada com os trabalhos de Reed, aos que se seguiram os de Stokes e Bauer depois de conseguirem a transmissão da doença ao macaco.

3) — *Grandes esperanças* — Quando se iniciaram grandes campanhas anti-mosquito, por se julgar que se tratava de uma doença exclusivamente do homem.

4) — *Frustração parcial* — Fase presente, começada em 1933, quando se descobriu que o homem podia adquirir a doença na ausência do *A. aegypti*, ao mesmo tempo que se descobria um ciclo inteiramente independentemente do homem.

*

Hoje conhecem-se dois tipos epidemiológicos da doença: o ciclo homem-mosquito-homem, vulgarmente chamado febre amarela tipo urbano, e o ciclo, de conhecimento mais recente, envolvendo animais e mosquitos da floresta, a que se chama febre amarela da selva.

Ciclo Homem-Mosquito-Homem — Nas Américas, o único vector da febre amarela urbana é o *A. aegypti*. A sua epidemiologia é simples e bem conhecida. O curso da doença é condicionado pelo valor e estabilidade da população humana envolvida, e pela existência do mosquito vector. Geralmente o virus mantém-se na forma endémica nos grandes agregados humanos onde os recém-nascidos, depois da perda da imunidade maternal inicial, juntamente com a população flutuante, fornecem um contingente constantemente renovado de indivíduos susceptíveis, como se observa no Noroeste do Brasil, onde o insecto vector se encontra largamente disseminado.

Felizmente, os hábitos estritamente domésticos da raça de *A. aegypti* que se encontra no Novo Mundo tornam-na especialmente acessível às medidas de controle e exterminação.

A eliminação da doença do continente americano ter-se-ia conseguido por meio de campanhas anti-mosquito, se não existisse o reservatório selvático do virus.

Tendo em vista estes factos, não podemos esquecer que, se bem que a febre amarela transmitida pelo *A. aegypti* seja hoje pouco frequente na América, e entre nós uma raridade, ou talvez mesmo não exista, o perigo se mantém em todas as regiões onde exista o mosquito.

Em África, a situação é mais complicada, pois além do *A. aegypti* existem outras espécies de *Aedes* como sejam o *A. simpsoni*, que também é vetor, e os *A. vittatus*, *A. taylori* e *A. furcifur* de que se suspeita.

Estes mosquitos são menos acessíveis ao controle antilarvar, por terem diferentes hábitos de alimentação, e o próprio *A. aegypti* não é tão doméstico como na América, pois se pode encontrar nas florestas, longe de habitações do homem.

Por estes motivos, continuam a apresentar-se em África epidemias de febre amarela, como aconteceu em 1946 em algumas grandes cidades da Nigéria, não se sabendo ao certo até que ponto representam a extensão de focos endémicos urbanos ignorados ou resultam da introdução de virus provenientes da floresta, havendo, no entanto, fortes suspeitas de que é o *A. simpsoni*, que depois de ser infectado pelo macaco, actua como vector transmitindo a doença de homem para homem.

O Ciclo da Floresta — Aqui, os nossos conhecimentos são menos exactos e provavelmente incompletos.

Sabemos que os primatas são dum modo geral altamente susceptíveis à infecção experimental e que o virus se mantém facilmente pela passagem de certos primatas para mosquitos e vice-versa.

Conhecem-se várias espécies de mosquitos pertencentes principalmente aos géneros *Aedes* e *Haemagogus* capazes de transmitir o vírus por picada.

Na América do Sul as florestas onde se encontra o vírus são justamente aquelas em que os Primatas e *Haemagogus* têm melhores condições de «habitat».

Os mais importantes vectores, *Haemagogus*, sobretudo *Haemagogus spegazzinii* na América do Sul e *Aedes africanus* na África, têm as suas melhores condições de vida no topo das florestas, o mesmo acontecendo com os Primatas, donde se conclui que a maior parte das vezes a transmissão ocorre nas regiões mais altas da selva.

Os *Haemagogus* picam de dia, enquanto o *A. africanus* é crepuscular.

A procura de outros hospedeiros e vectores não conduziu a resultados positivos ou concludentes; assim os marsupiais são relativamente susceptíveis, mas espécies que no laboratório são infectáveis só muito raramente parece serem naturalmente infectadas.

Do mesmo modo, outros géneros de mosquitos além dos referidos, assim como certas carraças, podem manter-se infectados durante um espaço de tempo limitado, não transmitindo no entanto a doença aos Primatas.

Constituem-se assim o que chamamos infecções terminais («dead end infections» dos autores anglo-saxónicos) e que do ponto de vista epidemiológico só têm interesse académico.

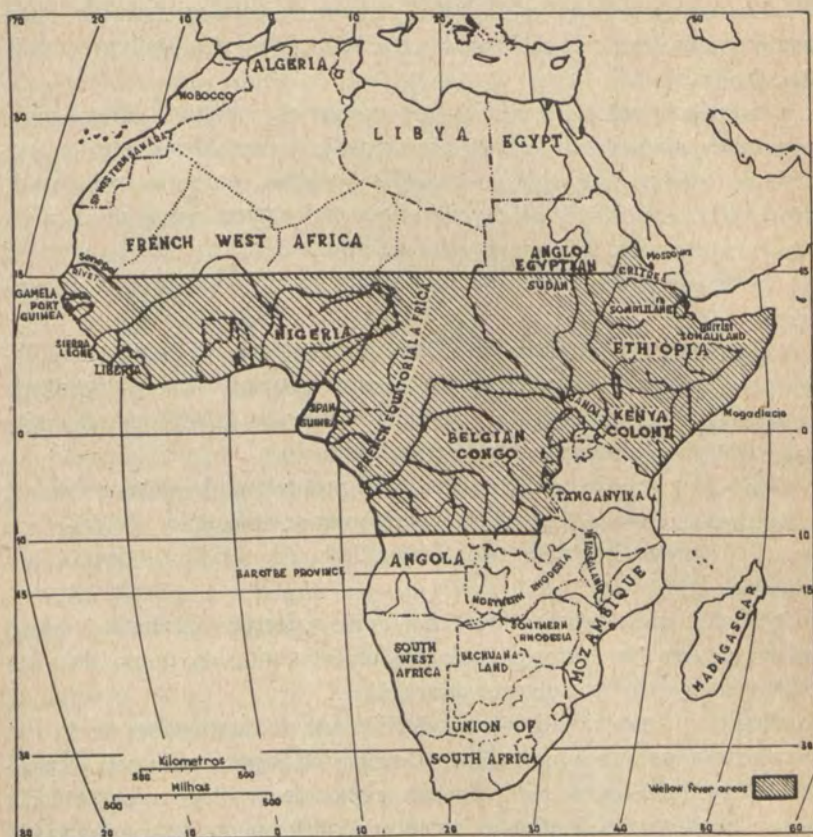
Contudo temos de admitir a possibilidade de que o vírus exista nas florestas em qualquer outra forma, sobretudo por acharmos o ciclo macaco-mosquito-macaco dificilmente capaz de explicar a persistência do vírus na forma endémica, e, sobretudo, dificilmente responsável pela rapidez de difusão e características estacionais dos surtos epidémicos do Brasil do Sul.

Se o vírus se mantivesse numa área restricta durante um período mais ou menos longo, a população de macacos sobreviventes tornar-se-ia rapidamente imune, mas parece que mesmo nas regiões endémicas, a infecção como que salta de local para local, nas extensas florestas tropicais em epidemias de carácter errante.

A rapidez de extensão das epidemias de floresta a floresta no Brasil sub-tropical, não pode ser satisfatoriamente explicada pela migração dos Primatas, nem parece ser o homem o principal responsável.

Recentemente demonstrou-se que os mosquitos da floresta, podem ser levados pelo vento através de terreno aberto, passando assim duma

AFRICA



Area da febre amarela segundo a "Expert Commission on Quarantine"

Fig. 2

floresta para outra distante de alguns quilómetros. Isto pode ter importância na difusão destas epidemias, mas não nos elucida quanto ao modo de sobrevivência do vírus durante a estação fria, quando os vectores desaparecem quase completamente.

A captura sistemática de mosquitos da floresta durante um período de dois anos ajudou a explicar de que modo o vírus se mantém durante os meses desfavoráveis no Brasil meridional (Passos).

AMERICA DO SUL



Area da febre amarela segundo a "Expert Commission on Quarantine"

Fig. 3

Durante os quatro meses frios e secos, de Junho a Setembro, os *H. spegazzinii* e *A. leucocelaenus* quase desaparecem, mantendo-se no entanto presentes certos *Sabethes* e o *Aedes scapularis*.

Os tests de transmissão no laboratório mostraram que a espécie de *Sabethes* mais comuns em Passos, *Sabethes purpureus*, não é um bom vector do virus da febre amarela e que este grupo de mosquitos não

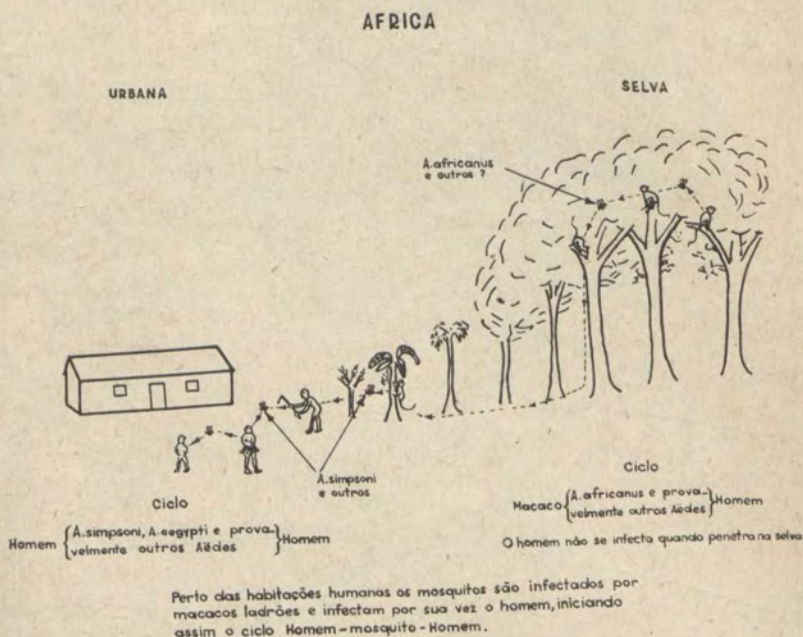


Fig. 4

tem importância como conservador do virus durante a estação seca.

Por outro lado, uma série de transmissões cíclicas no laboratório com o *scapularis* leva a supor que seja este mosquito que permita a sobrevivência do virus nos meses de inverno, se bem que este ainda não tenha sido isolado a partir de insectos capturados na floresta.

Por meio de tests de imunidade nas populações humanas e nos Primatas capturados, e pelo exame de peças hepáticas, delineou-se, embora grosseiramente, a extensão do virus selvático na América do Sul e em África, embora recentemente se tenham encontrado nesta última indivíduos imunes muito ao sul da zona marcada.

Se bem que o homem não esteja directamente ligado ao ciclo da selva, este não é menos importante como reservatório incontrolado e possivelmente incontrolável, a partir do qual epidemias homem-mosquito-homem se poderão sempre iniciar.

Na América do Sul, depois do extermínio do *A. aegypti*, praticamente todas as infecções humanas nos últimos anos foram contraídas

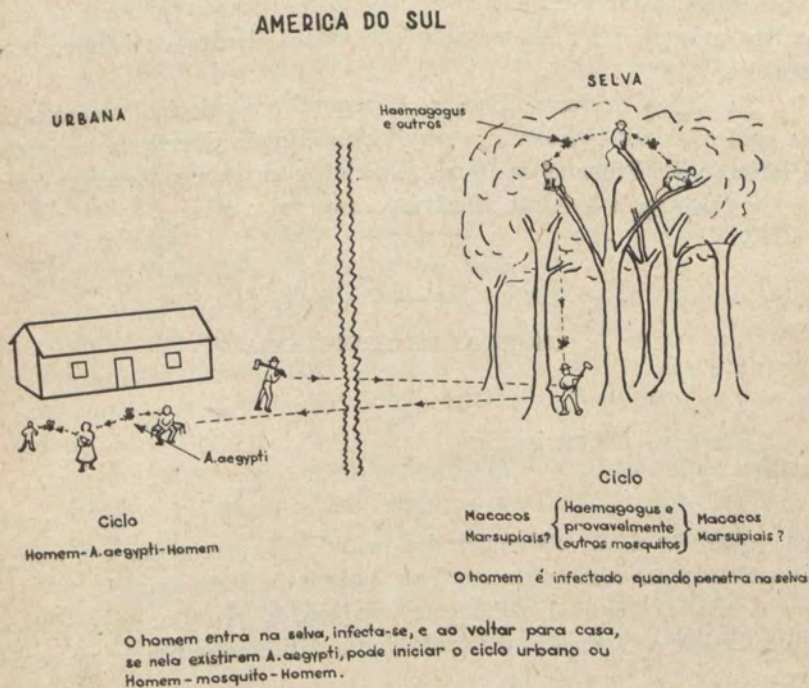


Fig. 5

na floresta, pelo que o índice de infecção é bastante mais alto nos indivíduos do sexo masculino e de mais de quinze anos, por serem os indivíduos que mais entram na selva.

Isto está em completo contraste com a forma urbana da doença, em que são precisamente as mulheres e as crianças as mais atingidas por serem as que mais tempo permanecem em casa.

Em qualquer parte o vírus da selva pode penetrar num agregado populacional, originando uma epidemia, desde que exista um vector conveniente.

No estado actual dos nossos conhecimentos os factos podem esquematisar-se como mostram as figuras juntas.

Assim, ver-se-á que na América do Sul a infecção se faz na selva por mosquitos selváticos e, se existir o *A. aegypti* no centro urbano, pode desencadear-se uma epidemia.

Na África Oriental parece que mosquitos como o *A. simpsoni* se infectam picando macacos da selva e depois de transmitirem a doença ao homem, podem continuar como vectores, sós ou juntamente com outros mosquitos semi-domésticos passando a doença de homem para homem.

Na África Ocidental, onde o *A. aegypti* é o principal transmissor, as epidemias nos aglomerados populacionais estão directamente ligadas à infecção dos Primatas das florestas vizinhas, mas desconhecemos como se faz a passagem do virus da selva para o centro urbano.

MEDIDAS DE PROFILAXIA

Extermínio de mosquitos:

Antes do desenvolvimento dos métodos de vacinação estávamos reduzidos às medidas anti-*aegypti* no controle da febre amarela.

A sua eficácia foi claramente estabelecida por Gorgas e outros pouco depois de se ter demonstrado que o *Aedes aegypti* actuava como vector.

Depois dos sucessos obtidos em Havana, New Orleans, Panamá e Guyaquil, estas medidas foram definitivamente aceites como eficazes, pelo que, em certos países, particularmente no Brasil, se efectuaram largas campanhas contra o *Aedes aegypti*.

As medidas empregadas consistem, em princípio, no «controle» da reprodução do vector, o que se consegue pela procura semanal de larvas dentro e na vizinhança de todas as casas.

Os inspectores têm autorização para deitar petróleo em qualquer reservatório onde se encontrem larvas de *Aedes aegypti*.

A dificuldade em limpar recipientes, depois de sujos com petróleo, leva o dono da casa a empregar todos os meios para evitar a reprodução.

Estas medidas da inspecção e destruição semanais permitem levar o número de mosquitos adultos até um nível que não permita a transmissão.

Este procedimento, no entanto, não é suficiente para exterminar o mosquito por completo, porque durante as inspecções de rotina, alguns focos de desenvolvimento passam sempre despercebidos.

Para encontrar estes reservatórios empregam-se indivíduos especialmente treinados, consistindo a sua função em capturar os mosquitos adultos que se encontram nas casas.

Se se capturam *Aedes aegypti* adultos é porque continua a reprodução.

Por este meio, descobrem-se todos os focos duma cidade, exterminando-se geralmente um foco escondido na casa onde se encontra o maior número de mosquitos.

Por este meio descobrem-se todos os focos duma cidade exterminando-se consequentemente todos os vectores.

Do ponto de vista administrativo, resulta mais barato o extermínio do mosquito, do que a conservação do seu número a um nível inferior ao perigoso, porque este último sistema obriga à manutenção constante de um corpo de vigilância que evita o restabelecimento de uma grande população de mosquitos.

Depois do extermínio, a reinfestação não se dá rapidamente, e uma força diminuta é suficiente para verificar a ausência completa de vectores, especialmente se medidas semelhantes se empregam nas cidades vizinhas.

No *Brasil*, as medidas anti-*aegypti* foram levadas a um extremo tal que hoje não se descreve um só caso de febre amarela «*aegypti-transmitted*».

Em *Africa*, a situação no que diz respeito ao controle do *Aedes aegypti* não é tão brilhante como noutras regiões.

Em primeiro lugar, o *Aedes aegypti* encontra-se muito mais largamente espalhado.

Em segundo lugar esta espécie não é tão doméstica como nas Américas.

De facto, têm-se capturado exemplares nas florestas.

Além disso, na África tropical, os nativos vivem geralmente em pequenas aldeias, sendo poucas as grandes cidades, onde, com a instalação da rede de distribuição de águas, se consiga uma notável redução do nível populacional dos mosquitos.

OS NOVOS INSECTICIDAS

O largo emprego de novos insecticidas tem provado o seu grande valor e interesse sanitário no domínio da febre amarela.

Destes, o DDT parece ser quase ideal para o extermínio do *Aedes aegypti*.

Sintetizado por Muller em 1939, o DDT é quimicamente o dicloro-difenil-tricloro-etano.

Aplicado de tempos a tempos por meio da pulverização residual sobre as paredes das casas, reduz o número de mosquitos a um ponto tal que o método se torna o mais efectivo e barato de todos os empregados. O uso intensivo destas pulverizações é certamente o método de escolha no combate às epidemias de febre amarela originadas pelo *Aedes aegypti*.

Há imediatamente uma notável redução do número de mosquitos adultos, ao passo que são necessárias aproximadamente seis semanas para colocar, por meios anti-larvares, a população abaixo de um nível crítico, como a experiência tem demonstrado.

A IMUNIZAÇÃO

Usam-se correntemente duas estirpes atenuadas de virus da febre amarela, como vacina.

São conhecidas pelos seguintes nomes: estirpe francesa neurotrópica e 17D.

A estirpe neurotrópica francesa é largamente usada nas colónias francesas da África Ocidental e Central. O virus original foi isolado de um sírio, em Dakar, em 1929, e foi esta estirpe que se mostrou pela primeira vez patogénica para o rato, pela inoculação intracerebral.

Pela passagem seriada, o virus tornou-se mais patogénico para estes roedores, mas perdeu inteiramente a sua capacidade de produzir febre amarela no macaco Rhesus. O método empregado pelos franceses consiste na vacinação com este virus adaptado ao rato.

Outros investigadores baseados em muitas experiências com animais, consideraram esta estirpe muito virulenta para o uso no homem.

Como consequência, passou a fazer-se, antes da inoculação subcutânea do vírus neurotrópico, uma injeção de soro humano imunizado para a febre amarela (Kitchen e Lloyd, 1932).

O método era eficiente, mas caro e impraticável na imunização em larga escala, pelo que se começaram a envidar esforços para a produção duma estirpe mais modificada do que a neurotrópica francesa, o que se conseguiu pela cultura prolongada do vírus da febre amarela em culturas de tecidos.

Entretanto, a produção de soros de animais hiperimunes facilitou consideravelmente o método de vacina.

Dos soros hiperimunes o mais eficiente era o de macacos.

Com o uso destes séros reduziu-se a quantidade necessária para cada indivíduo, de 30 a 40 cc. que eram necessários quando se usava o soro humano, para 1 a 4 cc.

Finalmente, obteve-se por acaso o grau necessário de alteração no vírus, para ser usado sem perigos e sem a injeção simultânea de soro imune.

Para se produzir a vacina, inoculam-se embriões de galinha em desenvolvimento; depois de 4 dias de incubação a 37 C., os embriões são reduzidos a pó.

O soluto de embrião de galinha infectado, obtido pela adição de água destilada, é colocado em ampolas e evaporado a baixa temperatura. Antes de se fecharem, enchem-se as ampolas com azoto seco, sendo depois conservadas na geleira.

Para utilização, reconstitui-se a vacina com a quantidade necessária de soro fisiológico esterilizado e injectam-se 0,5 cc. subcutaneamente. Se o vírus se mantiver activo, basta uma injeção para imunizar o indivíduo.

As reacções são notavelmente fracas, aparecendo em cerca de 5% dos indivíduos por volta do sétimo dia e consistindo em mal-estar, cefaleias, lumbalgias, ligeira hipertermia, só muito raramente interferindo com a vida do indivíduo.

A imunidade demonstrada pela presença de anticorpos neutralizantes específicos manifesta-se do sétimo para o nono dia depois da vacina, não se sabendo ao certo quanto dura, mas certamente é eficaz para mais de quatro anos.

Embora se tenha usado largamente a estirpe 17D, há algumas faltas a apontar-lhe:

A primeira foi a observação de que alguns lotes de vacina não produzião imunidade num largo número de indivíduos. Eliminou-se

esta falta com a substituição do virus por um com menos passagens do que o empregado.

A *segunda* consistiu no aparecimento de alguns casos de encefalite num só lote de vacinas, não se sabendo o que teria levado a este aumento de neurotropismo.

Contudo, o aparecimento destas variações de virulência em qualquer dos sentidos conduziu à standardização da manufactura da vacina, que consiste sobretudo no uso de grandes quantidades do mesmo virus.

Deste modo todas as vacinas empregadas durante um largo espaço de tempo têm as mesmas características.

A *terceira* e mais grave complicação foi o aparecimento de icterícia post-vacinal devida ao emprego de soro humano suposto normal mas que no entanto continha o virus icterogénico na ocasião da preparação da vacina.

O método de vacinação actualmente usado pelos franceses consiste na aplicação da vacina suspensa num soluto de goma arábica sobre escarificações da pele (Pelvier). Muitas vezes misturam-se virus da febre amarela e da varíola na mesma suspensão vacinando-se assim os indivíduos contra as duas doenças.

O desenvolvimento de anticorpos específicos com o virus francês é melhor que com o 17D, mas o número de reacções aumenta também (17%), embora raramente sejam graves. Este método, que tem sido largamente usado em África, é muito barato e muito bem suportado pelos negros.

Uma das provas da eficiência da vacina é a de que, desde a sua introdução, não voltaram a registar-se casos de infecção accidental nos preparadores de laboratório contrariamente ao que dantes sucedia.

Na Colombia, para acabar com a febre amarela da floresta, pretendeu-se vacinar toda a população; os poucos casos de doença que se conhecem dão-se hoje exclusivamente nos poucos indivíduos não vacinados.

No entanto, não é provável que se consiga a eliminação da febre amarela por estes meios, pois continuará existindo o reservatório selvático.

Na África, dadas as grandes dificuldades de luta anti-aegypti, a vacinação parece e é a única via de domínio completo da doença.

BIBLIOGRAFIA

- AMBOIM A. NUNES — D. D. T., o pó que salva milhares de vidas. Terapêutica, 13-23-1950.
- ANDERSON and ARNSTEIN — Communicable Disease Control. Second Edition. Yellow Fever, 410.
- ANDREWS J. M. — Advancing Frontiers in Insect Vector Control. *Amer. J. Public Health*, 40-409 (Abril) 1950.
- ANTUNES W. S. — Field Control in yellow Fever — 4th International Congresses on Tropical Medicine and Malaria, pág. 498 (1948).
- BIRCH G. ALLAN — Emergencies in Medical Practice, Yellow Fever, 358.
- BRUGSH TH. — Fiebre Amarilla. *Tratado de Patologia Médica*, T. 1 pág. 521. Edición 1937.
- BUSTAMANTE M. E. — Public Health Administration in Latin America. *American J. of Public Health*, 1067 (Dez.) 1950.
- COURTNEY K. O. — Report on Recent Outbreak of Jungle Yellow Fever in Panama. *Amer. J. Public Health*, 40-417 (Abril) 1950.
- CRAIG CHARLES F., FAUST ERNEST C. — Parasitologia Clínica, 588.
- DUBOIS A. — Van den Bergh. *Les Maladies des Pays Chauds*, 205.
- FOX J. P., KOSSOBUDZKI S. L. and CUNHA J. F. — Field Studies on Immune Response to 17 D. Yellow Fever virus: Relation to virus Substrains Dose and Route of Inoculation. *American Journal of Hygiene*, Baltimore 38-113-224 (Set.) 1943. Ref. J. A. M. A., 123-929 (Dez.) 1943.
- FRAGA DE AZEVEDO J., CAMBOURNAC F. J. C. e PINTO M. R. — Resultados de um inquérito sobre febre amarela na Guiné Portuguesa. *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, vol. IV-17 (Dez.) 1947.
- HIMSWORTH H. P. — El Hígado y sus Enfermedades.
- LACORTE — Compendio de Bacteriologia e Imunologia, 566.
- PELTIER M. — Vaccin Antiamaril par la methode Dakaroise en Afrique Occidentale Française, 4th International Congresses on Tropical Medicine and Malaria, pág. 489 (1948).
- PHELPS, EARLE B. — *Public Health Engineering*. Yellow Fever, Vol. I, 231.
- SAWYER W. A. — Yellow Fever-in-Cecil. *Textbook of Medicine*, 16-20.
- SOPER F. L. — Treatment of Yellow Fever. *J. A. M. A.* 118-374 (Jan.) 1942.
- STRONG R. P. — Diagnosis, Prevention and Treatment of Tropical Diseases Seventh Edition, 872.
- The Control of Communicable Disease in Man — Report of a Committee of the American Public Health Association, 152-1950.
- The National Health Assembly — *America's Health*, 379-387.
- The Rockefeller Foundation — International Health Division. *Annual Report for 1949*. Yellow Fever, 58.
- THEILER M. — Yellow Fever in Rivers. *Viral and Rickettsial Infections of Man*, 420.
- THEILER M., TAYLOR R. M. — The Epidemiology of Yellow Fever. 4th International Congresses on Tropical Medicine and Malaria, pág. 506 (1948).

ESTUDOS MÉDICO-MILITARES

CENTROS MAXILO-FACIAIS

Pelo Major Médico A. MEYRELLES DO SOUTO

Em anterior artigo, publicado neste «Boletim» (1), referi-me à necessidade de existirem em campanha equipas maxilo-faciais; estudarei hoje os centros de cirurgia maxilo-facial (por abreviatura, centros maxilo-faciais), assunto conexo com aquele e seu complemento.

A definição e o fim desses centros aparecem claramente no próprio nome; todavia, será conveniente esclarecer, primeiro, aquilo que se deve entender por feridos maxilo-faciais.

Serão, acaso, apenas os atingidos simultâneamente na face e nas maxilas? Não. Tal denominação estende-se àqueles que necessitam, ao mesmo tempo, de prótese e de cirurgia: desta, porque os ferimentos faciais, dos tegumentos e do esqueleto, exigem acto cirúrgico; daquela, porque sem aparelho protético não pode haver boa consolidação óssea, maxilar ou outra.

É esta dupla necessidade (ia a dizer servidão) que caracteriza essencialmente um maxilo-facial.

Como é de fácil previsão, os casos designados com este rótulo podem ser da maior diversidade e da maior complicação, quer do ponto de vista puramente local, digamos, quer do ponto de vista da relação com outras especialidades.

Assim, um projectil, que atravessasse a fossa nasal e lá deixe vestígios, implica a presença de um oto-rino; se acaso atinge um globo ocular, o oftalmologista é necessário; se ainda vai tocar nos centros nervosos, o neurologista é indispensável; trata-se, em fim, dum poli-ferido, maxilo-facial e fracturado dos membros, por ex., o cirurgião geral terá que intervir, etc.

Não há pois um tipo único de maxilo-faciais: desde o caso puro, correspondente exactamente ao nome, até ao mais complicado, de tudo pode aparecer num centro destes.

A sua organização tem, por isso, de estar prevenida para todas estas eventualidades, o que, como é previsível, a torna complicada e difícil.

(1) «A oto-rino-laringologia em campanha nos exércitos modernos» (*Bol. do S. S. M.*, n.ºs 1, 2, 3 e 4, de 1949).

*

Clinicamente, devemos considerar os feridos como pertencendo a uma das três etapas bem distintas:

- A) — Recente;
- B) — Em via de cicatrização;
- C) — Mutilado cicatrizado.

Estudaremos cada uma, de per si.

A) — *Ferido recente:*

Três sintomas o podem incomodar, os quais exigem tratamento cirúrgico urgente: a hemorragia, a asfixia, a disfagia quase absoluta.

- 1) — *A hemorragia*, frêquente e, por vezes, muito abundante, pode levar à morte se não houver intervenção. Esta consiste, ou na laqueação do vaso que sangra (o que nem sempre é fácil, nem mesmo exequível), ou, então, na duma das carótidas externas (e até por vezes das duas), o que sempre resolve a situação.
- 2) — *A asfixia* pode ter várias origens:

- a) — *Glossoptose*, por secção das inserções anteriores da língua o que se evita passando um fio de seda através dos músculos linguais, e fixando-o. Sucede até que alguns feridos, percebendo o perigo da glossoptose, chegam ao P. de Socorros a segurar com a mão a ponta da língua;
- b) — *Obstrução das vias respiratórias por corpo estranho*, coelho ou outro. A simples ablação da causa e a vigilância cuidadosa da respiração, para intervir se for preciso, eis o que há a fazer.

Segundo Lemaitre, *não se deve praticar traqueotomia nos feridos maxilo-faciais, mas apenas laringotomia inter-crico-tiroideia*, para introdução da cânula de Butlin-Poirier.

- 3) — A fim de combater a *disfagia*, isto é, a impossibilidade de deglutir, faremos uso da alimentação líquida per-nasal, utilizando a sonda mole de Nélaton, que se coloca permanentemente como numa laringectomia ou numa faringotomia.

Resolvido por estes meios o problema de urgência, forçoso é pensar, o mais cedo possível, na imobilização do maxilar fracturado, a fim de evitar sofrimentos ao ferido, facilitar-lhe a consolidação e permitir a obtenção de bom articulado dentário.

A tendência cirúrgica actual é de executar simples limpeza das feridas ósseas, extrair os corpos estranhos, ressecar os tecidos inutilizados, mas *conservar cuidadosamente as esquirolas*, cujo aspecto de vitalidade pareça normal, e suturar os tegumentos depois de devidamente limpos.

Se se tratar, por acaso, de maxilo-faciais complexos, terão, como é óbvio, de juntar-se a estes cuidados aqueles outros que a complexidade indicar: oto-laringológicos, oftálmicos, etc.

B) — *Ferido em via de cicatrização:*

Se sobrevier hemorragia secundária, a laqueação da carótida externa impõe-se.

A maior vigilância é sempre necessária, quer do ponto de vista cirúrgico puro, com recurso aos R. X., mal se suspeite que a cicatrização é impedida por factor extrínseco (osteíte ou corpo estranho), quer do ponto de vista estomatológico-protético.

Na cirurgia dos maxilares recomenda-se a maior prudência, nunca se devendo perder de vista a indispensabilidade de bom articulado dentário.

C) — *Ferido cicatrizado:*

É o mutilado, mais ou menos deformado, com as «ventas partidas», os «gueule-cassées», do «argot» médico-militar francês.

Trata-se nestes casos, sempre tristes socialmente, de restauração maxilo-facial por meio de enxertos (ósseos, cutâneos, gordurosos e cartilágneos) e de auto-plastias, usando um dos métodos conhecidos:

- 1) — por deslizamento, de Celso ou francês;
- 2) — por salto, de Koomes ou indiano;

- 3) — por derivação anatómica ou justaposição, de Branca-Taglia-cozzi, ou italiano;
- 4) — por migrações sucessivas, de Jean Roux ou do «Hôtel-Dieu».

Deste último derivaram os processos condro-epiteliais de Morestin, de Sebileau-Caboche, de Dufourmentel, etc., que vi praticar no Hospital Lariboisière há longos anos, ao grande mestre Sebileau.

*

Quatro basilares princípios regem as organizações maxilo-faciais:

- 1) — Simbiose cirúrgico-protética completa e constante;
- 2) — Colaboração da cirurgia maxilo-facial com as outras especialidades;
- 3) — Concepção da cirurgia maxilo-facial como sendo regional: isso implica adopção das técnicas da cirurgia especial oto-laringológica (iluminação, anestesia loco-regional, vias de acesso naturais, etc.), a par das da cirurgia geral;
- 4) — Unidade e continuidade no método de tratamento aplicado. Isto quer dizer que cada doente deve ser acompanhado *durante todo o tempo* de tratamento *pela mesma* equipa cirúrgico-protética.

*

Quanto à orgânica, cada equipa maxilo-facial, cuja composição discriminámos em artigo anterior ⁽¹⁾, e cuja chefia deverá ser entregue a capitão-médico, oto-rino, será anexada a um Hospital de Evacuação, e disporá, num período de calma, de 30 camas, e de 100 em período de actividade militar.

Aí serão tratados os maxilo-faciais da categoria A, isto é, os feridos recentes, cuja terapêutica de urgência deixámos indicada já acima.

Segundo Miégeville e Bonnet-Roy, a duração média de hospitalização numa equipa é da ordem dos 6 dias: dispondo de 50 leitos cada um deles, puderam tratar cerca de 250 feridos por mês. Casos há, porém,

⁽¹⁾ «A oto-rino-laringologia em campanha nos exércitos modernos» (Bol. do S. S. M., n.ºs 1, 2, 3 e 4, de 1949).

excepcionais, em que é indispensável a demora de 15 a 20 dias para melhor observação e vigilância cirúrgica.

Ao fim deste tempo poderão ser evacuados para o *Centro maxilo-facial* — anexo este a um Hospital Temporário — no qual os feridos das categorias B e C, atrás apontadas, ficarão retidos a fim de completar e ultimar o tratamento.

Quantas camas exige um centro destes, não se pode apontar com segurança, pois esse número será função do volume de feridos das duas categorias referidas; ainda assim, não serão de prever menos de 400 a 500 camas, se for único, (como pensamos), em Lisboa mesmo, ou nos subúrbios da capital.

Um centro destes terá de ser sempre dirigido por um oficial superior médico, oto-laringologista.

*

Pelo que respeita à instalação, temos de contar — além do serviço específico cirúrgico-protético, abundante em pessoal e material — com os serviços gerais; sala de escolha ou triagem; salas de operações (séptica e asséptica); salas de esterilização; de R. X.; de bacteriologia; um laboratório de próteses; um de moldagens, um de fotografia (importantíssimo para verificação dos resultados da prótese); a sala de massagens e a dos trismos (sic).

O laboratório de prótese compõe-se de várias oficinas para os mecânicos, sob a chefia do mais graduado, na proporção de 2 para cada 60 feridos.

O laboratório de moldagem deve ser confiado a um pintor-cerieiro.

Poderia, por ex., um farmacêutico, habilitado e hábil, dirigir o laboratório fotográfico, enquanto que um estomatologista olhará pela sala dos trismos.

As massagens terão de ser dirigidas por um médico especializado, dada a grande importância que têm na evolução das lesões.

*

O papel dum tal centro maxilo-facial (que no nosso país terá forçosamente de ser único e localizado na área de Lisboa) é tratar todos os feridos do seu foro *até perfeita cura*, a qual poderá demorar 18 meses e mais, em alguns casos.

É curioso notar que, apesar do aspecto tão lastimoso dos feridos maxilo-faciais, portadores de extensíssimas perdas de substância da face, a mortalidade é fraquíssima; mas a repercussão social, se esses infelizes não forem convenientemente tratados, essa seria enorme, pois o aspecto físico é deveras horripilante, e a vida social torna-se-lhes praticamente impossível. O efeito psicológico exercido sobre a família e sobre o público por um destes mutilados, marcados exactamente na parte mais visível e, socialmente, mais importante do seu organismo, é sempre profundamente desmoralizador, no sentido da quebra do ardor combativo.

Tive ensejo de ver alguns em tratamento nos hospitais de Bordeus, no serviço do Prof. Portmann, e em Paris, no Hospital Lariboisière, serviço do Prof. Sebileau, ainda faces horrorosas, dignas de servirem de fonte de inspiração para ilustrar o «Inferno» de Dante pelo lápis de Gustavo Doré...

*

Tênicamente, os enxertos ósteo-periósticos, deformáveis (método de Delagenière) ou indeformáveis (método de Albee), processos mais ou menos modificados pelos vários executantes, dão sucessos brilhantes no restauro do mandibular.

No domínio das autoplastias nasais, Sebileau, Morestin, Caboche, Nélaton, Ombredanne, Dufourmentel, Portmann, trouxeram pormenores úteis e progressivos.

Bourguet dedicou-se em especial à plástica facial e Morax à oftalmica.

A prótese é fundamental, quer para facilitar a modelação dos retalhos, quer para substituir o esqueleto onde tenha de ser substituído.

As sulfamidas e os anti-bióticos trouxeram novas armas à terapêutica anti-infecciosa, da máxima importância nesta cirurgia, tão melindrosa e de tão fácil necrose, e simplificaram a acção do cirurgião, auxiliando-o enormemente, por evitarem infecções e assim permitirem cicatrização mais rápida e mais perfeita.

A vacinação múltipla pode evitar o aparecimento do tétano, dito cirúrgico ⁽¹⁾, e as facilidades actuais de transfusão de sangue e de

(1) A. Meyrelles do Souto — «Gangrena e tétano» in *Clinica, Higiene e Hidrologia*, Fevereiro de 1947.

plasma, ainda aumentada com a introdução «larga manu» do heteroplasma, também vieram contribuir apreciavelmente para o êxito da cirurgia maxilo-facial.

Só quem comparar as fotografias verdadeiramente pungentes e arripiantes de certos mutilados antes do restauro da face com as posteriores àquelas, avaliará bem, como, do ponto de vista social, e, portanto, humano e militar são úteis, e até imprescindíveis absolutamente, os centros de cirurgia maxilo-facial.

Porém, é pensando neles em tempo de paz e preparando-os com antecedência nas suas minúcias e nos seus pormenores, que se pode ter esperança de, complicados como são, funcionarem de modo satisfatório e com rendimento em tempo de guerra.

É sempre verdadeiro o prolóquio:

«Si vis pacem, para bellum».

BIBLIOGRAFIA

- ABOULKER (HENRI) — Clinique et iconographie des maladies de la face et du cou. (Paris 1924).
- BOURGUET (JULIEN) — Vários artigos no *Monde Médical* sobre cirurgia estética: n.ºs de 15 de Maio de 1921; 1 de Abril de 1922; 15 de Março de 1925; Abril de 1926; Janeiro de 1928; Julho de 1929; Abril de 1931; Fevereiro de 1932; Novembro de 1932; Fevereiro de 1934; Fevereiro de 1936.
- GOSSET (A) — Les Enseignements à tirer de la précédente guerre au point de vue chirurgical — *M. Méd.* — Jan. de 1940.
- LEMAÎTRE (FERDINAND) — Titres et travaux scientifiques (Paris 1923).
- MÉTIVET — Quelques principes de chirurgie de guerre — *M. Méd.* — Maio de 1941.
- MEYRELLES DO SOUTO — Gangrena e tétano (Profilaxia e tratamento) *Clinica Higiene e Hidrologia* — Fevereiro de 1947.
- MEYRELLES DO SOUTO — Oto-rino-laringologia em campanha nos exércitos modernos — *Bol. S. S. M.* n.ºs 1, 2, 3 e 4, de 1949.
- PORTMANN (G) — Titres scientifique (Paris 1926).
- PORTMANN (G) et RETROUVEY (H) — Le Cancer du Nez (Paris 1927).
- SEBILEAU (PIERRE) et TRUFFERT (PAUL) — Le carrefour aéro-digestif — (Paris 1924).
- SEBILEAU (PIERRE) et DUFOURMENTEL (LÉON) — Correction chirurgicale des difformités congénitales et acquises de la pyramide nasale — *Relat. à Soc. Franc. O. R. L.* — Congresso de 1926.

LIVROS E REVISTAS

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

Le Malattie dell'Africa, pelo Professor Senat. *Aldo Castellani*. Roma, 1947.

Este volume é o XIII da «Collezione Scientifica e Documentaria dell'Africa italiana», e foi editada, logo após o fim da guerra de 1939/45, pelo Gabinete de Estudos do respectivo Ministério.

É um manual prático de formato corrente, com 800 páginas de texto, admiravelmente redigido e ilustrado, que nos foi gentilmente oferecido pelo grande Mestre e eminente Sábio Prof. Aldo Castellani.

É difícil, com efeito, encontrar reunidos, em um só volume, tantos ensinamentos de carácter prático, expostos com a maior clareza e concisão, constituindo um pequeno tratado sobre as doenças tropicais, que é, ao mesmo tempo, um *vade mecum* clínico e um formulário indispensável ao clínico prático que, exercendo no mato ou na cidade, encontra nas suas páginas recheadas de ensinamentos o conselho ou a fórmula a aplicar em determinado caso.

Pena é que a sua edição tenha sido limitada e que até nós tenham chegado apenas raros exemplares que o seu eminente autor conseguiu obter, e que generosamente ofereceu a amigos e admiradores.

Dele destacamos, na impossibilidade de lhe fazermos uma referência mais larga e autorizada, o «prefácio e advertência para a consulta deste manual», com o qual o sábio professor abre o seu trabalho:

«As primeiras 496 páginas do presente Manual, que são publicadas com um atraso independente da vontade do autor e do editor, foram impressas, durante a última guerra, no Instituto Poligráfico do Estado, antes do armistício de 8 de Setembro de 1943, tendo sido as restantes páginas apenas em 1946.

«Entretanto, o autor julgou conveniente acelerar quanto possível a publicação do Manual. Mas, para não prejudicar as folhas já impressas, fez incluir as correcções e aditamentos às primeiras 496 páginas no capítulo «Addenda et corrigenda», colocado antes do índice do volume.

«O texto do livro resulta assim um tanto desligado e disso se pede vênia ao leitor.

«É pois de aconselhar que o consultante, ao fazer uso do Manual, tome conhecimento de tais aditamentos, na parte que digam especialmente respeito às páginas consultadas.

«Por «Doenças de África» não deve entender-se unicamente as doenças próprias daquele continente, tais como a doença do sono, a bilharziose vesical e uma ou outra doença menos importante, mas sim as doenças tropicais, de algum modo cosmopolitas e de importância, que se encontram frequentemente em África.

«O autor foi mais minucioso no que diz respeito às doenças da pele, porque, frequentíssimas na prática diária, em África, e, geralmente, nos trópicos, se lhes dá pouca importância na maior parte dos livros de medicina tropical.

«O presente Manual, essencialmente prático, aponta apenas os principais tópicos da etiologia e patologia, e as descrições sumárias de parasitas, bactérias e vírus.

«Todo o clínico de doenças tropicais deve ter sempre à mão um bom tratado de parasitologia, tal como o «Précis de parasitologie», de E. Brumpt, ou o «Mannuale di Parassitologia dell'Uomo e degli Animali domestici», de G. Alessandrini; de bacteriologia, como, por exemplo, o «Mannuale di Microbiologia», de V. Puntoni e de «Técnica e diagnostico di Laboratorio» como o de G. Alessandrini, E. Pampana e G. Fikai.»

*

Microbiologia médica, pelo Prof. Vittorio Puntoni, da Universidade de Roma. 4.^a edição completamente actualizada, 2 vol. *in quarto*, edição do «Studio editoriale degli Istituti Universitari», de Roma, 1949.

Este tratado de microbiologia, que a amiga gentileza do Sr. Prof. Aldo Castellani fez chegar às nossas mãos, é uma bellissima edição em 2 grossos volumes, com 1.042 páginas de texto, completamente posta em dia pelo seu eminente autor, e que, conforme o Prof. Castellani diz no prefácio do seu «Manual», se torna indispensável a todo o clínico de doenças tropicais, e até ao médico de clínica geral, ao dermatologista, ao higienista, e, ainda, a todos os médicos ve-

terinários, ou estudantes de medicina veterinária que trabalham em laboratórios, institutos de investigação e outros departamentos da sanidade pública.

Parece-nos ocioso acentuar a altíssima autoridade científica do Prof. Victor Puntoni, nome universalmente conhecido e respeitado; e, por isso, não poderemos elucidar melhor os nossos leitores sobre a ideia-mestra que presidiu à factura desta obra, do que traduzir simplesmente o prefácio da 4.^a edição que temos presente, e que a seguir inserimos:

«Este livro, cuja 1.^a edição data de 1930, foi sucessivamente actualizado na 2.^a e 3.^a edições, publicadas respectivamente em 1935 e 1943.

«Esgotada esta última, tratei sem demora da 4.^a edição, reclamada por constantes pedidos de médicos e estudantes.

«A presente edição conserva o tipo e a redacção geral da precedente, mas difere desta tipograficamente pela divisão da matéria em 2 volumes. Tendo sido o texto bastante aumentado, pareceu-me incómodo incluí-lo em um só volume.

«No primeiro, é estudada a *bacteriologia geral e especial*; no segundo, contém-se o estudo, geral e especial, da *microbiologia*, da *protozoologia* e dos *vírus*.

«Por isto e pela divisão em 2 volumes, foi alterado o próprio título, não nos parecendo correcta a classificação de «Manual» para uma obra em 2 tomos.

«A preparação desta nova 4.^a edição requereu um atuado trabalho no sentido de actualizar conscienciosamente todos os capítulos do livro.

«A microbiologia é uma ciência que caminha a passos agigantados e que, no volver de poucos anos, fez progressos de doutrina e de aplicação.

«Congratulo-me por ter conseguido apresentar, à luz das mais recentes aquisições, cada capítulo do problema tratado, evitando, todavia, valorizar noções muito recentes e ainda não confirmadas e consolidadas.

«Na parte geral da bacteriologia, além de muitas actualizações, foram introduzidas as mais recentes opiniões sobre a natureza dos antígenos e dos anticorpos e um capítulo inteiramente novo sobre os quimioterápicos e antibióticos. No capítulo da técnica microscópica foi incluído um pará-

grafo em que se estuda o recentíssimo microscópio de contraste de fase.

«Na bacteriologia especial, foram refundidos quase por completo alguns capítulos, tais como o dos estreptococos e o das salmoneloses, de outras novas espécies patogêneas e muitos métodos novos de técnica de investigação.

«A micologia, que já na 3.^a edição tinha sofrido profunda remodelação, foi agora notavelmente revista no que diz respeito aos insectos causadores das granulomatoses, sobre os quais se aceitam os conceitos expressos por Redaelli e Ciferri no seu apreciado livro.

«Na protozoologia, a parte geral conservou-se quase imutável, mas fizeram-se oportunas actualizações nos grupos parasitários que têm particular importância na patologia; e, a propósito da malária humana, são citados as recentíssimas investigações que revelaram o ciclo exoeritrocítico do *plasmodium vivax*.

«Finalmente, o capítulo dos vírus filtráveis foi completamente actualizado, já porque esta secção da microbiologia é a que maiormente interessa no actual momento, já porque é a que tem tido maiores progressos, não somente nas aquisições doutrinárias mas também nas aplicações ao diagnóstico e às vacinações.

«Além da *mise au point* na manipulação dos vírus e aperfeiçoamento da técnica, refundiu-se o capítulo respeitante à natureza dos vírus, e especialmente quanto à hipótese dos vírus-proteínas, problema que tanto interesse tem despertado nestes dois últimos lustros.

«De resto, à parte os acrescentos e modificações mais importantes e essenciais, esta 4.^a edição é bem diversa da precedente por uma espécie de *trabalho de marketaria*, que introduziu pequenos aperfeiçoamentos e actualizações ao longo de toda a obra, com o objectivo de oferecer ao leitor uma visão da microbiologia verdadeiramente *à la page*.

«Como nas edições precedentes, procurou-se tratar os diversos problemas gerais e especiais começando pelas noções mais elementares para, por elas, se chegar às mais complexas, de modo que o livro possa ter utilidade tanto para o que inicia o estudo da microbiologia, como é o caso do estudante, como pelo que, já perito na matéria, procura um guia técnico.

«Ao findar este prefácio, quero dedicar uma saudação à memória de Sócrates Bucciarelli, que dignamente dirigiu as primeiras edições, e um agradecimento aos seus filhos e herdeiros, que, com igual zelo, dirigiram esta 4.^a edição, coadjuvados excelentemente pelos mestres e operários do Stabilimento A. Staderini.

«24 de Maio de 1949,

(a) *V. Puntoni*

J. C.

DAS REVISTAS E JORNAIS

EM FRANÇA

Concursos para a obtenção do título de assistente dos Hospitais Militares — (1948).

SECÇÃO CIRÚRGICA

Provas eliminatórias

1.^a Prova — (coeficiente 2):

Prova escrita versando um tema de anatomia topográfica.

Duração da prova: 3 horas.

Assunto (ex.^o): *O baço.*

2.^a Prova — (coeficiente 2):

Prova escrita versando um tema de patologia geral cirúrgica ou sobre grandes síndromas.

Duração da prova: 4 horas.

Assunto (ex.^o) — *Patogénia e tratamento do choque traumático.*

Provas definitivas

3.^a Prova — (coeficiente 1): documental, com *curriculum vitae* militar.

4.^a Prova — (coeficiente 3):

Prova escrita sobre cirurgia de urgência.

Os candidatos dispõem de 1 hora para a redacção, finda a qual farão a sua leitura perante o júri, entregando-a seguidamente ao presidente do mesmo.

Exemplo de um assunto:

«Ferida por bala de revólver.

«Orifício de entrada, punctiforme, a quatro dedos acima do bordo superior do condilo interno do fémur, face antero-interna da coxa.

«Orifício de saída, punctiforme, imediatamente por detrás do tendão do biceps, a quatro dedos acima do condilo externo.

«Não há lesões ósseas. Espaço popliteo e gêmeos tensos, joelho em flexão. Estado lipotímico, sem pulso perceptível e sem oscilações.

«O acidente deu-se há meia hora».

5.^a Prova — (coeficiente 4):

Exame clínico dum doente de clínica cirúrgica. Redacção dum relatório contendo: 1.º, o diagnóstico detalhado; 2.º, o prognóstico, e 3.º, o tratamento.

Doente n.º 1 — Deformação congénita da coluna lombar, caracterizada por uma hemi-vértebra ao nível de Lx. Afecção dolorosa, complicada de perturbações nervosas.

Doente n.º 2 — Osteo-condrite dissecante do joelho esquerdo com localização dupla do processo (face axial e posterior do condilo interno). Doença de Pellegrini-Stieda do condilo interno.

SECÇÃO ESTOMATOLÓGICA

Provas eliminatórias

1.^a Prova — (coeficiente 2):

Prova escrita sobre assunto de anatomia e fisiologia regionais (cabeça e região cervical).

Duração: 3 horas.

«O trigêmeo. O gânglio de Gasser (exceptuando-se o ramo oftálmico).

2.^a Prova — (coeficiente 3):

Prova escrita sobre um assunto de patologia médica ou cirúrgica em ligação com a estomatologia.

Duração: 3 horas.

Assunto (ex.^o): *Litiase salivar*.

Provas definitivas

3.^a Prova — Documentos e *curriculum* militar.

4.^a Prova — coeficiente 2.

Relatório sobre prática médico-cirúrgica de urgência em relação com a estomatologia.

Os candidatos dispõem de uma hora para a redacção e a seguir lêem o trabalho perante o júri. Após a leitura, entregam-no ao presidente, que o põe à disposição dos restantes membros do júri.

Exemplo:

«Um soldado é colhido por um coice de muar ao nível da parte média da face.

«O globo ocular direito é vasado, o nariz é fracturado, a pálpebra inferior esquerda fica rasgada, e torna-se evidente uma disjunção crânio-facial alta, apresentando-se o bloco maxilo-malar com mobilidade exagerada e fortemente deslocado para trás. A queda do sinistrado sobre a calçada originou uma ferida contusa retro-mastoideia esquerda.

«Epistaxis e hemorragia no *cavum* pouco importante, após uma forte hemorragia inicial. Derrame sero-hemático pelo canal auditivo esquerdo».

5.^a Prova — Prova clínica.

Exame de um doente da especialidade (discussão do diagnóstico, do prognóstico e do tratamento).

Os doentes serão escolhidos, tanto quanto possível, dentre os que apresentam doenças de etiologia mais corrente, médica ou cirúrgica, podendo ser mulheres ou crianças.

Os candidatos dispõem de 20 minutos para o exame do doente, e 45 minutos para a redacção do relatório, que é lido perante o júri, e entregue seguidamente ao presidente.

SECÇÃO MÉDICA

Provas eliminatórias

1.ª Prova — (coeficiente 2):

Composição escrita sobre um assunto de patologia geral ou médica.

Duração da prova: 4 horas.

Assunto (ex.º): *A primo-infecção tuberculosa.*

2.ª Prova — (coeficiente 2):

Composição escrita sobre um assunto de imunologia ou de bacteriologia com aplicação à clínica.

Duração da prova: 3 horas.

Assunto (ex.º): *Diagnóstico serológico dos salmoneloses.*

Provas definitivas

3.ª Prova — (coeficiente 1): documental e curriculum militar.

4.ª Prova — (coeficiente 3):

Tema escrito de terapêutica médica de urgência.

Os candidatos dispõem de 1 hora para a redacção, lendo depois a prova perante o júri, e entregando-a seguidamente ao presidente.

Exemplo:

«O candidato é chamado de urgência para ver um oficial, com 54 anos de idade, que foi súbitamente acometido de uma dor atrás, de sede retroesternal, com irradiação para

a região cervical, sensação de morte iminente, angústia, *facies* lívido, suores e estado de choque bem caracterizado.

O pulso está fraco, quase incontável, a tensão baixou a 7/5, quando anteriormente era de 19/12.

A auscultação do coração, ouve-se pequeno sopro sistólico e atritos pericárdicos.

Qual a terapêutica a instituir?

5.^a Prova — (coeficiente 4):

Exame de um doente sofrendo de um grande síndrome médico. Este exame é seguido de um relatório escrito, contendo o diagnóstico detalhado, o prognóstico e o tratamento.

Os candidatos têm 20 minutos para o exame clínico e 1 hora e 15 minutos para a redacção do relatório. Este, como de costume, é lido perante o júri e entregue pelo candidato ao presidente.

SECÇÃO ELECTORADIOLÓGICA

Provas eliminatórias

1.^a Prova — (coeficiente 2):

Composição escrita sobre um assunto de física em relação com a electro-radiologia, e sua aplicação ao diagnóstico e à terapêutica.

Duração da prova: 3 horas.

Assunto (ex.^o): *Propriedades físicas e biológicas dos Raios X, sob o ponto de vista dos accidentes que podem causar (diagnóstico e terapêutica). Protecção e prevenção.*

2.^a Prova — (coeficiente 2):

Composição escrita sobre assuntos de semiologia médica ou cirúrgica em relação com a electro-radiologia, e aplicações ao diagnóstico e à terapêutica.

Duração da prova: 3 horas.

Assunto (ex.^o): *Diagnóstico das afecções da vesícula biliar.*



Provas definitivas

3.^a Prova — (coeficiente 1): Títulos médicos e *curriculum* militar.

4.^a Prova — (coeficiente 4):

Interpretação de 6 radiografias, seguida da redacção de um protocolo, que será lido perante o júri, e seguidamente entregue ao presidente, para ser apreciado pelos restantes membros do júri. A duração é fixada por este.

5.^a Prova — (coeficiente 3):

Exame clínico de um doente portador de afecção médica ou cirúrgica que requeira tratamento pelos agentes físicos. Este exame é seguido por relatório contendo o diagnóstico detalhado, o prognóstico e o tratamento a seguir.

Duração da prova: 1 hora e 30 minutos para o exame e redacção do relatório. Após a leitura deste perante o júri, é entregue ao presidente, que o põe à disposição dos restantes membros.

(Da «*Revue du Corps de Santé Militaire*»)

NA SUÉCIA

*A Campanha anti-tuberculosa nas forças suecas de defesa
(Terra, Mar e Ar)*

A direcção do Serviço de Saúde destas tropas está centralizada na organização «Förvarets Jukvårdsförvaltring». Esta direcção tem a seu cargo tudo o que diz respeito à saúde e tratamento das tropas das 3 armas.

Nestas atribuições está incluída a luta contra a tuberculose, que é conduzida em íntima colaboração com a direcção do Serviço de Saúde Civil.

A inscrição dos mancebos faz-se aos 20 anos e o serviço militar começa geralmente aos 21.

Logo na inscrição se faz uma primeira micro-rádiografia, e os mancebos são convidados a vacinar-se com o

B. C. G., por iniciativa própria, nos dispensários Centrais Cíveis, que dirigem a Campanha Anti-tuberculosa na Suécia.

Quando se apresentam ao serviço, são novamente rádio-fotografados, e, seguidamente, sujeitos ao *test* de Mantoux.

Sempre que se fazem as micro-rádiofotografias nas unidades do exército, bases navais ou da aviação, faz-se o mesmo exame em todo o pessoal, isto é, oficiais, sargentos e praças.

De 1943 a 1947, 593.034 elementos da Defesa foram micro-rádiofotografados. O filme é enviado à Central de exame, em Stockolmo, e os casos suspeitos são telegraficamente comunicados à unidade e imediatamente internados no hospital para serem submetidos a um exame clínico minucioso. Os doentes em que se encontra a doença são enviados aos Sanatórios Cíveis. Os que apresentam uma reacção negativa são convidados a vacinar-se de motu próprio.

Desde 1943 até 1947, 56.080 soldados foram vacinados pelo B. C. G. O resultado da vacina Calmette mostra que se regista apenas um terço dos casos de tuberculose entre os vacinados e que, se um vacinado se tuberculiza, a doença evoluciona geralmente de forma benigna e com raríssimos casos fatais.

A vacinação pelo B. C. G., tal como qualquer outra, não dá uma protecção integral, mas é, sem dúvida, a maneira mais eficaz da prevenção contra a tuberculose.

(Do «*Boletim Internacional*», 1949)

NA SUÍÇA

A reacção de Mantoux no Exército suíço

Conferência do Cap.-médico J. Greppin

Desde 1 de Junho de 1947 que a reacção de Mantoux é feita a todos os recrutas, na Suíça, com o fim de despistar e vigiar os anérgicos. Esta rotina foi estabelecida com o duplo fim de proteger os recrutados e a população civil.

Podem hoje constatar-se os resultados, muito interessantes, observados no decurso da 2.^a metade de 1947.

Foram examinados 11.858 homens, em 29 escolas de recrutas. Destes, 39% foram negativos para a concentração de 1/1.000 e 28% para a de 1/100.

Segundo Wartgener e Deuchler, 50% das crianças são positivas aos 15 anos.

A proporção dos negativos em algumas unidades do exército belga foi, na mesma época, de 25%.

O mínimo, no exército suíço, foi de 27%, o máximo de 51% e 52%, nas E. R. do Trem e da Cavalaria.

No final das E. R., uma média de 6% dos 2.796 Mantoux-negativos reagiram positivamente à concentração de 1/100.

Nas E. R. do Serviço de Saúde foram todos negativos, e nas de Cavalaria 95%.

Os homens que mudaram a reacção no decurso da recruta são apontados ao presidente da Associação Suíça contra a tuberculose, que por sua vez os envia às Ligas Anti-tuberculose respectivas.

Os interessados são prevenidos, antes do licenceamento, que terão de sujeitar-se a um exame médico e radioscópico de controle ao fim de três meses, a convite da Liga Anti-tuberculose do seu domicílio, ou da mais próxima.

Estes exames de controle, feitos com intervalos regulares, são gratuitos para os recrutas. As despesas ficam a cargo do Seguro.

A nosso cargo fica a despistagem precoce dos doentes e a protecção dos homens sãos em face do contágio.

Em 1945, faleceram 3.644 homens em consequência da tuberculose, descendo este número para 3.389 em 1946, ou seja, 7,6 por cada 10.000 habitantes. Em 1947, houve 3.029 casos fatais, isto é, 6,7 por cada 10.000 habitantes.

Este decréscimo mostra que o aumento da mortalidade pela tuberculose, no decurso da 2.^a Guerra Mundial, era devido, como na 1.^a Guerra, a factores transitórios e inerentes às hostilidades.

Mas, se considerarmos a mortalidade geral na Suíça, constata-se que morre um habitante em cada 14 vitimado por tuberculose e que, entre os 20 e os 30 anos, a doença, apesar da sua regressão, é sempre a causa mais frequente de morte.

A A. M. A. F. (Seguro Militar Federal) registou, em 1946, 91 óbitos por tuberculose em 278; e em 1947, 85 em 228 óbitos.

A solução ideal seria, sem dúvida, não nos contentarmos com a despistagem precoce, mas premunir todos os Mantoux-negativos contra a doença.

Porque a vacinação activa contra a tuberculose é recomendada por muitos sábios e médicos, devemos disso tomar conhecimento e introduzir o método no exército.

Mesmo que a vacinação pelo B. C. G. se generalizasse, após o exame severo dos resultados obtidos, não deveria sê-lo no exército, mas exclusivamente no meio civil.

A premunição contra a tuberculose é, a meu ver, antes de mais nada, da atribuição do médico assistente do agregado familiar. Só ele conhece o indivíduo a vacinar e tem a possibilidade de o seguir durante largo tempo e de o submeter a controle com regularidade.

O Serviço de Saúde Militar contribui activamente, de modo eficaz, na luta anti-tuberculosa, fazendo a despistagem dos recrutas anérgicos, mas não lhe compete fazer as vacinações anti-tuberculosas durante as breves E. R., onde toda a possibilidade de controle prolongado, condição absoluta do êxito, se torna impossível.

(Do «*Boletim Internacional*», 1949)

NOTAS E NOTÍCIAS

XIII CONGRESSO INTERNACIONAL DE MEDICINA E FARMÁCIA MILITARES — PARIS, DE 17 A 23 DE JUNHO DE 1951

É o seguinte o programa deste Congresso, que terá lugar em Paris na data acima mencionada e no qual tomarão lugar todos os oficiais pertencendo, ou tendo pertencido, aos Serviços de Saúde dos exércitos de terra, mar e ar, médicos, farmacêuticos, dentistas, veterinários e oficiais dos serviços auxiliares:

I — Princípios de organização táctica e material dos socorros de urgência no caso de afluxo máximo de feridos, consecutivo ao ataque de grandes colectividades.

Países relatores: França e Índia.

II — Organização da instrução do pessoal dos Serviços de Saúde Militares (activo e reserva). Planeamento da carreira médico-militar.

Países relatores: Uruguai, México e França.

III — Os problemas médicos decorrentes da navegação aérea e da navegação submarina.

Países relatores: Estados Unidos e França.

IV — Aspectos médicos da defesa contra a guerra A. B. C. (atómica, biológica e química).

Países relatores: Grã-Bretanha e França.

V — Concepção actual do serviço do farmacêutico militar em tempo de guerra.

Países relatores: Espanha e França.

A AMEAÇA ATÓMICA E A DEFESA NACIONAL

O coronel Gontard, do Exército francês, diz-nos num artigo da revista *Défense Nationale*, que resumimos, a sua opinião pessoal, resultante de estudos e pesquisas, sobre os efeitos da explosão atómica e o modo de os diminuir ou evitar.

Assim, contra o efeito de sopro, pensa que as galerias subterrâneas ou escavadas na rocha e os abrigos betonados ofereceriam uma boa protecção; que, na montanha, os

ângulos mortos do terreno constituiriam zonas protegidas e, em campo raso, e a uma certa distância, se poderiam utilizar com vantagem os acidentes do terreno e os buracos naturais ou provenientes do bombardeamento.

As precauções contra o sopro serviriam também para a onda calorífica: abrigos, biombos naturais, etc.; e, para o pessoal a descoberto, capacetes, máscaras, fatos ignífugos de cor clara, etc.

Em Hiroshima e Nagasaki, os efeitos da rádio-actividade foram mortais, em tempo maior ou menor, até 1000 metros. Além desta distância, tiveram gravidade diversa, e, a partir dos 2.400 metros, foram nulos.

Os biombos naturais desempenharam, neste caso, um papel protector, mas principalmente os dotados de suficiente espessura.

Finalmente, diz-nos o autor que a defesa contra a ameaça atômica é possível, mas por meio de um sistema de conjunto e com um mínimo de precauções e equipamento nacional.

Essa defesa exige um esforço geral e um equipamento territorial que só progressivamente pode ser realizado e mediante enormes gastos, ainda assim menos ruinosos do que as perdas causadas por uma impreparação fatalista.

*

Mais recentemente, e versando o mesmo assunto lemos num jornal diário americano — *Companion* — alguns conselhos contra a ameaça atômica, que nos parecem judiciosos, e dignos da maior divulgação. Ei-los:

Antes do ataque, dever-se-á eliminar das casas de habitação tudo o que seja susceptível de se incendiar, ou de propagar o fogo.

Nas caves, ou, não havendo estas, nas despensas, preparar-se-á um serviço de socorros contra fogo, com baldes de areia e extintores.

Será preciso também pensar na *água potável*, enchendo bilhas ou bidões, rolhando-os cuidadosamente e guardando-os em local resguardado ou em frigorífico, quando possível.

Dever-se-á também fechar rapidamente a água, o gás e a electricidade.

Poderá ser improvisado abrigo relativamente eficaz por meio de uma mesa, encostada à parede da cave, ou quarto interior, e coberta com sacos de areia, que também a deverão proteger lateralmente.

Debaixo da mesa (ou mesas, conforme a família), deverão colocar-se latas de conserva, com os respectivos abre-latas, uma caixa com medicamentos e artigos de penso, água potável contida nas bilhas ou bidões previamente preparados, etc.

Durante o ataque, recolhem-se todas as pessoas ao abrigo, deitando-se de costas e protegendo a cabeça e os olhos com as mãos e braços. Só se poderá comer e beber os alimentos guardados nos abrigos e deve-se ter o maior cuidado ao sair destes após a explosão, aguardando-se as instruções dos serviços de socorros públicos. E, acima de tudo, deverá ser mantida a maior calma e serenidade.

Findo o ataque, só se deverá sair à rua vestido com um fato-macaco de côr clara e de tecido incombustível.

O chapéu protector deverá ter aba larga, as luvas serão de cano alto e o calçado de borracha ou simples galochas.

De volta a casa, deve-se despir o fato-macaco, tomar-se um banho (se houver água descontaminada para tal efeito), ensaboando-se o corpo abundantemente.

Lavar-se-á cuidadosamente tudo o que se possa lavar e que tenha estado exposto durante o ataque (vestuário e roupas), e a água da lavagem deve ser despejada a distância.

No caso de se começar a sentir os efeitos das radiações, o atingido deve recolher imediatamente ao leito, comer alimentos quentes e ricos em proteínas e açúcar, e fazer-se examinar por um médico logo que seja possível.

NO XIII ANIVERSÁRIO DO NOSSO «BOLETIM»

Os presentes fascículos completam mais um ano — o 13.º — desta publicação; e, por isso, parece-nos boa altura de dizermos aos nossos presados leitores e colegas o que nos parece poderá concorrer para o futuro desenvolvimento do nosso Boletim, como porta-voz da classe, em primeiro lugar, e ainda como repositório de estudos e pareceres de todos os colegas, militares e civis que, de alguém ou de além-mar, se interessam por estas coisas da sanidade militar e da assistência às populações, cada vez mais ameaçadas pela emergência da guerra.

Sai esta publicação com grande atraso, principal e quase exclusivamente devido à crise papeleira, que afectou, e afecta ainda, todas as publicações deste género.

Estivemos meses e meses aguardando o aparecimento no mercado do almejado papel; e, quando o obtivemos, foi por preço elevadíssimo, quase incomportável com a pequena verba de que dispomos.

Não obstante tais dificuldades, e outras decorrentes da nossa situação profissional, conseguimos concluir os presentes fascículos que, se nos não satisfazem inteiramente, constituem o traço de união entre o passado e o futuro deste «Boletim», e trazem ao conhecimento dos que nos lêem alguma valiosa colaboração, que será, por certo, devidamente apreciada.

Tomem-se, pois, estas palavras, como justificação cabal do atraso verificado; e muito desejamos que, de futuro, possamos ver o «Boletim», ou, melhor, a *Revista de Saúde Militar* sair pontualmente de dois em dois meses, cheia de valiosos trabalhos e de escolhida colaboração.

Pensa-se há muito, com efeito, e como é já do conhecimento dos nossos camaradas e colegas, na maior expansão e difusão desta publicação, transformando-a em Revista colaborada pelos médicos do exército, da armada e da aeronáutica, e ainda por toda essa imensa falange de colegas milicianos, da metrópole ou do ultramar, colaboração que a Revista dará um especial relevo.

Também podemos encarar a publicação de outros trabalhos inéditos, isto é, trabalhos elaborados por farmacêuticos, engenheiros, oficiais da administração militar e médicos veterinários, com a colaboração de médicos, e até de outros

estudiosos que, por natural propensão, se sentem atraídos pelas questões que se prendem com a profilaxia e tratamento das doenças comuns nos homens e nos animais e pela difusão dos conhecimentos e práticas da higiene geral.

Finalmente, outro ponto também a considerar: a necessidade de estimular a *função docente* dos hospitais militares, de maior importância e, em especial, a do Principal — que tem anexa a Escola do Serviço — promovendo-se, tal qual se fazia ainda não há muito tempo, e parece necessário se volte a fazer, a realização de sessões de estudo, quinzenais ou mensais, em que se apresentem trabalhos de investigação clínica e prática hospitalar, seguidos da indispensável crítica ou comentários dos assistentes, sessões tão úteis não só para o aperfeiçoamento técnico individual mas ainda servindo de estímulo para a produção de trabalhos clínicos e de investigação, com vista à maior eficiência dos serviços hospitalares.

Não quer isto dizer que se não venham produzindo, dia-a-dia, tais trabalhos, especialmente nas clínicas das especialidades; mas nem sempre eles fazem parte das sessões clínicas hospitalares, por serem comunicados em sociedades médicas ou publicados em revistas médicas civis.

E, desde que o nosso «Boletim» seja mais bem dotado, e se torne, de facto, uma verdadeira «Revista», com publicação periódica frequente e número de páginas suficiente, é natural que tais estudos constituam a melhor parte do seu texto, tornando-se assim a Revista um órgão de consulta e permuta devidamente categorizado.

Enfim, o nosso objectivo, ao traçar estas despretensiosas considerações, é vermos essa futura «Revista» brilhantemente colaborada e realçada, tornando-se de facto o verdadeiro porta-voz da Saúde Militar, englobando neste termo os médicos do exército, marinha e aeronáutica, os farmacêuticos militares, os nossos colegas do quadro de milicianos, e até os oficiais das armas e serviços que, no continente ou no ultramar, podem dar também valiosa contribuição nos trabalhos em conjunto a que acima aludimos.

*

Dada a generalização que a guerra moderna imprimiu a tudo o que se prende com a defesa dos territórios e das po-

pulações — e o nosso Serviço é um dos primeiros, senão o primeiro, na defesa do património humano à sua guarda, e na sua possível recuperação — não poderá pensar-se, em tempo de guerra, na existência de Serviços de Saúde independentes para o exército, marinha, aeronáutica ou população civil.

Se, em tempo de paz, tais diferenciações ainda existem e são necessárias, elas devem por completo desaparecer ao eclodir a guerra, pois só pela sua íntima colaboração e acção comum se forma o Serviço de Saúde Nacional, sujeito a uma só doutrina e norteando a sua actividade por métodos e processos comuns.

Parece-nos, pois, que essa obra de aproximação, troca de consultas e estudos, conferências técnicas frequentes e colaboração activa e eficiente é de urgência e deve ser posta em equação desde já, o que tudo justifica, *ex-abundanti*, a necessidade que as suas bases sejam lançadas e consolidadas através de uma Revista em que todos colaborem e que se dedique quase exclusivamente a tal objectivo.

Tais são os nossos votos, e cremos, com eles, ter interpretado o sentir comum dos que pretendem que o Serviço de Saúde da Nação seja uma realidade sólida e viva, capaz de, numa eventualidade terrível que Deus afaste de nós, mas que deve estar sempre presente no nosso espírito, poder corresponder, no máximo da sua eficiência, ao que dele têm direito a esperar todos os portugueses.

Por estas breves palavras de apelo e incitamento, que condensam incompleta e imperfeitamente todo um programa, encerramos o 13.º ano desta publicação, fazendo votos pela sua reforma e rejuvenescimento e desejando aos que vão tomar em suas mãos essa tarefa os maiores êxitos nos esforços em prol da ideia que deve guiá-los: a realização integral da futura Revista da Medicina Militar!...

Lisboa, 31 de Dezembro de 1950.

Pel'A Comissão Redactora,

O PRESIDENTE

João Calvet de Magalhães Marques da Costa
Coronel médico



