

BOLETIM

DO

Instituto Superior de Higiene
Doutor Ricardo Jorge

VOLUME II

LISBOA-1947

BOLETIM

DO

Instituto Superior de Higiene
Doutor Ricardo Jorge

Ano II

LISBOA — 1947

BOLETIM

no

Instituto Superior de Higiene

Doutor Ricardo Jorge

Ano II

LISBOA — 1947

Inicia-se com este número o 2.º ano da publicação do Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

Tal como fizemos no limiar do primeiro número, não anunciaremos programa diferente do traçado pelo patrono do Instituto, ao começar os seus Arquivos em 1913.

Procurámos nos quatro números publicados, dentro das verbas orçamentais e da modéstia gráfica correspondente, cumprir tanto quanto possível o programa: prestar culto à memória de Ricardo Jorge, transcrevendo algumas das suas páginas admiráveis, fixando os dados fundamentais da bibliografia ricardiana, arquivando a notável conferência que sobre ele proferiu no Instituto o Prof. Eduardo Coelho, descrevendo os passos essenciais da história da instituição, dando conta da actividade do Grupo dos Amigos do Prof. Ricardo Jorge; descrever o actual Instituto, suas deficiências, sua administração e possibilidade de a aperfeiçoar, estimulando todos os que nele trabalham, de modo a aumentar constantemente o seu prestígio; referir os ensaios pedagógicos iniciados, com os cursos de aperfeiçoamento para subdelegados de saúde e os de visitadoras e a preparação do Curso de Medicina Sanitária; publicar algumas das lições proferidas no primeiro destes cursos, de modo a poder a sua leitura ser útil a todos os subdelegados do País, visto a todos ser enviado o Boletim.

A nota dos livros adquiridos durante o ano e a estatística comparada do movimento dos laboratórios não deixarão de dar ideia, a quantos as leiam atentamente, da boa vontade e dos recursos novos postos à disposição de quantos trabalham no Instituto, bem como do zelo e dedicação destes.

Não permitiram circunstâncias várias que se realizassem durante o ano de 1946 as obras indispensáveis para a transferência do Laboratório de Bacteriologia para o andar nobre do edifício. Tal atraso impediu beneficiamentos indispensáveis no Laboratório dos Serviços de Alimentação e Bromatologia.

No decurso do ano de 1947 vão tais obras receber um impulso decisivo.

Não se estranhe por isso que apenas um artigo do Boletim se tenha ocupado de assunto ligado com as investigações laboratoriais. Trabalhos analíticos em execução, inquéritos alimentares, estudos sobre nutrição e outros, permitirão, agora que o quadro do pessoal técnico do Instituto está quase completo, ir dando conta dos trabalhos realizados e estudos feitos.

Não pretende o Boletim sair da modéstia do seu programa, nem alardear serviços e méritos que não possa objectivamente demonstrar.

Para o seu aperfeiçoamento e do Instituto, de que ele procurará ser sempre reflexo, conta o seu director continuar a ter o apoio que até hoje sempre lhe tem dado S. Ex.^a o Subsecretário de Estado da Assistência Social e o Sr. Director Geral de Saúde.

Quanto às actividades desenvolvidas durante o ano de 1947 nada há a anunciar: delas dará conta o Boletim hoje iniciado.

Ricardo Jorge e a Legislação Sanitária⁽¹⁾

Súmula

A figura de Ricardo Jorge é o mais possível encarada dentro do campo especial da legislação, e no da sua decisiva intervenção na feitura de alguns diplomas fundamentais. Procura-se dar uma ideia das razões que trouxeram Ricardo Jorge para a higiene, para a higiene pública primeiro, e por fim para a própria organização dos serviços. Cita-se a sua evolução; clínico, médico municipal, inspector geral, director geral, delegado internacional, presidente técnico. A direcção geral e a criação do "Office international d'Hygiène Publique". Ricardo Jorge, a legislação sanitária portuguesa e a legislação sanitária internacional. Leitura de certas afirmações de sua responsabilidade. Em especial são considerados os diplomas de 1899, criando e organizando a Direcção Geral. É feita análise do Regulamento Geral de Saúde, de 24 de Dezembro de 1901, e referência acentuada dos seus artigos de valor eterno. Fala-se com relevo do ensino. E também da criação do Instituto. Do mesmo modo se destaca o Regulamento de 1902 sobre higiene da alimentação. De par com tudo, algumas referências ao higienista e ao homem.

(1) Conferência realizada no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge em 21 de Dezembro de 1946.

Primeiras palavras

Quando o Dr. Fernando Correia nos instou há dias pela desobriga do nosso compromisso de aqui vir falar do Dr. Ricardo Jorge, e aceite que fôra por nós tão difícil encargo, pareceu-nos que seria talvez mais fácil fazê-lo assim, sem demoradas locubrações, simplesmente, despretenciosamente.

As conferências são difíceis de definir, e sempre estimamos mais o que se rotula de palestras, mas ninguém aceitaria o chamadoiro neste caso pelo mais elementar respeito pelo patrono desta Casa. Ninguém também pensaria em vir fazer-se aqui agora uma lição de legislação — e aqui fizemos já tantas — e isso então pelo muito respeito que bem nos merecem os ouvintes, tantos capazes de na matéria mesmo nos ensinar a nós.

Mas seja como for, por certo os que nos dão a grande honra de nos ouvir, bem merecem que não abusemos da sua bondosa paciência, e nós gostaríamos também que ouvissem o que vamos dizer sem desatenção de fadiga. Assim desde logo se nos impoz uma condição: a do tempo limitado.

Outra surgiu, e decorre do que vamos ainda dizer, a título prévio. A obra do Dr. Ricardo Jorge é tão vasta, tão variada, tão valiosa, que tocar-lhe é suscitar considerações ilimitadas. Depois são sessenta anos de trabalho, e em cada um dos períodos tão diferentes em absoluto que foram os dos anos de 80, de 90, os primeiros deste século, os primeiros da República, os da primeira grande guerra e os que se seguiram até há sete anos, em todos sempre Ricardo Jorge marcou a sua personalidade. Na história da arte, na história da literatura, na história da medicina, na história da higiene, em cada um daqueles momentos se pode reconhecer que ele inscreveu o seu nome. Sempre a mocidade eterna do seu espírito acompanhou a evolução do saber humano e a da vida social. E viveu 80 anos, sendo professor aos 22.

Então era por força preciso escolher apenas meia dúzia de aspectos, mesmo encarando-se uma matéria limitada na feição,

como esta da legislação sanitária, em que entretanto se envolveu com ele muito da vida nacional.

Depois Ricardo foi sempre um lutador. E foi um lutador rude, que nos apeteceria dizer que por vezes foi bravo. E se houve campo em que fosse vencido em larga parte, na execução, foi exactamente neste da legislação sanitária. Disso se queixa por vezes; e nenhum testemunho maior de respeito teria qualquer governo por ele, e todos o tiveram sempre, honra lhes seja, do que o de 1926, ao aceitar tanto do que se lê no preâmbulo da organização sanitária desse ano. Espanta. Mas a verdade é que essa consideração perfeita, e sempre o foi, pelo homem e pela sua grandeza, não impediu que lhe fosse impossível pôr em marcha quase tudo o que quiz. E de como se envergonhava das condições em que trabalhava, bem o diz aquele preâmbulo do decreto 12.477.

Então pareceu-nos mais simples a nossa tarefa: e ela será apenas a de trazer à recordação de V. Ex.^{as} alguns aspectos mais perfeitos, mais preciosos, da sua obra de legislador, comentados com aquelas palavras suas que os chefes políticos não engeitaram.

E só isso chegará para que V. Ex.^{as} em final se convençam de que não soubemos poupar a vossa bondosa paciência.

Ricardo Jorge e a Legislação Sanitária

Se nos fosse pedido para no menor número possível de linhas indicarmos, a modo de definição, o que seja a própria essência de uma legislação sanitária, não hesitaríamos em transcrever a primeira parte do art. 6.º da lei de 1837, que diz: "Ao Conselho de Saúde Pública compete a fiscalização superior em tudo o que respeita aos diversos ramos de saúde; a saber: = 1.º Educação física dos habitantes = 2.º Prática de Medicina, Cirurgia, e Pharmacia = 3.º Policia Medica. „

A mais simples análise de cada uma das três frases, mostra facilmente como nelas se contém tudo o que à saúde pública interessa. A educação física engloba toda a formação que é a higiene da infância, todos os métodos de profilaxia a que a epidemiologia vai presa, e tudo o que é a salubridade. O exercício profissional é aquela mesma prática ali referida. E a policia

médica, se vai merecendo cada vez menos que se chame polícia ao modo de agora, bem se entende que se chamasse então polícia a tudo que hoje é fiscalização, visitação e assistência social, uma vez que à palavra se dê a significação própria e nobre que a definiu outrora como sendo a "cultura de costumes," e o "aperfeiçoamento social,"; como a entendeu Camões ao dizer: "E folgarás de veres a polícia portuguesa na paz e na milícia",.

No decorrer do século brilhante que foi o de xix, poderá talvez dizer-se que toda a nossa legislação sanitária partiu do estímulo da lei de 37, de Passos Manuel, mas tendo essa lei ficado limitada por assim dizer a esse único, embora primacial papel de estímulo, pode igualmente afirmar-se que a lei de 1868, do Bispo de Viseu, codificando o que se fora de facto fazendo até à sua publicação, foi o paradigma que regeu a sanidade pública até 1900.

Sem dúvida inúmeros diplomas de toda a ordem se publicaram. O cólera que percorreu a Europa a partir de 1830, a febre amarela que atingiu a Península mais tarde e a abandonou depois da grande epidemia de 57, deram largas à publicação de valiosos textos que se ocupam com grande merecimento de epidemiologia, de profilaxia, de defesa internacional.

A sanidade marítima atinge com o regulamento de 12 de Novembro de 1874, uma perfeição de rigor, que a rapidez do trânsito internacional foi obrigando a rever, e a que a aviação, vinda depois da navegação a vapor, do comboio e do automóvel, deu já o golpe de misericórdia.

Em 1863 publicara-se o diploma que em larga parte é de doutrina eterna, e que atendeu às necessidades higiénicas criadas pelo desenvolvimento industrial. Toda a nossa legislação sanitária da indústria, toda a regulação de estabelecimentos insalubres, incómodos, perigosos ou tóxicos, nele se funda e sempre com vantagem o copia.

— Ricardo Jorge nasce em 1858. Aos 22 anos era médico e professor da Escola que no mesmo ano o formara. É a clínica toda que o interessa, a cirurgia, a obstetrícia, a hidrologia, de par com a medicina clássica. O clínico geral que então se não dispensava para vencer de que possuísse larga cultura, saber de humanidades, trato social, teve em Ricardo Jorge um brilhante exemplo, de modelo.

Na evolução da sua carreira afirma-se um escritor de mérito invulgar. E convivendo, conversando, trabalhando como profissional, estudando sempre e afindadamente, possuidor de uma memória educada e perfeita, e de uma luminosa inteligência, domina largamente o meio do Norte, que sempre foi culto como poucos.

Companheiro e amigo de políticos de grande mérito, publicista, delegado da sua Escola em missões diversas, Ricardo fulgura em certo momento na verdadeira academia que era então o Conselho Superior de Instrução Pública.

A sua actividade dispersa-se. O clínico tem cada vez menos tempo de que disponha.

Solicitam-no, acarinham-no de vários lados e por vários modos. Mas ao mesmo tempo discutem-no, atacam-no. E por feitiço intrínseco Ricardo Jorge reage sempre, e sempre reagiu até à morte, a todo o ataque. Dir-se-ia que lhe era preciso, e por vezes por certo o foi, e lhe foi útil.

Atacado defendia-se como fera acossada, atacando, dominado pelo desejo de vencer, incendiada a sua cerebração de maravilha, ferindo em chispas de talento com a verdade afirmada numa linguagem perfeita e contundente.

A sua preparação foi do tipo enciclopédico.

Cultor enternecido de toda a beleza, crítico de arte, viajante que para si próprio rebuscou o chamadoiro de vagamundo, por tudo isso mais se expande e mais se dispersa. A clínica tinha de perdê-la.

Em certo momento fere-o a inferioridade da compreensão municipal pelos problemas da higiene. Iluminado e preso da maravilhosa evolução que partia da França, da Alemanha, da Inglaterra e que revivia uma higiene desmerecida durante séculos, desde a Grécia de que tirou o nome, desde os Romanos, desde os Árabes, Ricardo Jorge não se contém. O lutador surge como um cavaleiro medieval. Vem a terreiro.

Pode dizer-se que é a feitura das famosas conferências de 1884 que empurra Ricardo Jorge para a higiene pública. Tinha definitivamente vencido nesse campo. E para todo o sempre a ele ficou preso.

Médico municipal da cidade do Porto, Ricardo entende e sobretudo sente, o papel primário na saúde pública dessa função de tamanha importância social. O laboratório da Câmara é naturalmente posto à sua inteira disposição.

Então e como sempre sucede, natural e insensivelmente o clínico foi perdendo os seus doentes. Uma paixão nova avassalava o homem que vencera no exercício profissional.

Aquele período de 80 é ao mesmo tempo o acume da grandeza dos médicos que vieram em França no rasto brilhante de Trousseau e de Charcot, e a aurora luminosa que rompe da clareira aberta pelos trabalhos de Pasteur.

É a bacteriologia, é a imunização. São as campanhas da profilaxia da raiva e do tratamento da difteria. E o incomparável revigoramento da patologia veterinária. São todas as investigações a que foi obrigando o trabalho em animais de laboratório. É a epidemiologia do carbunculo.

Ali no Porto passados já os anos de 80, pelos de 90 fora, Ricardo comanda do laboratório a vida higiénica de um meio social bem difficil, e exactamente pelas qualidades que mais o illustam, a personalidade, a rijeza, o bairrismo.

O clínico que os doentes tinham pouco a pouco deixado de encontrar a tempo e horas, via agora na população enferma ao mesmo tempo um campo de investigação e um meio carecido como poucos de uma profilaxia rude.

O surto da peste foi a coroação internacional do homem que até à morte, quarenta anos depois, todo o mundo respeitou; mas foi ao mesmo tempo a sua derrota naquela terra a que tudo o ligava, o nascimento, a sepultura da mãe, a oficina paterna, o seu lar, os seus filhos, toda a sua vida de trabalho e de affecto.

Passados os 40 anos Ricardo Jorge é empurrado da cidade a que entretanto e até à morte quiz como sua, cidade que mercê dos seus trabalhos imperecíveis de demografia sanitária, talvez os mais preciosos de todos os seus, e dos da epidemiologia da peste, figura afinal para todo o sempre honrosamente na história da sanidade.

Os políticos da época nem souberam nem por certo puderam acudir a Ricardo Jorge. A Escola Médica de Lisboa recebe-o então com uma galhardia e uma decisão que é uma das suas páginas de maior honra. E entretanto manda a mais elementar justiça acentuar que os homens da política estimaram e souberam avaliar o mérito altíssimo de Ricardo. Os senhores incontestados do período que faz a passagem do século XIX para este, criam, irmanados, a situação que fez do chefe vencido da hygiene citadina do Porto, o chefe para o todo o sempre respei-

tado da higiene portuguesa. Hintze Ribeiro e José Luciano de Castro tiveram o mérito que aos homens da higiene mal ficaria esquecer e que foi o de compreender ao mesmo tempo o valor do homem e a vantagem de lhe entregar uma posição de responsabilidade e de comando.

Mercê de tal, a legislação sanitária portuguesa transforma-se. O crítico justo e justiceiro da década de 80; o chefe de uma organização sanitária municipal em que no decénio seguinte o laboratório, a profilaxia e a epidemiologia tiveram relevo raro, ao mesmo tempo que se averiguava e estudava toda a demografia de uma cidade importante; o higienista acabava de firmar o seu valor no próprio meio internacional; ia ter o raro ensejo de preparar uma organização de saúde pública. A política recebia-o sem reservas. E no período de 1899 a 1901, como mais tarde em 1910, Ricardo Jorge pode dizer-se que dispôs por momentos do Ministério. Às leis de 99 se liga o nome de José Luciano de Castro. Em 1900, e depois em 1901 ao regulamento famoso prende-se o de Hintze Ribeiro.

O Ministério do Reino, depois mudado para do Interior, conhecia-o já. A Instrução Pública era um dos seus departamentos, e o Conselho Superior de Instrução era ali.

Os homens da política em grande número professores, escritores, cavaqueadores cultos, conheciam-no do Porto, de Lisboa, da Praça Nova, dos encontros do Hotel Aliança, da volta do Chiado, da Livraria Gomes.

No Ministério do Reino a Saúde Pública integrava-se na Direcção Geral da Administração Política e Civil. Lembre-se aqui o nome do Director Geral que foi Artur Ferevereiro, de cuja pena saíram despachos e determinações que honram a saúde pública portuguesa, e com quem Ricardo contou sempre como amigo raro e raramente compreensivo. As reformas de 1899, o Regulamento de 1901, tiveram o seu prestigioso apoio.

Na vida culta e na vida social da cidade o professor transferido não encontrou diferença de consideração. O meio médico da capital, em que se perdera sucessivamente e a espaços a inteligência de Magalhães Coutinho, o prestígio de Manuel Bento, o talento oratório de Sousa Martins, o mérito valiosíssimo de investigador científico de Câmara Pestana, encontrava em Ricardo Jorge uma figura representativa incomparável. E no meio sanitário nacional, a decisão justiceira altiva e rija do Dr. António

Homem de Vasconcellos, chefe dos serviços de defesa internacional, vergou, em humilhação, os detractores ignorantes ou malévolos, a quem só restaria a consolação íntima e rancorosa de ter desfeito no Porto o lar do sanitarista.

— Temos por certo que em dois retratos a figura de Ricardo Jorge se mostra com perfeição rara. Vê-se neles o homem, como era. São duas fotografias. Uma a que Maximiano de Lemos fez reproduzir no livro "Camilo e os Médicos", a outra a de Couto Nogueira em 1938, a um ano da morte.

Em ambas Ricardo está sentado. Na primeira recosta-se no espaldar da cadeira; a face levanta-se com a cabeça, cobrindo o pescoço a barba forte e bem cuidada. O fato é distinto e vê-se bem a gola de veludo à moda do tempo. Através dos seus óculos de míope os olhos brilham, e em todo o conjunto há uma atitude de domínio que o sorriso adoça, sem embargo de certa ironia que se percebe. Maximiano de Lemos, seu amigo e seu colega no Porto, escolhendo esse retrato para o figurar como médico de Camilo, por certo o fez por encontrar que nele se mostra em pleno vigor, homem feito, seguro de si. Foi assim ainda que o conhecemos, rapaz que éramos, amigo desde o liceu do filho que é médico.

Na fotografia tirada por Couto Nogueira, Ricardo Jorge atinge os oitenta anos e está já doente. A magreza é nítida na face, e o roupão em que se envolvia friorento no seu gabinete íntimo, de que se vê em fundo o contador, cai visivelmente sobre um corpo magro. O tronco destaca-se das costas da cadeira em que se vê que se não apoia, mas sim sobre os braços dela, pelos ante-braços de que as mãos esguias pendem descarregadas. O olhar fulgura na face entristecida. Por detraz daqueles olhos vê-se ainda a luminosidade de sempre, mas percebe-se que fitam um mundo de saudade que está certo de ir perder dentro em pouco. A "velha porcelana", que lhe chamou com raro mérito um dos médicos ingleses que se referiu à sua morte e o conhecia do Office, vai quebrar-se e sente-o. Entretanto a bondade, a ternura, as qualidades que tão grandes possuía, e que tão poucos foram os que lhas conheceram e sentiram, vêem-se ali por transparência.

Separadas por mais de meio século, as duas fotografias completam-se e toda a alma do homem se pode avaliar olhando-as.

— Quando veio para ocupar-se, em encargo oficial, da legislação sanitária portuguesa, Ricardo Jorge sofrera o choque dos incidentes que a epidemia de peste provocara e tinha passado os quarenta anos. As desilusões amiudaram-se. Os conflitos sucederam-se. Por outro lado as tentações da crítica de arte, da crítica literária, eram cada vez maiores.

Pouco a pouco é a sanidade internacional que o ocupa mais e mais. A criação do "Office International d'Hygiène Publique," em Dezembro de 1907 dá-lhe assento na mais importante organização de saúde de todos os tempos, e desde logo ele adquire dentro dela uma posição de domínio incontestado. Era ao mesmo tempo o resultado da segurança do seu saber, do seu tão raro poder de síntese, da clareza da sua crítica e da sua análise, e também o encanto raro que era capaz de desprender e com que sempre prendia.

Para quem o conheceu não causa a menor admiração o respeito, a ternura, o culto que mereceu em França e em Inglaterra, nem a amizade de Cantacuzène.

A sua obra de legislador nacional encontrou sempre óbices grandes e graves na realização. Os quebrantos que tinha, e enormes eram por vezes, nunca diminuíram a sua posição no que se referisse ao reconhecimento do rigor e da verdade do que afirmara e do que queria. Mas facilitaram porventura uma vez ou outra a vitória dos adversários no campo prático, em que a realização, assim por vezes foi errada. E fosse como fosse, Ricardo viu sempre ferida por golpes graves a sua obra de legislador. No ensino, de que perdeu o comando, na bromatologia, que se perdeu ela própria, na investigação a que não foram dados os menores meios de realização, nos estudos de epidemiologia, em que só no Porto e por forma entretanto incompleta, ficou existindo em dependência do serviço de saúde um hospital.

A reforma de 1926 encontra-o perto do limite de idade; e pode dizer-se que nos últimos quinze anos de vida foi a toda a regulação dos preceitos sanitários internacionais que o legislador que foi Ricardo Jorge se entregou quasi sòmente. Todos os pormenores que ajustam os conhecimentos epidemiológicos e orientam a epidemiologia, são afinal legislação sanitária. São-no tanto como as Convenções. E são por vezes regulamentos e acordos, e sempre entendimentos indispensáveis. E hoje que a

velocidade das deslocações excedeu o som, não podemos nem admirar-nos de que se quebrasse a velha garantia dos tempos de incubação e se anulasse a dos tempos de imunização, nem deixar de reconhecer que a profilaxia é do domínio exclusivo de uma regulação internacional, tanto na sua técnica como na sua organização.

Bem pode assim ter-se como perfeita a evolução que no campo da legislação sanitária deslocou Ricardo Jorge da sanidade nacional, para a sanidade internacional. Mas não pode deixar de reconhecer-se que o destino foi por vezes cruel para ele, e que se essa evolução foi perfeita à luz de um rigor de método e de técnica, não deixou entretanto de ser em parte devida a uma atracção irresistível, a uma tentação melhor, que o levou para onde se encontrava mais feliz, melhor entendido e atendido. Foi por certo assim, e foi pena.

— Talvez que aquele dominador evidente que se sentava na cadeira do Porto, quando foi feito o retrato que Maximiano de Lemos publicou, tivesse lutado mais ainda do que lutou o homem que conhecemos a partir de 1901, há 45 anos; talvez que esse conseguisse mais. Mas Ricardo veio já fortemente batido de injustiças e lutas com o meio que o cercava, e tão inevitavelmente como se o apanhassem mais vigoroso e mais novo, ele seguiria o mesmo rumo; um pouco mais tarde porventura. Assim como tudo foi, pode dizer-se que a criação do Office em 1907 foi a portada de luz por onde passou a evadir-se o mais a miúdo possível. Para a execução da sua obra de legislador sanitário tudo não foi favorável. Mas sem embargo, e até à sua morte, toda a decretação reguladora da saúde pública portuguesa foi sempre iluminada pelos clarões da sua inteligência e vincada pelos rasgos fundos da sua crítica.

— Vejamos o que pensou e o que promoveu o legislador que de facto foi. E para isso vejamos primeiro o que se decretou nesse período que vai de 1899 a 1902, desde a criação da Direcção Geral de Saúde e Beneficência Pública em 4 de Outubro de 99 até à publicação das Instruções de 29 de Novembro de 1902, modelo perfeito e imperecível em matéria de higiene da alimentação.

— Em 4 de Outubro de 1899 publica-se o decreto que cria no Ministério do Reino a Direcção Geral de Saúde e Beneficência Pública.

Consinta-se a leitura de alguns trechos do seu relatório, que começa dizendo:

“ Um dos capitulos da administração publica, que de há muito vem chamando a attenção dos poderes publicos, é sem duvida o dos serviços de saude e hygiene, cuja reorganização por toda a parte se reclama e no momento actual se impõe como impreterivel necessidade. As circumstancias da fazenda publica e a esperança, fundada na immundade de longos annos e na efficacia dos regulamentos de sanidade maritima, de que seriamos poupados por epidemias exoticas, tem differido o estudo e completa resolução do problema, adoptando-se apenas algumas providencias de occasião e de resultados mui restrictos em relação à importancia do assunto „

“ A crise sanitaria que nos assaltou, invadindo a peste bubonica de surpresa a cidade do Porto, sem embargo das rigorosas precauções do aviso de 14 de abril de 1897, mallogrou aquella esperança, e pôs em relevo que os sacrificios do Thesouro Publico para se alcançar uma efficaz organização dos serviços de saude em todo o reino serão sempre incontestavelmente menos dolorosos e incomparavelmente menos avultados que os exigidos actualmente para prevenir, combater e debelar qualquer invasão epidemica „

“ Já em outras occasiões se teem apresentado ao Governo diversos planos, que não tiveram seguimento, em parte pelos já indicados motivos de adiamento, e em parte por não se adaptarem ás condições essenciaes do nosso regime administrativo. Não podendo, porem, adiar-se a satisfação do que, neste assunto, exige instantemente o interesse publico, é indispensável decretar sem demora as providencias immediatamente exequiveis, que hajam de conduzir com a maior brevidade à realização de todas as necessarias reformas „

“ O primeiro passo para tal effeito é sem duvida a especialização dos serviços e a unidade na sua direcção superior, tanto na parte technica, como na administrativa „

Mais longe afirma-se ser indispensável que a direcção da saúde e da hygiene pública seja confiada — “ a funcionários técnicos

de reconhecida idoneidade, coadjuvados consultivamente por outros de igual competência „ — e essa preocupação foi sempre companheira de Ricardo Jorge.

Visa o decreto à reforma geral dos serviços sanitários, e largamente se ocupa o seu relatório da transformação da Junta Consultiva de Saúde num Conselho de Saúde e Higiene, Conselho Superior de Saúde e Higiene Pública foi o nome, que possa executar no dizer do texto legal um — “plano bem ordenado de reforma geral dos serviços sanitários „. E acrescenta :

“Para o conseguir mais rapidamente, o Conselho Superior, logo depois de installado, e tendo em attenção a urgente necessidade da especificação e unidade dos serviços de saúde e hygiene, organização dos quadros do pessoal, melhoramento da policia sanitaria, distribuição do pessoal e material dos serviços, estabelecimentos e installações obrigatórias nas diversas circunscrições administrativas, receitas e despesas correspondentes, deverá occupar-se d'estes importantes assuntos, para que no mais breve prazo apresente ao Governo as propostas de reforma, que tiver por mais proficuas e opportunas „.

Aparece no Art. 2.º o cargo de inspector geral dos servicos que — “será também chefe da repartição de saúde „.

Ricardo Jorge entra assim na Secretaria de Estado dos Negóci-
cios do Reino. E pelo decreto de 9 de Novembro do mesmo ano toma lugar no Conselho, indicando-se expressamente que isso é para os efeitos do art. 5.º do decreto de Outubro, ou seja para a elaboração da proposta de reorganização dos serviços.

— Logo em 28 de Dezembro do mesmo ano de 99, é publicado o decreto que aprova a organização geral dos serviços de saúde pública.

Rompe o seu relatório dizendo :

“Uma crise epidemica recente, que surdiu inesperada num grande e laborioso centro de população, gerando sobresaltos e damnos, veio demonstrar quanto importa estar apercebida e organizada a defesa sanitaria do pais ; a calamidade fez scintillar aos olhos de todos uma verdade que hoje

empolgou as nações civilizadas e que nas mais avantajadas em disciplina administrativa se salienta como um principio dominante de gerencia social. E essa verdade é que os sacrificios impostos em favor da saude publica, sobre serem obra redemptora de vidas, são protectores dos interesses publicos e privados „.

“Nações que, como a Inglaterra, se não poupam a desvelos pela hygiene, constituindo-a de direito e de facto uma obrigação primacial da administração e da fazenda publica, não se prendendo com falsas e lesivas economias nem com franquias individualistas que tolhem, em prejuizo de todos, a acção da hygiene social, vêem reduzir-se gradualmente a morbilidade e a mortalidade, vêem progredir o bem-estar physico da sua população; e, quando as ameaçam os grandes flagellos contagiantes, muito tranquilamente, sem agitações de pavor, nem quebra de vida economica, confiam na indemnidade garantida pela sua organização e installação preventivas, que de continuo as resgatam de mortes e doenças e as escudam contra as epidemias „.

“Onde esta prophylaxia permanente escasseia ou fallece, o obituario accusa um devoramento desmarcado, as molestias zymoticas lavram devastadoras, constituindo permanentemente um mal temível, physico, moral e economico; e quando as infecções exoticas batem às portas ou penetram de assalto, accende-se a inquietação, perturbam-se os espiritos, periga o commercio e a industria, tudo é confusão e damnos. O que houvera de despender-se productivamente, se de antemão se fizera, desbarata-se por força de circunstancias no momento do perigo. E o balanço final é uma perda inestimavel, perda para os cofres publicos, perda para os particulares, perdas de toda a ordem por mal entendida economia e imprevidencia. Mais ainda; depois da attribulada e dispendiosa crise, os males communs e perennes, esses intactos, mantem e perpetuam os seus desastres habituaes „.

“Vae para desasseis annos que a curtos intervallos temos de prevenir-nos contra a invasão das epidemias asiaticas, e agora contra a sua propagação. A cada arremettida é preciso improvisar defesa, serviços, material e pessoal

"O mecanismo sanitario tem como roda viva o medico; a proposta contenta-se com os existentes, não cria novas categorias „.

"Encontrou esta entidade profundamente portuguesa, e provadamente meritoria, do facultativo de partido; consagrou-lhe o prestimo e ampliou-lhe os foros. Sub-delegados e delegados de saude são medicos municipaes. Toda a serie de medicos sanitarios vae jerarchizada em subordinação progressiva até á inspecção geral e á direcção geral, assegurando-se a sua unidade technica e administrativa „.

"Circunscrever o medico sanitario ao exercicio exclusivo do seu cargo official, seria optimo, realizavel se outro fôra o estado da hygiene nacional e sobretudo sobejassem meios financeiros. É inatingivel por ora esse desideratum, mas pouco e pouco de futuro se poderão criar medicos de circunscrições sanitarias submetidos ao regime da especialização „.

"De um vicio essencial tem padecido a concepção consagrada das funcções medico-sanitarias. Tudo que seja de applicação technica immediata, entende-se que o medico ha de só por si inspeccioná-lo, resolvê-lo e executá-lo. Ora a policia sanitaria exige auxiliares que dispensem o medico de um exercicio improprio da sua categoria scientifica, exercicio facilmente adquirivel a pessoal comum e adestrado „.

"Por outro lado a technica sanitaria tem-se complicado e especializado de forma que requer o concurso, em muitos dos seus ramos, de praticos com uma educação idonea; tal é por exemplo a inspecção das substancias alimentares; a engenharia sanitaria, etc. É necessário pois pôr em concurso com os medicos sanitarios a assistencia d'estes cooperadores „.

"Exemplos frisantes, colhidos na propria Inglaterra — a patria da hygiene e que d'ella se mantem modelo e padrão —, mostram como deve ser entendido o pessoal de um organismo sanitario „.

"Em cidades de centenas de mil almas o estado medico reduz-se a poucos doutores em medicina; mas o medical officer of health tem em collaboração e subordinação o surveyor, engenheiro sanitario, o inspector of

nuisances, fiscal da salubriedade, e uma serie de inspectores para cada ramo de applicação e de directores de laboratorio. Todo este pessoal assistente soffreu uma instrução e uma adaptação especial toda pratica, que constitue justamente, o orgulho da sanitariiedade britannica „.

“ Nestas ideiais directrizes se buscou inspirar a reforma, indicando os graus necessarios do pessoal technico auxiliar, ordenado junto do pessoal medico, constituindo no seu todo o Corpo de Saude Publica do Reino; e d’essas ideias surdiu a criação do Instituto Central de Hygiene. Era o corollario logico do delineamento adoptado, e era ao mesmo tempo a sua premissa „.

“ Ter uma escola pratica de applicação onde se exerça o tirocinio da hygiene publica em tudo quanto dependa de adestramento technico, é fomentar a competencia progressiva do corpo de saude, desde o seu pessoal mais subalterno aos seus dirigentes superiores, este o nervo de todo o organismo sanitario sem o qual caducaria inevitavelmente a sua sustentação e a sua renovação. Com os meios supplementares que nos centros secundarios se lhe additem, o novo instituto promoverá através de todos os graus da phalange hygienica o impulso do exercicio e da tainagem profissional. A validade e a proficuidade do exercicio sanitario dependem d’este influxo permanente. O processo de selecção para as vagas futuras estriba-se precisamente na posse d’esse tirocinio especializador „.

— A importância de uma Escola de Higiene Pública aparece assim afirmada nesse dia remoto de Dezembro de há 47 anos, data a inscrever em letras de oiro neste Instituto, agora que o ensino sanitário por decisão superior a que aqui se rende preito de sincera homenagem, vai poder singrar em termos de melhor valia; ou melhor, e bem pode dizê-lo quem arcou tanto tempo com tanta difficuldade como nós, em termos próprios.

Por isso, e por nossa boca, esse preito se rende e bem devido é.

— Antes de se ocupar da matéria difficil que foi sempre, e sempre será, e é a parte económica dos serviços de saúde, salienta o relatório a importância dos laboratórios; e encara os meios de acção profilática. E das relações com a Administração

pública, do que se podem bem chamar as possibilidades de autonomia dos serviços sanitários afirma:

" a proposta fixa os termos geraes de relação entre as funções sanitarias e a administração civil. Ponto é este que tem sido um escolho entre nós em materia de saude publica. A lei organica de 1837 resolveu o problema consagrando a independencia do antigo conselho de saude, arbitrando-lhe faculdades deliberativas e executivas, excesso de attribuições que com o rodar do tempo redundou em prejuizo da propria instituição. D'esta autonomia caiu-se com o decreto de 1868 numa subserviencia lesiva e suffocadora „.

" No actual systema adoptou-se o legitimo meio termo, colligando na obra commum os funcçionarios technicos e administrativos, e relacionando os seus poderes e attribuições, sem quebra da responsabilidade scientifica de quem a deve possuir, sem invalidações da autoridade e vigilancia de quem tem que exercê-las „.

" Não nos norteamos por um regime de centralização a todo o transe. Se ha administração que careça de ser fortemente centralizada, é a da hygiene; o que não impõe que se suffoquem a iniciativa e autonomia locais, a que o decreto dá margem com justa medida „.

" A administração sanitaria tem por fim vigiar e estudar tudo quanto diz respeito à saude publica, à hygiene social, à vida physica da população, e promover as condições da sua melhoria. Extensa e complexa, não era abrangivel num unico diploma. O presente decreto formará o acto fundamental, a lei fixadora da organização geral da saude publica do reino. D'elle promanará a serie de regulamentos de toda a ordem, referentes quer às multiplas attribuições da hygiene publica, quer ao exercicio dos seus funcçionarios e corporações „.

O conjunto d'estas disposições successivas constituirá o nosso codigo sanitario „.

Mais tarde, em 1926, a feição de autonomia técnica dos serviços de saúde acentua-se rasgadamente. A organização actual, decreto 35.108, seguiu o mesmo trilho.

— O art.º 1.º do decreto de Dezembro de 99 estabelece o principio da competência do Governo para a promulgação

dos decretos reguladores e ainda no seu § único para que ele faça "opportunamente os regulamentos necessários para que os serviços congeneres, criados nos outros Ministérios, se relacionem intimamente com os dirigidos pelo Ministério do Reino, a cuja superintendência poderão também subordinar-se os que por sua maior afinidade com os serviços de sanidade geral se reconheça que nestes devem ser incorporados", doutrina excelente.

"Todo o médico", — Art.º 4.º — "é considerado funcionário técnico de saúde para o efeito das obrigações que lhe incumbem acerca da participação dos casos de moléstia contagiosa, epidémica ou suspeita, e do concurso profissional que deve prestar, quando lhe seja requisitado pela autoridade sanitária".

E no Art. 19.º é criado este Instituto, chamado Central de Higiene, competindo-lhe, em seis secções, a estatística, os laboratórios, o museu de higiene, o encargo da epidemiologia e da clínica de molestias inficiosas, a vacinação, a desinfecção.

Diga-se claramente que hoje ainda, essa é a essência dos serviços e dos trabalhos dos melhores Institutos de Higiene. A visão foi clara e foi perfeita.

— Em 12 de Junho de 1901 publica-se a Lei que reorganiza a Direcção Geral de Saúde e Beneficência Pública. A evolução precisa completara-se em menos de três anos. Sente-se que o regulamento famoso ia publicar-se.

As Côrtes Geraes tinham aceite uma orientação nova, e com a limitação das bases que aprovavam deixavam livre o Governo e do mesmo modo os técnicos, o técnico diga-se, pois foi ele que deu andamento ao disposto no corpo do art. 1.º do diploma que reza assim:

— "É o Governo autorizado a reorganizar a Direcção Geral de Saúde e Beneficência Pública, assim como a expedir as providencias complementares e necessárias para a execução dos serviços de saúde e beneficência, nos termos das leis e regulamentos respectivos, e sobre as seguintes bases: ", —

Depois na base 4.ª desenvolve-se a competência da Inspecção Geral, a quem pertence a parte técnica dos negocios da higiene e a sua superintendência. A estatística sanitaria, os estudos demográficos, vão com ela, deixando de estar a cargo da Direcção Geral de Estatística.

Do Conselho Superior de Higiene Pública occupa-se a base 5.ª. Tem a Lei apenas 4 artigos.

Consinta-se a leitura de dois trechos, da 1.^a parte do seu preâmbulo que diz respeito à Saúde.

São os seguintes:

“O bom andamento dos negocios de saude não depende apenas de conhecimentos profissionaes, por muito que sobreleve o lado medico dos assuntos do seu expediente; implica tambem com disposições, leis, funcionarios e corporações administrativas, e supõe o conhecimento da legislação e da organização da administração geral, pois que a execução em materia sanitaria depende em grande parte das autoridades e entidades administrativas „

“Ha questões que não podem resolver-se tão somente à luz da estricta competencia medica: exigem o concurso de outras sciencias e competencias technicas. O medico hygienista tem de ser soccorrido e coadjuvado pelo veterinario, pelo pharmaceutico, pelo chimico, pelo engenheiro, etc. Este concurso fica assegurado pelas disposições propostas, que especificam o ingresso e o chamamento d’esses elementos auxiliares „

“Fomentar serviços necessarios e serios, como são os da saude publica, exige dinheiro que tem de ser buscado em receitas proprias; mallogra-se a reforma se não for economicamente alimentada. A proposta junta procura essas receitas sanitarias, justas e sem vexame, de onde advirão recursos para custear os novos encargos de pessoal e serviços „

— Pouco mais de seis meses volvidos, em 24 de Dezembro de 1901, o Govêrno publica o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência. Era a consequência esperada da Lei de Junho que lhe dava de facto e por extensão valor legal, e tanto que sempre nos maravilhou ver que todos os seus antecedentes e a própria lei que o valorizava, eram ignorados quase em absoluto. Tamanho foi na verdade o valor do diploma, e tão estimado, que bem se entende que assim succedesse.

Tem o regulamento 347 artigos e dos serviços de saúde se occupam, exclusivamente, 307; nove são gerais, e os restantes atendem aos serviços de beneficência. Isso só por si mostra a

acção de Ricardo Jorge, e até que ponto a Inspecção Geral dos Serviços Sanitários do Reino estava bem entregue. O confronto é esmagador, e foi definitivo. O relatório do diploma que foi o mais conhecido dos funcionários sanitários do começo deste século, é modelar; mas é mais perfeito, a nosso ver, o da reforma, de 1926, decreto 12.477, o que conhecem os médicos entrados no serviço vinte e mais anos depois. A razão pensamos, é óbvia. Em Dezembro de 1901 tudo fora dito, e justificado; o regulamento era apenas o desejado instrumento de trabalho, a máquina a montar e pôr em marcha; foi em 99 que a batalha se travou. Em 1926 (12 de Outubro) um quarto de século passara e havia de novo que argumentar e convencer.

— Todos os que nos deram a honra de ser nossos alunos em sanidade pública, todos os que alguma vez nos procuraram para indicações em que a legislação sanitária estava em causa, sabem que sempre lhes apontamos em destaque alguns dos artigos desse Regulamento de 1901, publicado faz agora 45 anos. Sempre os consideramos, e hoje ainda, como paradigmas de perfeição absoluta. Nem o desgaste do tempo lhes alterou o valor, e apenas é preciso, aqui e além, o comentário que adapte o que neles se diz, à linguagem de agora, e às condições que variaram. Assim por exemplo as palavras a usar hoje para referir o preciso em matéria de higiene da infância e de puericultura não podem ser as daquele tempo, em que se falava e vivia ainda na tradição dos usos do século XIX. Só por isso se não pode copiar sem uma ou outra adaptação o texto todo desses artigos.

Acima de todos, quatro:

o artigo 50.º que define a competência do médico sanitário dentro da área territorial consignada;

o artigo 59.º que consigna os deveres sanitários dos facultativos;

o artigo 68.º onde figuram as obrigações sanitárias dos facultativos municipais;

e o artigo 74.º que em 32 alíneas precisa a competência dos subdelegados de saúde na área do respectivo concelho.

Nenhum vale menos; mas uma vez lido o art.º 74.º, bem pode dizer-se que ele sintetiza toda a doutrinação da legislação sanitária. É um verdadeiro mandamento. E a sua leitura, comentada, constitue por certo, e só por si, um curso inteiro de higiene pública. Hoje como então e como sempre.

É igualmente notável naquele Regulamento de 1901 o articulado que se ocupa do " Instituto Central de Higiene „ e de par com ele do " Ensino sanitário técnico „. Citem-se em especial os Art.ºs 115.º a 118.º, e 120.º.

Os serviços de desinfecção, os serviços bacteriológicos, a sanidade internacional, veem depois.

E seguindo-se o regulamento pode em final dizer-se que nele se inclui um Código Sanitário, em que toda a matéria essencial que é a profilaxia se prevê e orienta.

— No ano seguinte saiem da pena de Ricardo Jorge as páginas porventura mais extraordinárias da sua competência como legislador sanitário.

Em 23 de Agosto de 1902 é publicado o Regulamento dos serviços de inspecção e fiscalização dos géneros alimentícios. E em 29 de Novembro seguinte são aprovadas as Instruções sobre a execução desses serviços.

São ao todo mais de cinquenta páginas, no n.º 2 do " Boletim dos Serviços Sanitários do Reino „ publicação notável da Inspecção Geral dos Serviços Sanitários.

A orientação impecável que ali é traçada, a linguagem maravilhosa de perfeição e de clareza, o respeito extremado pelo Poder Judicial que se afirma, tornam aqueles dois diplomas merecedores de uma única atenção: a de segui-los, sem alteração de uma vírgula. É lê-los, e é ver como em matéria de bromatologia tudo que os contrarie será, e sempre, erro palmar. Perdoe-se este sincero grito de alma.

— Até que mais tarde a Direcção Geral de Saúde foi de facto criada, pela categorização da de Assistência, pode dizer-se que Ricardo Jorge foi sempre, e foi de facto, o director geral. E adquirido o título, no cargo se mantém até Dezembro de 1928.

Nesse largo período merecem a nosso ver especial destaque dois diplomas, entre tantos embora de merecimento avultado.

Um deles deve destacar-se pela sua perfeição de verdadeiro virtuosismo que foi a de saber regular em lei, matéria tão rigorosamente técnica como é a vacinação. Dois ou três dos artigos do diploma volvidos tantos anos, a lei é de 1911, continuam seguros na sua orientação, aliaz perfeitamente subordinada às conclusões de uma investigação constante.

Esse foi como legislador sanitário o mérito maior de Ricardo Jorge: saber redigir o texto legal de acordo com os princípios

seguros da técnica científica em causa. A sua preciosa intuição, o rigor da sua crítica e da análise que fazia ao que estudara, faz com que os diplomas legais que suscitou possam ombrear na perfeição eterna, com os dos maiores legisladores da ciência do direito público. E foi a clareza luminosa dos princípios afirmados, e a sua verdade, o que eternizou o direito romano.

— O outro diploma que queremos ainda citar é o decreto n.º 4.872, de 7 de Outubro de 1918.

A pestilência terrível que foi nesse ano a gripe epidémica poz em foco o director da saúde pública. E certas curiosas condições de momento estimularam-no, lembrado porventura da peste do Pôrto. Era necessário possuir o comando, ou então perder o domínio do mal e do terror que justamente despertou.

O articulado do decreto é singelo e atribue plenos poderes a um Comissário do Governo para os efeitos do combate daquela epidemia.

Temos por seguro que esse comando único ali previsto, que a reforma de 1926 tornou ainda mais precioso, e sempre possível, e automático (art.º 3.º), o que a Organização actual confirmou (art.º 16.º), foi lapidariamente previsto e assegurado.

* * *

A partir de 1929 Ricardo Jorge fica até à morte na sua posição incontestada de Presidente técnico do Conselho Superior e de Representante de Portugal nas Organizações Internacionais de Higiene. Assegurando-o, passado o limite da idade, o Governo português honrou bem justamente a figura já então imortal de Ricardo Jorge. E tê-lo feito se tem também por grande honra dada à saúde pública e por acto merecedor de louvor sem reservas.

— Há muito que Ricardo vinha, como dissemos, cooperando no "Office", sobretudo. O director geral era ali um mestre respeitado, e por certo dali partiu, como higienista, a sua merecida fama de verdadeiro "grande do mundo".

O que foi a sua intervenção nos acordos de doutrinação reguladora da sanidade internacional? Nesse verdadeiro, embora especial, direito internacional público?

Temos por certo que envolvendo-se aí todas as matérias da Epidemiologia, esse aspecto particular de Ricardo como legislador, tem de ser feito de par com a apreciação da sua obra como epidemiólogo. A peste, a varíola, a febre amarela, a gripe, o tifo exantemático, tanto mais, vem logo à lembrança.

Essa obra de apreciação carece de fazer-se. E entre os que foram seus amigos sempre zelosos, e seus discípulos de todo o momento, não será difícil encontrar aquele a quem cumpre fazê-lo, e bem o saberá fazer.

— No meado de 1939 a doença que há tempos o vinha afligindo agravava-se. O seu sentimento de uma inferiorização que não aceitava, decidia-o, sabendo bem os riscos que corria, a jogar a cartada que pudesse ou sair ainda vigoroso e másculo como sempre fora de seu orgulho, ou de que pudesse resultar a última e suprema libertação do seu espírito. Soube aceitar sem quebra de ânimo a perda da jogada que fizera. E se não morreu em transe de euforia, como soubera ajudar na morte, em 13 de Dezembro de 1922, à sua companheira de todo o sempre, Ricardo Jorge entrou na agonia consciente, até ao ponto de dispor minúcias de sentimento e de espiritualidade que sublimaram a sua sempre enternecida e sempre rude afectividade.

Foi-nos dado assistir ao findar da sua vida, vendo oscilar a luz do seu espírito ao lado da pequenina chama que quisera acesa, numa última companhia. Alguns dias depois o seu corpo passava aqui à porta, a caminho daquele cemitério de Agramonte, na cidade do Porto, em que nascera, para nesse cemitério de que falara em 1884, se juntar com os de seu pai, de sua esposa, de sua mãe, na mesma terra adquirida remotamente, juntos os quatro e os quatro só. Para ali se sumirem no pó da terra e, com ele, os que ele amara acima de tudo, o pai a cuja energia devia o impulso que o lançara a caminho da vida; a mãe a cuja inteligência devia a educação que em pequenino o moldara como na oficina o pai forjava o ferro, a mãe de quem herdaria porventura o brilho maior da sua mentalidade; a esposa também, a cujo affecto extremo e a cujos senso altíssimo, ele deveu desde as primeiras grandes lutas da vida o repouso que no seu lar o refazia, rugindo ainda por vezes ao recolher-se a casa, até que pouco a pouco, junto dela, acalmava e renascia.

de sobageladas para omanopistha eb ou abel oisil (1) Lido tem no Curso de Aperfeiçoamento para subdelegados de
CARLOS D'ARRUDA FURTADO

Conceito de água potável⁽¹⁾

Preâmbulo

Desde remotos tempos, a escolha de boas águas é uma das preocupações do homem.

A água é a sua bebida habitual; por esse motivo, é de desejar que seja pura. Hipócrates indicava, como próprias para beber, as águas transparentes, sem cheiro, de sabor agradável e leves. E Celso, o Hipócrates latino, supunha que as melhores águas eram as da chuva. Havia mesmo a noção da influência da pureza das águas na saúde das povoações. Assim, Vitrubio aconselhava o exame dos habitantes de um país como meio de conhecer as qualidades das águas de consumo. Com o rodar do tempo, estes sábios e criteriosos ensinamentos não perderam o seu valor, exactamente porque eram criteriosos. Até meados do século passado, não havia grande diferença entre o que ensinava Hipócrates e a definição de água potável. Considerava-se como tal a que sendo fresca, límpida e sem cheiro, cozia bem os legumes, dissolvia o sabão sem formar grumos, tinha um sabor agradável e continha suficiente ar em dissolução. (Anuário de Águas de França, ano de 1851).

Entende-se, por água potável, a que é própria para beber, para cozinhar alimentos e para usos domésticos.

Com os progressos da química, começou a conhecer-se a composição das águas, apesar da sua análise ser um dos mais difíceis problemas da análise química, e veio a convicção de que

(1) Lição feita no Curso de Aperfeiçoamento para subdelegados de saúde, realizado no Instituto Ricardo Jorge em 1946.

as suas qualidades dependem dos sais em dissolução. Mas se os sais abundam, se a concentração salina é grande, a água deixa de ter sabor agradável, é pesada no estômago, não é boa para cozinhar os alimentos e não convém para os usos domésticos. A análise química dominou os estudos de águas e chegou a pensar-se que ela, só por si, era suficiente para julgar da potabilidade de uma água. Mas o microscópio e as descobertas de Pasteur vieram permitir ver e estudar a multidão de germens que vivem na água, uns saprofitas, outros patogénicos. Desde todos os tempos, a medicina admitiu que certas águas davam doenças; mais tarde, com uma melhor observação dos factos, a higiene pôde reconhecer que elas eram o veículo de determinados micróbios morbígenos. A febre tifoide, a cólera, e as disenterias figuram à cabeça das doenças epidémicas de origem hídrica. Adivinha-se o que era de esperar da bacteriologia, para ajuizar da potabilidade ou da inquinação de uma água. Com *Miquel*, que podemos considerar o fundador da análise bacteriológica de águas, a contagem do número de bactérias, por cm³ de água, entrou na prática corrente. Mas era preciso pesquisar em particular as bactérias patogénicas. A análise bacteriológica devia ter por fim verificar se a água continha germens e doenças dos homens e dos animais. A partir dos trabalhos de *Koch*, entra-se nesse caminho. Em 1883, o próprio *Koch* descobre o vibrião da cólera. Ora a bacteriologia, como a química, não chega para resolver o problema da avaliação da pureza das águas de beber. A biologia, com o estudo da fauna e da flora aquáticas, presta as mais preciosas indicações. Como auxiliar da análise química, ela permite explicar a origem e a transformação de alguns elementos. Como indicadora da pureza das águas, basta dizer que hoje se agrupam as espécies microscópicas, animais e vegetais, em duas grandes classes: *cataróbias*, as que vivem nas águas puras; *sapróbias*, as que vivem nas águas impuras, à custa de matérias orgânicas em decomposição. Mesmo na análise corrente, em que deve praticar-se sempre o exame micrográfico do sedimento das águas, ela permite rejeitar ou indicar a necessidade de purificar águas poluídas por ovos de ténias e outros agentes patogénicos. Fica patente a complicadíssima série de ensaios a que é preciso sujeitar uma água para verificar se ela é potável. Em cem anos, o conceito de água potável deixa de fundamentar-se apenas na

observação dos caracteres organolepticos, para se tornar um interessantíssimo problema científico. Dizia *Berville* que, quando se trata de classificar uma água, "o árbitro tem a obrigação de reunir as qualidades de um bacteriologista sagaz e de um químico experimentado, devendo formular a sua apreciação com toda a sinceridade e consciência; ter em conta, além das observações no curso das suas investigações analíticas, todos os dados que tenha podido procurar da origem da água, natureza dos terrenos de onde ela emerge, epidemias anteriores da região, etc. Não basta saber o que é a água no momento em que se examina; o que importa é o que ela será no futuro, e isto depende da sua procedência".

O conceito secular tem exactidão, está correcto e mostra uma observação admirável de justeza, mas não satisfaz inteiramente aos modernos conhecimentos científicos; estes não o alteram, mas completam-no. Saber se uma água é potável constitue, na actualidade, um problema que exige para a sua solução a interpretação dos resultados de análises *físico-química*, *micrògráfrica* e *bacteriológica*. Entre os elementos mais usuais, que se utilizam nos serviços de saúde, para essa necessária interpretação destacaremos os seguintes:

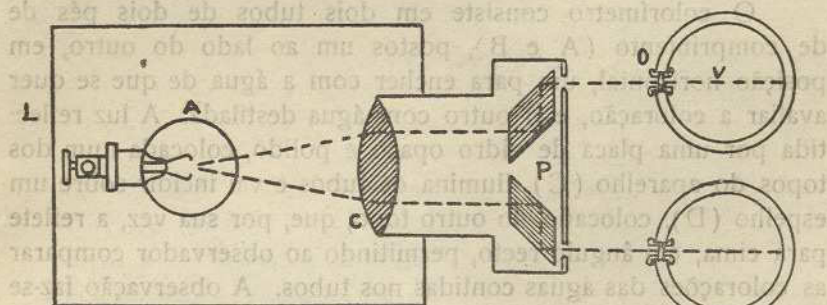
Características físico-químicas

As águas potáveis são límpidas, incolores, inodoras, frescas e de sabor agradável.

Límpida—Nos rios ou nos lagos, nos reservatórios ou nas bacias de decantação, verifica-se se a água é límpida por meio do disco de *Secchi*—disco branco que se mergulha na água e que deve ver-se, para uma água clara, a 2,5 m. de profundidade. Nos laboratórios, mede-se a turvação, empregando aparelhos denominados turvímetros. Tem-se usado, na Junta Sanitária de Águas, o método de Diénert, aperfeiçoado por Guillerd, em aparelho da Casa Mazo, de Paris. (Desenho 1, do livro II, pg. 26, "Alimentation en eau des villes", de Diénert e seus colaboradores). Na sua essência, o método consiste em levar a água destilada ao grau de opalescência da água a ensaiar. Os dois líquidos são iluminados pela mesma fonte luminosa puntiforme, que provém

de uma lâmpada eléctrica de baixa voltagem alimentada por reostato, em corrente contínua, ou por transformador, se se preferir, em corrente alterna.

A fonte luminosa provém da lâmpada *A*, disposta na lanterna *L*, passa pelo condensador *C*, e reflecte-se nos prismas *P*, dando dois feixes paralelos de igual intensidade, como mostra o desenho. No trajecto dos feixes, colocam-se duas cuvas, cada



APARELHO DE DIÉNERT E GUILLERD

DESENHO I

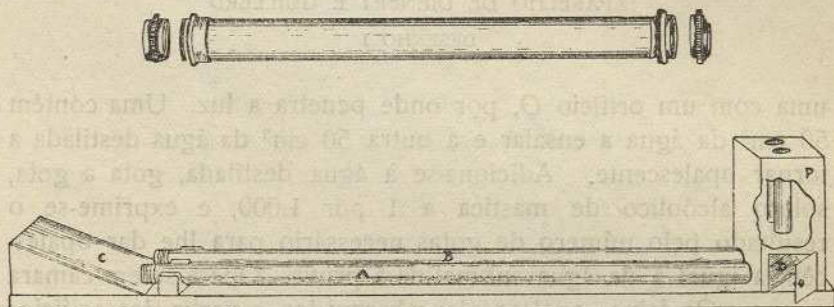
uma com um orifício *O*, por onde penetra a luz. Uma contém 50 cm³ da água a ensaiar e a outra 50 cm³ da água destilada a tornar opalescente. Adiciona-se à água destilada, gota a gota, soluto alcóólico de mastica a 1 por 1.000, e exprime-se o resultado pelo número de gotas necessário para lhe dar opalescência igual à da água submetida à prova. Opera-se em câmara escura. Os feixes opalescentes observados, a partir dos orifícios das cuvas, são devidos à refração da luz pelas pequeníssimas partículas em suspensão. (*Fenomeno de Tyndall*).

A mastica empregada é da casa *Poulenc Frères*. Quando uma água é turva, deve clarificar-se por meio de colantes e de modo que a sua turvação, medida no aparelho descrito, seja igual ou inferior a *x* gotas de soluto alcóólico de mastica, a 1^o/₁₀₀ em 100 cm³ de água destilada. Para se classificar uma água de perfeitamente límpida, exige-se que o número de gotas adicionado na cuva do aparelho seja igual ou inferior a *v*. Como o aparelho dá a turvação em 50 cm³ de água, temos *x* gotas por cento.

Incolor—A água potável, nas amostras de laboratório, deve ser incolor. Em grande massa, nos reservatórios, por

exemplo, é levemente azulada. A coloração esverdeada, que costuma observar-se nas águas dos rios, resulta da mistura do azul com o amarelo das matérias orgânicas vegetais. Não é costume, entre nós, proceder a determinações de coloração, mas na Inglaterra avalia-se regularmente a coloração das águas por meio do "*Burgess'Colorimeter*", aparelho construído pela casa *Baird & Tatlock*, de Londres (Desenho II).

O colorímetro consiste em dois tubos de dois pés de comprimento (A e B), postos um ao lado do outro, em posição horizontal, um para encher com a água de que se quer avaliar a coloração, e o outro com água destilada. A luz reflectida por uma placa de vidro opaco e polido, colocada num dos topos do aparelho (C), ilumina os tubos e vai incidir sobre um espelho (D), colocado no outro topo, que, por sua vez, a reflete para cima, em ângulo recto, permitindo ao observador comparar as colorações das águas contidas nos tubos. A observação faz-se através de dois curtos cilindros de vidro, postos um ao lado do



BURGESS'COLORIMETER

DESENHO II

outro, em posição vertical (P). Destes cilindros, leva água destilada o que corresponde ao tubo horizontal com a água a ensaiar, e soluto corado padrão o que corresponde ao tubo com a água destilada. A porção de soluto padrão necessária para igualar as colorações mede-se, em milímetros, numa escala. A fórmula do soluto padrão é a seguinte:

Sulfato de cobalto cristalizado — um gr.
 Dicromato de potássio — cinco centigr.
 Água destilada q. b. para mil cm³

Inodora — A água potável deve ser inodora. Não deve ter cheiro putrefacto nem a sulfídrico. Em todo o caso, as águas dos furos profundos podem conter sulfídrico, mas é preciso provar que ele não corresponde a qualquer espécie de inquinação. Este cheiro desaparece ao ar livre, por oxidação do $S H_2$. As águas superficiais é que mais vulgarmente se apresentam com cheiro desagradável, que lhes comunicam certas algas. Pode pesquisar-se o cheiro a frio ou a quente. No primeiro caso, a cerca de 20°, em frasco meio cheio, que se agita com força e se destapa rapidamente. No segundo caso, vertem-se 150 cm³ da água em questão num matraz cónico, da capacidade de 500 cm³, tapa-se com um vidro de relógio e aquece-se até quase à ebulição; deixa-se esfriar, por cinco minutos, agita-se o matraz e tira-se o vidro de relógio. Se houver cheiro a vasa, sente-se muito bem.

Sabor fresco e agradável — Cada água tem o seu sabor próprio. As suas qualidades sápidas são apreciadas diferentemente, conforme a finura do sentido gustativo do indivíduo. O sabor agradável da água é dado pelos bicarbonatos, em especial o de cálcio, o chamado sal nobre das águas, e pelos gases em dissolução. Uma água bem arejada deve conter 8 a 10 cm³ de oxigénio por litro.

Para medir a temperatura, há termómetros especiais, de escala graduada em $1/10$ de grau. Todos eles teem um recipiente para a água, onde mergulha o reservatório do mercúrio, o que permite atenuar o efeito da temperatura do meio ambiente, enquanto se faz a leitura. Estima-se que a temperatura da água, na nossa região, oscile entre + 7 e + 18°. Sabe-se que as águas minero-medicinais se dizem frias quando teem uma temperatura de menos de 20°, temperadas entre 20 e 30°, quentes entre 30 a 40°, muito quentes acima de 40°.

Reacção — A reacção da água deve ser neutra ou ligeiramente alcalina. Pode ver-se com o papel de tornasol; nas águas calcáreas, o papel vermelho torna-se azul, depois de alguns minutos.

Concentração hidrogeniónica — Esta concentração deve ser superior a pH-7,07. Nas águas de abastecimento é vulgar 7,6 a 7,8. As águas de pH < 7,07 dizem-se agressivas,

porque corroem as canalizações de ferro, dando as águas vermelhas ou sanguíneas, e as de chumbo, dando origem a casos de saturnismo. Há águas agressivas que têm $\text{pH} > 7$. Neste caso, é preciso determinar o CO_2 livre. Whipple, que estudou esta questão, determinou a agressividade das águas segundo o teor em CO_2 e a alcalinidade expressa em $\text{CO}_3 \text{ Ca}$ (miligramas por litro) e chegou à conclusão de que as águas são agressivas para os seguintes valores:

Anidrido carbônico livre (CO_2) mais de	2 mlg. com uma alcalinidade em $\text{CO}_3 \text{ Ca}$	<100
"	5 "	<140
"	10 "	<180
"	20 "	<219
"	30 "	<242
"	40 "	<262

Sais dissolvidos e gases

Quanto à análise química, ela constitui, no estudo das águas minero-medicinais, um dos capítulos mais importantes da hidrologia. Além do oxigênio e do azoto, pesquisam-se os gases raros; ao lado dos cátions vulgares, como o cálcio e o magnésio, figuram algumas vezes o lítio, o rubídio e outros; entre os aniões, não é raro encontrar o iodo e o bromo; a radioactividade, por emanção ou por rádio de constituição, é sempre doseada. Mas nas águas de consumo, em análises químico-sanitárias, apenas se efectuam, além das determinações acima enunciadas, meia dúzia de dosagens. Vejamos as mais vulgares:

Resíduo seco — A água evaporada não deve deixar de resíduo, seco na estufa a 150° , mais de 0,500 gr. por litro. Nos Estados Unidos da América admite-se hoje um limite de 1 gr. por litro. Na verdade, é por vezes difícil encontrar, nalgumas regiões, águas com resíduo seco igual ou inferior a 0,5:1000.

Cloretos — No respeitante aos cloretos, o que mais importa são as variações, principalmente quando elas se acompanham de aumento de matéria orgânica. Nos Estados Unidos

da América aceita-se o limite de 0,250 gr. por litro, em Cl. Todavia, em boa parte das águas potáveis do nosso país não chega a haver 0,100 gr. por litro.

Sulfatos — O limite americano é de 0,250 gr. por litro, em SO_4 . Nas águas potáveis do nosso país, não é frequente haver mais de 0,050 gr. Com permilagem superior, em SO_4Ca , as águas dizem-se selinitosas. *Diénert* cita águas de Lorena com mais de 1 gr. por litro de sulfatos, em SO_3 , que a população bebe desde todos os tempos sem que se note prejuízo na sua saúde. São, em todo o caso, péssimas águas.

Cálcio e magnésio — Como se sabe, a dureza das águas é devida quase inteiramente aos sais de cálcio e de magnésio. As águas calcáreas, com mais de 36 graus hidrotimétricos, devem descalcificar-se. Estima-se um limite mínimo de 5 graus hidrotimétricos. A água moderadamente dura favorece a digestão e fornece elemento primordial para os tecidos ósseo e dentário. Nos Estados Unidos da América limita-se o magnésio (Mg.) a 0,100 gr. por litro.

Ferro — As águas férreas são obstipantes. Nos usos domésticos, mancham a roupa e os utensílios de cozinha. Marca-se-lhes o limite, adoptado pelo Conselho Superior de Higiene Pública de França, de 0,0006 gr. de Fe por litro. Acima deste limite, convém beneficiar a água, por arejamento e retenção do precipitado, eliminando-se assim parte do ferro.

Manganésio — Anda associado ao ferro. Acima de 0,0002 gr. por litro, em Mn, deve proceder-se à sua eliminação.

Metais tóxicos — As águas potáveis não devem conter metais tóxicos, como o chumbo e o arsénio, mas há autores que toleram 0,0001 gr. de chumbo, em Pb, por litro.

Matéria orgânica — Em análise química se doseiam também a matéria orgânica (oxidabilidade) e os produtos azotados (ciclo do azoto). A matéria orgânica oxida-se pelo permanganato de potássio, em meio ácido ou em meio alcalino, a 100°, segundo a técnica francesa. O oxigénio cedido pelo

permanganato de potássio, em miligramas por litro, exprime a oxidabilidade. O ciclo do azoto compreende o azoto albuminoide, o azoto amoniacal, o azoto nitroso e o azoto nítrico. Depois de destilado o amoníaco, hidrolizam-se as substâncias albuminoides pelo permanganato de potássio, em meio fortemente alcalino, e destila-se o amoníaco assim formado; este amoníaco exprime o azoto albuminoide. Pesquisam-se os nítritos e os nitratos pelos métodos vulgares de análise. A oxidabilidade das águas potáveis não costuma ir além de 2 miligrs., por litro, e se a determinação em meio alcalino dá um valor superior ao obtido em meio ácido deve suspeitar-se de inquinação por matérias orgânicas de origem animal.

Assim concluíram *Pouchet* e *Bonjean* das suas 1,127 análises de águas efectuadas em Paris, no laboratório do *Comité Consultatif d'Hygiène*. Para os produtos azotados, aconselham-se os seguintes limites, por litro de água:

azoto albuminoide.	0gr.,0002
" amoniacal	0gr.,0002
" nitroso	0
" nítrico.	0gr.,015

Para se compreenderem estes limites, deve lembrar-se que o amoníaco representa a fase final da retrogradação da matéria orgânica animal e que os terrenos, na sua função purificadora, nitrificam este amoníaco. O azoto nítrico é a fase final desta nitrificação. Toleram-se diminutas permilagens de amoníaco porque nos terrenos há também fenómenos de desnitrificação, mais evidentes quando se lhes associa a acção redutora do ferro dos tubos dos poços profundos, com ou sem artesianismo. Teem de tolerar-se mesmo, por vezes, vestígios de nítritos. É essencial, neste como em outros casos, conhecer a origem da água e as condições da sua captação e colheita. Quanto à tolerância para o azoto albuminoide, relembre-se que ele provém de uma forte oxidação obtida no laboratório.

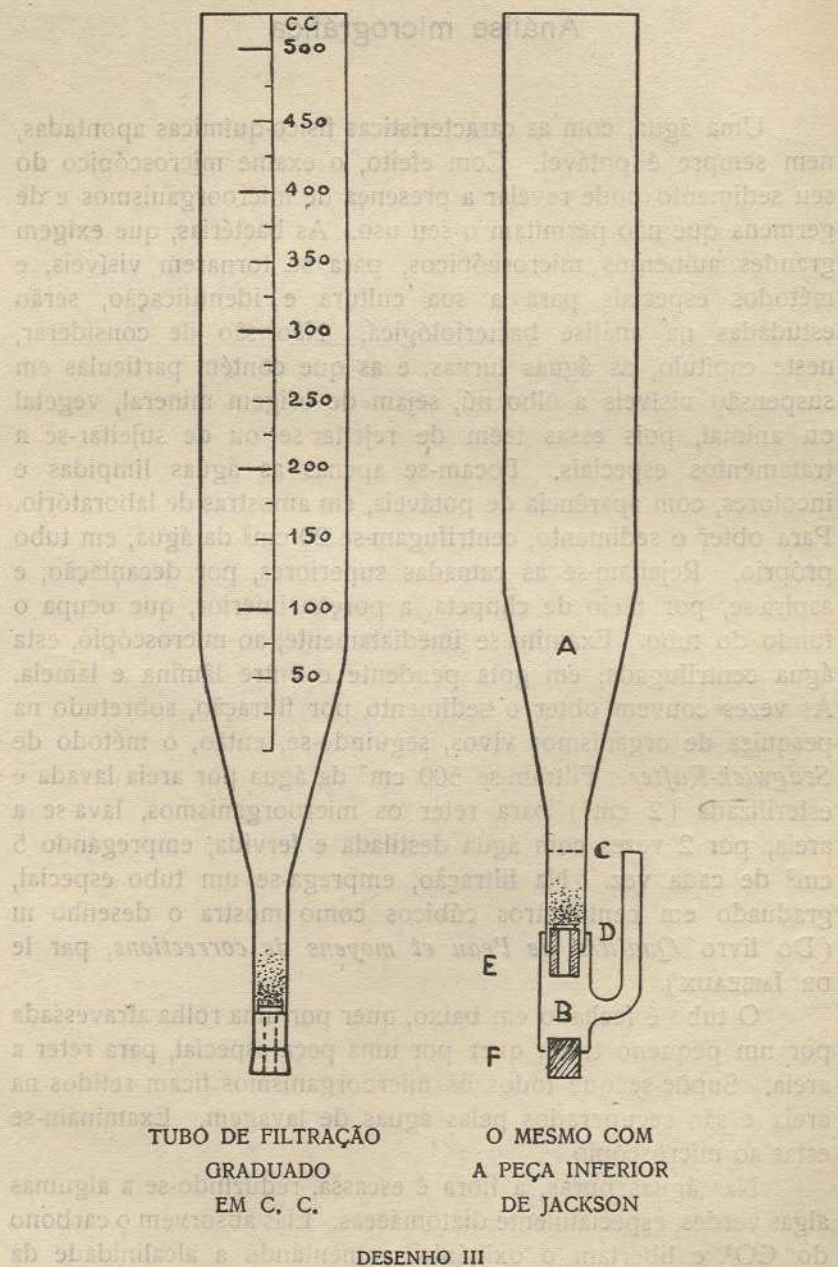
A propósito destas determinações químicas, convém lembrar que a composição das águas varia com a sua origem. O conhecimento do terreno de onde elas brotam, com o estudo analítico e comparativo das águas da região, são indispensáveis para se formar juízo sobre elas.

Análise micrográfica

Uma água, com as características físico-químicas apontadas, nem sempre é potável. Com efeito, o exame microscópico do seu sedimento pode revelar a presença de microorganismos e de germens que não permitam o seu uso. As bactérias, que exigem grandes aumentos microscópicos, para se tornarem visíveis, e métodos especiais para a sua cultura e identificação, serão estudadas na análise bacteriológica. Não são de considerar, neste capítulo, as águas turvas, e as que contêm partículas em suspensão visíveis a olho nú, sejam de origem mineral, vegetal ou animal, pois essas têm de rejeitar-se ou de sujeitar-se a tratamentos especiais. Focam-se apenas as águas límpidas e incolores, com aparência de potáveis, em amostras de laboratório. Para obter o sedimento, centrifugam-se 20 cm³ da água, em tubo próprio. Rejeitam-se as camadas superiores, por decantação, e aspira-se, por meio de chupeta, a porção inferior, que ocupa o fundo do tubo. Examina-se imediatamente, ao microscópio, esta água centrifugada, em gota pendente e entre lâmina e lamela. Às vezes convém obter o sedimento por filtração, sobretudo na pesquisa de organismos vivos, seguindo-se, então, o método de *Sedgwick-Rafter*. Filtram-se 500 cm³ da água por areia lavada e esterilizada (2 cm³) para reter os microorganismos, lava-se a areia, por 2 vezes com água destilada e fervida, empregando 5 cm³ de cada vez. Na filtração, emprega-se um tubo especial, graduado em centímetros cúbicos como mostra o desenho III (Do livro *Qualités de l'eau et moyens de corrections*, par le DR. IMBEAUX).

O tubo é fechado em baixo, quer por uma rolha atravessada por um pequeno tubo, quer por uma peça especial, para reter a areia. Supõe-se que todos os microorganismos ficam retidos na areia e são recuperados pelas águas de lavagem. Examinam-se estas ao microscópio.

Nas águas puras, a flora é escassa, reduzindo-se a algumas algas verdes, especialmente diatomáceas. Elas absorvem o carbono do CO² e libertam o oxigénio, aumentando a alcalinidade da



água, o que se prova quando se matam com sulfato de cobre. No sedimento podem ver-se:

a) partículas minerais:

	terrosas, sílica ou argila, como sucede nas más captações e também nas recentes;
	óxidos de ferro, provenientes da oxidação das canalizações;
	carbonato de cálcio, nas águas calcáreas, por evaporação do CO_2 .

b) detritos orgânicos:

	vegetais, como os grãos de amido e as fibras vegetais. Estas podem indicar a proximidade de um lavadouro;
	animais, como pêlos e fibras musculares, que podem indicar a presença de um matadouro.

c) fungos:

bolôres	<i>Mucor mucedo.</i>
	<i>Penicillum glaucum.</i>
	<i>Aspergillus fumigatus.</i>
	sacaromices:
leveduras	<i>cerevisiae</i> — da cerveja;
	<i>micoderma</i> — do vinagre;
	<i>ellipsoideus</i> — do môtto;
	<i>apiculatus</i> — do suco de frutos.

Os bolôres não são pròpriamente vegetais aquáticos, mas os seus micélios pululam nas substâncias orgânicas em decomposição.

d) algas:

	A <i>Cyclotella</i> , além de gosto, dá turvação à água.
	A <i>Asterionella</i> , dá-lhe um cheiro a gerânio e depois a peixe.

Quando abundam, mesmo as diatomáceas, como a *Cyclotella*, devem eliminar-se por colagem, como sucede na água do Tamisa.

e) bacteriáceas filamentosas

(vegetais inferiores que se distinguem das algas pela ausência de clorofila):

género *Leptothrix* e *Crenothrix*, ditas ferruginosas, porque precisam de ferro, e de manganésio, para viver;

género *Cladothrix* — algumas espécies dão actinomicoses nos animais;

família das *Beggiatoaceas* — nas águas sulfurosas, e nos esgotos, fixando o enxôfre e dando, depois da morte, origem a hidrógeno sulfurado.

f) ovos e embriões de vermes

(perigosos não só pelas doenças que produzem como também por indicarem contaminação fecal):

ovos de ténias: *Solium*, *Saginata*, e *Echinococcus*;

" " *Ascaris lumbricoides* e *Oxyurus vermicularis*;

" e embriões do *Ankylostoma duodenal* e *Necator americanus* (anemia dos mineiros);

" " embriões do *Botriocephalus latus* que, ingeridos por crustáceos e estes por peixes, nestes se transformam em larvas definitivas, e do peixe crú ou mal cozido passam ao homem (anemia do tipo pernicioso).

" " embriões do *Schistosoma haematobium*: ingeridos por moluscos, aí se transformam em cercárias e depois, em liberdade na água, passam pela pele ao homem. Dá a *bilharziase* vesical. No foco do

Algarve, em Tavira, encontrou-se em 1921 nos moluscos do gen. *Planorbis*, segundo A. Bettencourt, Borges, Seabra e C. França. Mais tarde encontrou-se outro foco em Monchique;

ovos e embriões de *Schistosoma mansoni*, que dá a bilharziase intestinal;

„ „ embriões de *Schistosoma japonicum*, que dá bilharziase hepática.

g) Protozoários:

infusórios, nomeadamente as paramécias, que, quando abundam, indicam águas estagnadas;

rizópodos, como a amiba disentérica, agente da disenteria amibiana.

h) Crustáceos:

Cyclops, nas águas sujas.

Asellus, alguns cegos, nas águas das cavernas profundas dos calcários.

Nas águas do Aqueduto do Alviela encontraram-se alguns destes crustáceos cegos (Prof. Fernando Frade, *in* Relatório sobre o tratamento das águas de Lisboa).

Análise bacteriológica

A colheita das amostras será feita com assepsia, pelo pessoal do laboratório que realiza a análise, em frascos esterilizados ou de formato vulgar com rolha esmerilhada, para águas de bicas e torneiras, ou de formato especial, para mergulho em águas de poços. A não ser que as sementeiras se façam *in loco*, os frascos serão conduzidos para o laboratório em geleiras apropriadas.

Na prática corrente, duas provas são indispensáveis:

a) — Contagem de bactérias

Foi MIQUEL quem iniciou os trabalhos de contagem de bactérias, em meios líquidos. Mas deve-se a Koch o método de isolamento em meio sólido — placas de gelatina. Usa-se hoje muito o isolamento em placas de gelose, prática que os americanos adoptaram por 1910. A numeração de colónias, em placas de gelatina, fazia-se no fim de 15 dias de incubação, no termostato a 22.º C., mas modernamente abrevia-se a contagem. No Instituto Superior de Higiene, faz-se no fim de 48 horas de incubação a 22.º C. Embora seja difícil dar números utilizáveis na apreciação da potabilidade de uma água, J. Pestana, que trabalhou no mesmo Instituto, aconselhava os seguintes limites:

< 100 bactérias por cm ³	— água muito pura
100 a 200 bactérias »	— água potável
200 a 500 » »	— água suspeita
> 500 » »	— água má

A comparação destes números com os de MIQUEL ou de MACÉ, os últimos obtidos por incubações mais prolongadas, exigem correcções, empregando os coeficientes indicados nos tratados de bacteriologia. A contagem de bactérias em placas de gelose faz-se sempre no fim de 48 horas, depois de incubação a 37.º C. Uma água que dê mais de 100 colónias de bactérias por cm³, na gelose, deve classificar-se de má. A numeração em placas de gelose fornece números mais comparáveis e oferece a vantagem de poder utilizar-se tanto nas regiões frias como nos climas tropicais, pois a incubação se faz a 37º C. A grande utilidade da contagem de bactérias, quer em gelatina, quer em gelose, reside na facilidade com que se segue periodicamente uma mesma água.

b) — Título colibacilar

Desde 1901, em que MAC CONKEY e HILL chamaram a atenção para o facto da contaminação fecal da água ser posta em evidência por um meio sólido — *Rebipel* — feito de agar com lactose, sais biliares e tintura de tornasol, tem-se utilizado muito este

meio. Mais tarde, o caldo lactosado entrou na definição do título colibacilar, que é: "o menor volume de água que fermenta o caldo lactosado, com formação de gaz, e no qual se identificam bacilos do grupo coli-fecal".

Para determiná-lo, semeiam-se, em tubos de caldo lactosado, 0,01, 0,1, 1, 3,5, 10, 20, 50, e 100 cm³ da água a analisar. Empregam-se dois tubos de caldo, pelo menos, para cada volume de água. Dos tubos em que houver fermentação, com desenvolvimento gazoso, fazem-se passagens para o meio de Endo (meio sólido, com fucsina descorada pelo sulfito de sódio). Das colônias características, avermelhadas, com reflexos metálicos, fazem-se passagens para os seguintes meios:

- fl. — vermelho neutro
- ag. — caldo lactosado com tornasol
- in. — soluto de peptona ou de triptofana
- ac. — leite com tornasol

A fluorescência (fl.), a acidez com gaz (ag.), o indol (in.), que pela adição ao soluto de peptona ou de triptofana de dimetilamidobenzaldeído dá um composto vermelho—*rosindol*—e a acidez e coagulação (ac.) caracterizam o bacilo coli de origem fecal, tipo *flaginac*. É esta técnica inglesa, de *Houston*, que se segue na Junta Sanitária de Águas.

De há muito se considera como suspeita de inquinação, no Instituto Superior de Higiene, uma água de título colibacilar igual ou inferior a 10 cm³ (J. E. de Moraes Sarmiento, *in* Arquivos do Instituto, vol. I Fasc. 1.º). Semeando volumes de água de 0,01, 0,1, 1,3, 10, 25, 50 e 100 cm³, em duplicado, aceita-se, portanto, uma água com o título colibacilar de 25 cm³. De acordo com as ideias de THRESH, BEALE e SUCKLING, as águas com títulos colibacilares de 25 cm³, e mesmo de 50 cm³, devem ser julgadas com discrição e vigiadas com frequência, quer analisando-as repetidas vezes, quer melhorando a protecção das nascentes e das suas bacias de alimentação. Para indicar uma protecção eficiente é preciso conhecer a geologia da região e a topografia do terreno. Todos os esforços se deverão conjugar para conseguir a ausência de colibacilos em 100 cm³ da água. Este *padrão* exige-se já nas águas purificadas artificialmente e também nas águas minero-medicinais.

Os americanos pesquisam os bacilos do grupo coli-aerogênio. A partir de 1925, incluem neste grupo todos os bacilos não esporulados, Gram-negativos, que fermentam o caldo lactosado, com formação de gaz, e crescem aerobiamente no meio sólido padrão (Endo). Semeando 10 tubos de caldo lactosado, cada um com 10 cm³ de água, não deve haver fermentação, com desenvolvimento gazoso, em mais de um tubo. Isto pode interpretar-se como admitindo a densidade média de 1 colibacilo por 100 cm³ de água.

Os franceses tem método especial. Semeiam as águas em caldo de carne fenicado (a 1:1000 para a mistura água-caldo). Incubação a 42°, durante 48 horas. Se há turvação, pesquisa-se o indol nos tubos fermentados. Ainda usam a classificação de Vincent:

Título colibacilar

inferior a 0,1 cm ³	—	água	perigosa
entre 1 e 0,1 "	—	"	má
" 10 e 1 "	—	"	suspeita
" 20 e 10 "	—	"	potável, mediana
" 100 e 20 "	—	"	boa
acima de 100 "	—	"	pura

Mas Diénert, mais exigente, considera sempre como suspeita, segundo os seus métodos de pesquisa, a presença de colibacilos numa água, seja qual for o número destes.

Acessoriamente podem pesquisar-se nas águas o *Streptococcus faecalis* e o *Bacillus Welchii*, ambos de origem fecal. O primeiro, associado ao colibacilo, confirma as inquinações recentes. O segundo, anaeróbio facultativo, esporulado, significaria, na ausência de colibacilos, uma velha ou intermitente inquinação. A sua presença na água indica uma inquinação antiga, mas não mostra que ela deve ser necessariamente perigosa, dada a menor resistência dos bacilos patogênicos.

* * *

Por ocasião de epidemias tíficas, algumas vezes se tem conseguido isolar das águas o bacilo de Eberth. É necessário empregar grandes volumes de água, arrastar os bacilos por meio de precipitados de hidroxidos de alumínio ou de ferro e semear depois estes precipitados. Em regra, quando surgem as epidemias tíficas de origem hídrica, o bacilo já não existe nas águas. O mesmo sucede com as epidemias de disenteria bacilar. Para lembrar a contingência destas pesquisas, basta reproduzir os seguintes períodos do tratado italiano de higiene do Prof. Filippo Neri " Aggiungasi poi la reale difficoltà tecnica dell'isolamento del bacillo del tifo dalle acque; poichè non possediamo pel bacillo di Eberth mezzi di arricchimento ed elettivi paragonabili a quelli utilizzati pel vibrione colerigeno; sicchè quando il bacillo di Eberth si presenta in numero scarso può anche sfuggire alla ricerca culturale. Dal 1898 al 1926, sono registrati soltanto 38 casi, in cui é sicuramente riuscito l'isolamento del bacillo tifico o paratifico B da acque destinate ad uso potabile e sospette di aver prodotto epidemie idriche (Kapeller, 1925) „.

BERNARDINO DE PINHO

LUGARES SELECTOS

O professor de medicina em Portugal em 1885 ⁽¹⁾

Condições Científicas

Todo aquele que pretender inspirar aos seus ouvintes uma convicção completa da verdade do que avança, saiba, antes de mais nada, por experiência pessoal como se adquire a convicção, trabalhando nas fronteiras da ciência humana onde novos domínios se conquistam.

HELMHOLTZ

Um homem que entalhou o seu nome a letras de ouro nas laudas mais duradoiras da história médica, Borden, interrogado um dia pelos seus discípulos sobre o melhor método de se instruírem, conta-se que lhes respondeu: — *Façam cursos* — *Sobre quê?* insistiram os discípulos — *Sobre aquilo que não souberem*, rematou o grande médico.

A platitude do dito incute-me certas suspeitas sobre a veracidade anedótica do caso. Ai! que se a frase de Borden fôra um vero lema de filosofia pedagógica não haveria aí, nem sábio nem mestre, a ombrear com o lente português, ele único na espécie que a lei incumbe em regra, ao dar-lhe cadeira, de *fazer cursos sobre o que se não sabe!*

⁽¹⁾ Do Relatório apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública, na sessão de 1 de Outubro de 1885 — por RICARDO DE ALMEIDA JORGE.

Decididamente aqui claudicam a par a pseudo-máxima de Bordeu e as pareneses da sabedoria das nações; e eu sinto-me tentado a infligir ao cansado — ensinando-se, aprende-se — o verso do nosso Castilho, fulminando outro banal adágio:

Julgo o provérbio de cabeça louca.
Que o ensino aprimore o mestre, aguilhando-o a uma farta ingestão e eficás digestão de conhecimentos, e apurando as suas faculdades cognitivas e docentes, quem o duvida? Atirar porém para o respaldo da cadeira professoral um mero aprendiz, desnorteado dos rumos rectos da rota pedagógica, agrilhado a normas caducas de instrução regulamentar que os refinamentos progressivos de cultura espedaçaram já, acantoadado numa oficina vazia e despejada das máquinas exploradoras da pesquisa médica, desajudado enfim por erro educativo da arte perita de enriquecer o próprio cérebro e adestrar o alheio, é precipitar os colégios do ensino na alienação abismadora do *nirvana* búdico.

Benefício perene é esse que vai derribar por intoxicação lenta tanto organismo sadio, discrasizando-lhe os humores, destonificando-lhe os nervos. Sólido e milagroso deve ser o epitélio gástrico do Mitridates que arrostar imune com peçonha tanta!

Tentando mais uma vez deslizar pela via metódica duma patogénia correcta, cremos que duas importantes influências mesológicas depreciam assim a nossa entidade professoral — uma escolar, outra educativa. A aula portuguesa, constituída como está pela tradição de tantos anos, longe de ser um roburante, origina no mestre uma espécie de nevrastenia cérebro-cardíaca. As fontes do saber, onde devia haurir a largos tragos a água de Juvêncio da ciência, essas quase nunca brotaram no solo indígena, e hoje estancaram de tal arte que o magro filete delas manado nem sequer molha a boca menos sequiosa.

Vítima de destino crú, tudo se conspira para que o professor aí vegete como planta enfezada que o hálito da escolaridade nacional bafejou de peste, e que a aridez do torrão indígena ressequiu ao queimar da cinza.

O auditório que se enfileira em pelotão nas bancadas do anfiteatro é um corpo determinado de alunos contados e marcados pela inscrição da matrícula. Três ou cinco dias na semana à hora prefixa comparecem perante o professor e o contínuo que zelosamente assinala no rol-calendário da caderneta os foragidos, os quais, tirante o caso de justificação valida, pagarão a incúria.

com penalidades escolares adequadas à gravidade numeral das faltas.

Assim militarizados em companhia, o ingresso na aula não é em geral o efeito legítimo da dedicação espontânea e conscienciosa de quem aspira a tornar-se digno de exercer honrosamente uma profissão tão delicada e grave, cortada de obstáculos e travada de amarguras. Não sonham com a aquisição duma ciência e duma perícia condignas do mister futuro; põem a mira só em operar a sua gestação no ventre pilharengo da escola, sem aborto nem deformidade, e, ao cabo dum número legal de luas, resvalar sem perigo pelo canal fora, com o tubo de lata ao tiracolo, anatematizando, ao sorver os primeiros haustos de liberdade, aquela constrangedora inclusão fetal, a placenta que os sanguificou e a pobre madre comum que com misericórdia os deitou fora.

Quantos são aqueles, que, por favor especial de talento e de aplicação, se não retratam nessa deplorável pintura de psicologia escolar? Triste efeito duma educação quase teratogénica, iniciada às vezes desde o berço, sufocadora dos mais belos instintos intelectuais, onde se cunhou um burguezismo, tão dominante em a nossa sociedade de hoje, que em matéria de instrução só cubiça comprar um diploma, capital futuro de explorações rendosas.

Tal é o meio onde tem de ressoar a palavra do professor. A ambição de subjugar os ouvintes pela clareza da exposição, pela ministração de conhecimentos úteis, pela facilitação duma compreensão segura, vem quebrar-se naquela inércia hereditária dum auditório apático. Os sons vocais ricocheteam dos tímpanos discipulares sobre as paredes mudas; e o ouvinte isola-se do orador, deixando folgar as células cerebrais que evitam o duro trabalho de imprimir nos clichés da memória os sinais ideativos que lhe vêm à flux pelo sentido acústico.

O doce prazer que deve sentir o mestre, ao notar que é bem escutado o seu dizer, aproveitada a sua ciência, e aplaudidos os seus esforços, é sensação que raras vezes consola e anima a vida professoral.

O entusiasmo arrefece, a lição sai chocha; o aluno afila a orelha para o toque da sineta, e o lente por vezes não está muito longe de idêntica tenção de se despojar do fardo por aquele dia.

Tudo numa apatia funda, onde não lampeja a paixão do saber e a cubiça insaciável da verdade, uma calmaria pôdre sem a menor viração impulsiva dum entusiasmo franco.

Os dois organismos — professor e discípulo — que deviam rivalizar em pujança e vida, inervados por um espírito comum, em plena consciência da sua solidariedade, ali se arrastam enxertados um no outro, espécie de simbiose degradante, como a do lichen resseco que folhea a ruína vetusta.

Assim dissolvidas as suas funções orais pelo próprio auditório, ao que acresce o peso esmagador da rotina e a invasão da mesma lendária preguiça, o professor como que se extingue pouco a pouco, volvendo-se numa entidade anómala e um tanto inclassificável. Sem esperança de ser escutado nem atendido, sem confiança no efeito docente da sua prelecção, termina mais ou menos por concretizar o ensino no fóssil e sempre redivivo compêndio, tantas vezes mal ajustado às disciplinas regulamentares da cadeira. Fracciona o livro em tarefas repartidas pelo número de dias úteis do ano escolar, e de lição para lição lá vai gastando o texto por grupos de páginas marcadas a dedo.

Ao estudante cabe, por uma espécie de inversão funcional, parlar o trecho confiado ao seu talento e aplicação; ouvida a encomenda, cai na caderneta a nota de apreciação que há-de valer no juízo final.

Fazer ensino, reduz-se, neste retorcido processo escolar, a *fazer frequência*, como se diz no calão académico. Do elevado cargo de ministrante augusto do ensino o professor desliza para uma espécie de inspector ou empreiteiro de obra, que talha, mede e taxa serviço, dispensado das altas funções artísticas e reguladoras de arquitecto.

Compreende-se que o bom êxito da pré-dica professoral possa exigir a intimidade dum diálogo que faça adaptar e dar relevo ao ensino do mestre, que exercite a inteligência do aluno e a obrigue a denunciar as suas boas qualidades e fraquezas; legitima-se, como complemento útil de qualquer instrução, o uso da conferência; mas achatar a instrução à lição do aluno, criar a hibridez escolar do estudante-professor, reduzir o verdadeiro mestre a um mero fiscal, é a queda mais abismadora do ensino superior.

Funesto legado de pedagogia indígena, tudo isto faz definhar ao mesmo par ensino e professor. É que para tal papel não são

forçadas largas doses de ciencia e de estudo. Um *dulce far niente* cerebral é perfeitamente compatível com a mais escabrosa cadeira; preencha ele, o lente, com um requinte desusado de rigor as prescrições regulamentares mecânicas e horárias, floreie com a vara da sua justiça de magistrado apurador de frequências, que pode passar até por... um professor modelo!

Será esta absolutamente a feição essencial da escola portuguesa? Não, certamente; que se tal se dera uniformemente de curso para curso, e de aula para aula, era caso de clamar pelo *delendum est* pombalino.

Mas desventuradamente — e tanto justifica a incisão naturalista dum cancro roedor das nossas aulas — desventuradamente, digo, há exemplares correctos dessa patologia; e pode sem receio exarar-se que mais ou menos dissimulada, mascarada ou não, a enfermidade envolve numa endemia os cursos nacionais.

Tal uma das causas deprimentes e asfíxiadoras da actividade scientifica do professor.

A aquisição duma bagagem erudita de certa suficiência, eis o objectivo elementar do magistério. Graças a essa colheita magra, forrageada sómente em alguns livros e jornais francezes — única via de importação científica que o indígena explora — o professor lá vai acondimentando o compêndio e anotando a lição do aluno. De quando em vez cede ao prurido de exhibir a prelecção, lardeada de expositores, e insuflada por vezes duma facundia florida e retórica; mas o transunto destas lições de *élite* são em regra escabrosidades especulativas, transcendências metafísicas, *échantillons* dum escolasticismo doutras eras, ou pelo menos teorias, discussões às vezes sem alcance prático.

Quantas reputações se não fizeram, em tempos que não vão longe, a floretear filosofias médicas, a esgrimir com os gigantes bisantinos de vitalismos, organicismos e físico-quimismos! que cosméticos arrancados ao velho estojo dos arrebiques fraseadores para adornar aquelas fossilíssimas carcassas; e que desperdício de talento para fazer vingar abstrusões hyssopeas de preeminências doutrinárias. Ó génio tutelar das bagatelas!

Que perversão, deixem-me dizer assim, da estética professoral! As belesas e as pompas do ensino hodierno são bem outras. Alteiem-se as ousadas generalizações da ciência moderna, desdobrem-se as longas teorizações fomentadas nas induções legítimas

do método experimental, abram-se de par em par as portas do templo augusto das grandiosas especulações da biologia geral e da biologia médica, mas não venha o elemento teórico sobrepujar o elemento prático, não se sacrifique nem intensiva nem extensivamente o segmento fenoménico, imediatamente tangível e imediatamente prático. Nem sob o ponto de vista mais geral, nem mesmo sob o ponto de vista mais restrito de cada assunto, a esfera duvidosa das teorias não absorva nem amesquinhe a esfera real do conhecimento positivo.

É nesta justa aliança dos princípios guiadores da construção científica, nessa fusão harmónica dos dados gerais com os dados elementares, que está a perfeição dum sistema de ensino.

« Ensino a minha ciência, há trinta anos, confessava o eminente Virchow no congresso de Munich de 77, e posso dizer que, no decurso desses trinta anos, esforcei-me por um trabalho honesto de afastar cada vez mais o elemento subjectivo e reforçar cada vez mais o elemento objectivo ». Santas e profundas palavras estas do sábio professor.

Assim como a evolução da arte dramática expungiu do palco os dramalhões lamuriantes, entressachados dum trágico patético, de arranques declamatórios e extenuadores das potências torácicas, que faziam crispar os nervos da plateia num histerismo de contágio, assim a evolução da ciência positiva extirpou da cena pedagógica os requintes obsoletos da loquela vã e os exdrúxulos sermões com que se engodavam gerações e se amortecia a paixão pura do saber. Requer-se realismo na dramatização da aula, como na dramatização do palco; a plateia como o auditório já não palmejam simples biocos de fraseado nem artimanhas de retórica. Haja fidelidade na pintura da vida científica, como fidelidade na pintura da vida real.

O desenvolvimento deste naturalismo progressivo, que tanto distancia o mestre de hoje do velho pedagogo, aferrado a normas secas e clàssicamente contornadas, revolucionou a escola *ab imis fundamentis*.

O sinal oral, a emissão pura e simples da palavra, deixou de ser o único meio impressivo de conhecimentos no espírito do aluno. Um cenário especial veio adornar a banca vazia e as paredes lisas da sala. Os mapas, os grandes esquemas coloridos, os gráficos povoam o recinto e descem à boca da cena para servirem de tema palpitante à exposição do professor.

65 Ao fundo, a lousa onde se tracem os esquemas, e se bosquejem os croquis, gisados com cores diversas, animando a lição, e imprimindo às noções expendidas o relevo ensinador que a frase só é incapaz de dar-lhe. A peça anatômica, o exemplar patológico, o modelo clástico, a substância medicamentosa, a preparação microscópica, a máquina de investigação, estejam à mão para concretisar incessantemente a exposição, estimulando a atenção do discípulo, vivificando-lhe o cérebro, obrigando-o a pôr em acção os melhores sentidos no serviço indispensável da assimilação intelectual. Enfim o sistema das projecções a luz oxihídrica ou luz eléctrica, aplicável a objectos e fotografias transparentes, vem dar ao ensino um relevo brihantíssimo de instrução e deleite, desenvolvendo nas melhores condições ópticas, perante o auditório, o cosmorama variado e belo das coisas científicas.

132 O conservantismo irá por desventura até ao ponto de mofar ou desdenhar esta preceituação pedagógica, como um indículo de ninharias, ou como exhibições meramente recreativas, duns enfeites *recherchés*, inúteis e até impróprios do bom ensino grave e proveitoso.

Pouco importa; esses desdens veem esbarrar-se de encontro à universal consagração dessa metodização docente que conquistou foros de primeira regalia em todos os graus de instrução, do primário ao superior, que se adaptou admirável e profusamente a todos os ramos do ensino positivo. Todo esse arsenal pedagógico invadiu as aulas, desde as humildes froebelianas às altas faculdades, variando em riqueza, desde os pequenos meios ao alcance dos mais modestos recursos intelectuais e materiais até à rica urdidura teatral do anfiteatro dos magestosos institutos alemães.

Lições práticas, lições de coisas, em que o dizer se concretiza na presença do objecto e no manejo da experiência, constituem a rota firme donde não mais se desviará a pedagogia. A excelência do sistema evidenciou-a praticamente a larga experiência dos últimos anos; e a sagração teórica deu-lha a psicologia, demonstrando o alcance da representação visual na aquisição e fixação das noções científicas.

25 3 Lugar comum se antolhará esta insistência; e mal legítimo seria se em o nosso meio escolar a invasão progressiva de tais ideias melhoradoras não fosse um tanto rechaçada pela inércia da rotina, pela reviviscência inapagável das praxes rígidas da

antiga escolaridade nacional. Exercícios de memória, provas de memória, eivaram todo o nosso ensino, como nos bons tempos do latim de convento e da lógica do Genuense. Quando se varrerá para todo o sempre esse fantasma tedioso das escolas, que afugenta, em vez de atrair, que faz da inteligência um depósito inerte?

À medicina, como a nenhuma outra ciência, como a nenhum outro ensino profissional, cabe o reformar-se dentro da esfera do ensino; se decididamente tem pretendido orientar-se nessa via fecunda, faça-o duma maneira completa. Que o rancido mnemonismo — licença ao termo — nos deixe enfim, desde o árido rol duma anatomia seca até à taboada semiótica duma clínica estéril!

O afêrro absorvente ao livro e ao expositor, esta subserviência à bíblia de ocasião e textos suplementares, exportados dos *ateliers* franceses, tem sido o elemento minaz da funcionalidade escolar. A primitiva denominação de *lente* permanece em quase toda a sua propriedade etimológica; relê-se e reedita-se nestes tempos da vulgarização da imprensa, da insubmissão a autoridades papais, e de difusão do trabalho científico, como no período mediévico e proto-universitário em que estava preso à banca catedrática, como tesouro insubstituível, por um grosso cadeado de ferro, o códice pergamináceo dum Galeno e dum Avicena.

Quantas vezes o compêndio anoso se crava na banca da aula durante largo período, manuseado ainda quando já as mucedíneas lhe deveriam encrustar a lombada!

Algum ensino de livro, pouco e por vezes nenhum ensino de facto, eis o balanço desta situação grave e comprometedora para o ensino, para o professor, para o discípulo e para a ciência portuguesa.

De oráculo científico, o mestre passa a um simples e incompleto manual falado; e a máquina docente como que tem por chave a manivela dum fonógrafo, expelindo sons com as lâminas de estanho, *gaufrees* por boca alheia e estrangeira, e onde a voz nacional não lavrou o mínimo relevo.

A que autoridade e a que preeminência pode aspirar quem se limita às funções refletoras dum porta-voz de pouco alcance?

A maioria do professorado indígena assemelha-se aos geógrafos de gabinete que absorvem mapas e roteiros, « que vão repartindo o mundo, sem ver um palmo de terra ». Não; os conquistadores do globo são os aventureiros audazes, que se atiram por mares nunca dantes navegados, que pisam virilmente as inexploradas regiões.

Assim na ciência; só merece o nome de mestre, só merece autoridade o que vai na piugada dos grandes pioneiros, o que sabe arremeter contra o desconhecido e quebrar uma lança na conquista da verdade.

Bem dizia o ilustre Helmholtz, essa glória brilhantíssima do professorado alemão, ao tomar conta da reitoria da universidade berlineza onde o elevaram os votos honrosos do senado acadêmico: « Quem pretender inspirar aos seus ouvintes uma convicção completa da verdade do que avança, deve ter sabido por experiência pessoal onde se adquirem convicções, e militado nas fronteiras da ciência humana, onde novos domínios se conquistam. Um mestre que apenas apresenta os resultados colhidos por outros, serve só para estudantes a quem se ofereça a autoridade como fonte de toda a ciência ».

Atrofiada esta faculdade de verificação e de indagação, falha o critério seleccionador dos dados ministrados na lição. O cunho próprio, a individualidade professoral, extingue-se; o auditório deixa-se embair pelo tédio, pela inércia, pela incúria de observação e de julgamento pessoal. E nesse desnervador e emoliente meio paira uma descrença funesta, um espírito céptico para com tudo e para com todos. As duas entidades, mestre e aluno, amesquinham-se mutuamente; e um e outro deixam-se invadir por um sentimento de impotência, e até por hesitação e dúvidas sobre o valor real da exploração científica.

Observar e experimentar, exercer proveitosamente um trabalho prático, que ou incuta novo dado, ou modifique uma noção adquirida, ou pelo menos seja uma demonstração frisante, exige uma aptidão técnica bem educada e instrumentos próprios de trabalho. Engendrar sem material adequado um laboratório de demonstrações sequer, é quebrar a vontade mais bem temperada de encontro a obstáculos penosos senão insuperáveis.

Por outro lado confiar aparelhos a mãos inexperientes e mal educadas é entregar uma lira ao animal da fábula, que ou não sabe modular com ela um som ou a pisa e desconcerta.

Ora a carestia e a pobreza do trabalho prático em a nossa ensinança médica promanam precisamente da ausência deplorável de tais predicados. A deficiência da verba orçamental tem obstado à boa e completa instalação dos institutos práticos, que por modestos que sejam têm de absorver na sua criação e custeio quantias não insignificantes.

A paralização porém do movimento prático — força é dizê-lo — reconhece como principal factor etiológico a acção diatésica da perversão educativa; e não é só o pedantismo secular que se perpetua e se mantém nesta estagnação perene da mentalidade portuguesa; não é simplesmente o atavismo escolar da parolagem e da escravidão intelectual. Aqueles mesmo que por temperamento e convicção se tomarem da coragem de evitar o pantano, é raro que não caiam prostrados e esmorecidos.

Imensamente distanciados já de toda a ciência moderna em conhecimento prático e na técnica experimental, como poderá a sua iniciativa surtir um exito correspondente à soma dos esforços desenvolvidos, se eles carecem duma educação prévia, se não ouvem conselhos úteis, se não encontram um mestre competente?!

Suceda haver alguém que por singular providência sobressaia neste ou naquele ramo de ensino; difícil será que consiga amontoar um legado para o ensino futuro, imprimir uma direcção fecunda à instrução, criar numa palavra escola e discípulos. A onda anualmente renovada dos alunos é um plano movediço onde o professor não pode talhar a sua individualidade de mestre. Elementos mais duradouros, auxiliares eficazes que ampliem os seus esforços, multiplicando o trabalho sob a sua direcção inteligente, que perpetuem o seu nome e aprimorem a sua obra restauradora, nega-lhos persistentemente esta anomala organização escolar.

Cada recém-vindo, ou nada se lhe depara antes dele, ou lhe é letra morta tudo quanto se tentou em benefício do ensino e da ciência; os casos mais felizes defrontam com um vago exemplo, e hoje nesta degradação nem exemplos há que sirvam.

Só e sem guia, tal tem de ser o caminheiro, se enfiar pelas veredas da ciência prática, onde os passos se lhe tolgem a cada instante, onde a sua perseverança é posta a dura prova. Quando chegue a possuir a técnica mais elementar, já o progredir da

ciência o sobrepujou; o cabedal de tempo e de trabalho, que devera ser dispendido em novas aquisições, é desbaratado na aprendizagem dos rudimentos já passados.

Sem impulsão interior, sem fecundação actual, como há-de gerar-se neste meio um professor exímio, um mestre respeitável, um sábio sequer de modesta craveira? Só por excepcional aborto da natureza.

Há por aí uns espíritos acalcanhados por esta corrupção de decadência, *blaseurs* contemplando com indiferença cínica uma ruína moral, que pregam despejadamente a inutilidade dessas reformas de ensino e arrancam prosopopêas sarcásticas para fulminar o mísero inocente, que deseja ver a medicina, em ensino e em homens, alçada a um lugar digno e honroso para a ciência e para o país.

Isto de querer ensino prático, sabedoria prática e mestres práticos, não é *prático*; reduz-se a uma utopia de visionário.

Prático, é o que para aí está consagrado pela bênção dos anos, é o que floresce na árvore indígena desseivada e apodrentada da raiz ao coruto. Pouco importa que o pomposo vocábulo de mestre seja um simples eufemismo; pouco importa que esta entidade, plantada aí para fecundar e proliferar, seja antifisiologicamente a personificação duma anomalia, um exemplar desprovido de faculdades genesíacas, uma espécie de anorquida. Só destes Orígenes intelectuais é que podem tortulhar no torrão indígena.

Não é ridículo querer sèriamente sábios em Portugal, quando eles charlatescamente se improvisam a cada canto?

O cérebro nacional tem o distrito científico trombosado; onde há ali circunvolução que atinja a craveira hipertrófica dos giros turgidos dum sábio do Instituto?

E saúdem-se estes bravos patriotas práticos que subscrevem esta degradante certidão antropológica.

Segundo o parecer autorizado destes etnógrafos, a cafraria indígena será boa para moirejar bravios misteres, imitar simianamente as raças de superior graduação, mas não para grimpar às cavalarias altas dos torneios científicos. Que vos preste, ò serviçais socialistas!

Não falte quem se console com este estado miserando e ministre um calmante às consciências fáceis, clamando que as escolas médicas portuguesas são meras oficinas de práticos

profissionais, e fornecedoras para o público de clínicos de sofrível perícia. Assim uma coisa, quem sabe, como a alveitaria avoenga que dava sangradores e ministrantes de meia-cirurgia nos áureos tempos do proto-medicato. Esgadanhavar sem método nem direcção uma anatomia no cadáver, impingir uns tantos manuais, e frequentar uma clínica incompleta e truncada, eis a instrução suficiente a propinar à clientela médico-escolar.

Conceituar assim tão descaradamente a mesquinhez do ensino, é simplesmente um dislate inqualificável que em si mesmo encerra a contradita e o desprezo.

Só os cegos ou os que pretenderem sê-lo, crerão que essa escassa organização, mal adaptada já em outras eras, possa criar um prático consumado e digno. Serão por acaso as escolas médicas hoje em dia estabelecimentos preparatórios de inferior graduação? não constituem eles os centros superiores do ensino médico? não é de lá, que, a par do médico de partido, tem de criar-se o professor de amanhã? Por honra da instrução, por honra do país, fora com essas declamações tartufas.

Se apenas se pretendem criar artífices de medicina (Techniker), exclamava Recklinghausen ao assumir a reitoria de Strasburgo, para que serve uma escola ou uma faculdade de medicina? Atirem os candidatos para um hospital que será melhor! Extinguem-se, a bem o digamos, dia a dia estas reacções nocivas do passado. Aclaram-se pouco e pouco os horizontes das novas gerações, e como que um afã de trabalho, um sentimento de iniciativa, se apodera das colmeias avariadas das congregações médicas. Revigoram-se aspirações comuns, sacodem-se os membros lassos, e as vistas desanuviam-se cravando-se anciosas no alvo cubiçado dum ressurgimento salubérrimo e progressivo.

Agora, como nunca — ou então o mal multiplicará com o tempo os seus ultrages — urge empenhar todas as forças pelo advento dessa renascença que eleve ao seu conceito real escola e lente, que rompa com esta posição abatida que nos envergonha aos olhos de nacionais e de estrangeiros.

Quem teve a boa fortuna de perpassar por alguns dos grandes empórios da medicina, quem se sentou uma vez nas bancadas do anfiteatro onde retumba a voz eloquente e sábia dum corifeu da ciência, sente-se possuído dum misto de prazer e dor. Essa sensação de ingresso nos santuários augustos da medicina é tão grata e viva que indelêvelmente se grava no

espírito daquele que emergiu da escola indígena, tantas vezes sem uma recordação suave, sem venerações nem ídolos. Mas há nessa delícia um travor de amargura tanto mais acre quanto maior é a paixão pela ciência, e o amor pelo país natal.

Ali, onde convergem os labores de toda a parte e donde irradia em todas as direcções a luz da ciência, o nome português é quase absolutamente desconhecido; e, como não há-de ser assim, se nem um óbulo lança no tesouro universal dos conhecimentos, se nos arquivos periódicos se não insere a menor contribuição nacional? Apossa-se um confrangimento doloroso — falo por experiência pessoal — de todo aquele que, ao apresentar-se num laboratório ou numa clínica perante um mestre, tenha de confessar a sua naturalidade e as funções professorais que exerce no seu país.

Um silêncio delicado sobre as nossas misérias é ordinariamente com que o mimoseiam; se há a impertinência de perguntar à queima-roupa — *qu'est ce qu'on fait là-bas chez vous?* o pobre visitante tartamudeia que há três escolas superiores de medicina, com doze cadeiras por sinal, ensino médico completo, muito conhecimento da medicina francesa, etc., etc.; mas que... infelizmente, há a insignificância das dotações e muitos outros obstáculos a tolherem o progresso das indagações experimentais e clínicas; em todo o caso, o ensino está à devida altura, publicam-se trabalhos conscienciosos e bons, que, se não são conhecidos cá fora, é pelo desconhecimento quase absoluto da língua portuguesa, de todas línguas vivas a menos versada na Europa culta; numa palavra, muitas reticências, muitas tergiversações para fugir à angústia duma situação *assomante*.

A resposta franca, legítima, e mais verídica, seria: A nossa vida científica é um entrecho de calamidades; povo algum europeu, tirante a Turquia, está a uma craveira tão degradada e inferior, mercê funesta duma educação aqui-secular, duma ausência completa de protecção colectiva e da rutura de comércio intelectual directo com os centros onde o saber se derrama a flux. O que não somos porém — e isso podia dizer-se bem alto, sem receio de chauvinismo — é da inépcia e impotência com que tão gratuitamente nos acoimam. Há lá nesse pequeno retalho de terra, no cabo do mundo, cérebros de fina tèmpera capazes *in posse* de ombrear com as vossas sumidades; há lá homens que valem mais que tanta mediocridade que por aí vos peja as cadeiras e as

academias, como o joio que se entremeia ao trigo nas searas. Sirvam de testemunho ao menos os mestres acolhidos na própria Universidade franceza, desde Valesco de Taranta e Francisco Sanches ao Casado Giraldes, que há pouco enlutou a faculdade de medicina de Paris; e tantos outros que perlustraram as cátedras das principais universidades do mundo, de Salamanca a Goettingue, de Oxford a Bolonha. Se somos junto da vossa ciência uns meros incógnitos, se não podemos ainda alçar-nos até vós, é porque o meio histórico e geográfico cruelmente nos vitimou, e nem sequer nos ajudam, a nós pobres cultores da ciência, a despedaçar essas algemas do passado; é porque se mantem entre nós um regime depauperador, que bem pode denominar-se *cienticida* por excelência.

Nada de mais sugestivo e de mais fecundo em reflexões do que esse paralelo de impressões entre a mísera escola nacional e as opulentas escolas estrangeiras. Ressalta entre os dois grupos científicos e docentes o mesmo contraste que entre aggregações sociais enormemente afastadas na escaleira da civilização. Chegam a figurar-se estados quase antitéticos; dum lado homens enervados e abatidos pelo constitucionalismo hereditário e um clima deprimente, sem vida nem acção; pelo outro, modelos de virilidade, vigor fecundo, trabalho assíduo, qualidades aperfeiçoadas por herança e bafejadas por um meio benéfico e tonisante.

Aqui a incúria legendária; lá o apostolado da ciência e da instrução.

Guardo tão vivas, como na hora da sua impressão, as reminiscências desse trânsito breve pelas regiões onde prospera a grande indústria da ciência, onde pulsa rico de sangue o coração do organismo intelectual da humanidade; tal como o viajante, que oriundo de charnecas incultas e áridas, se transportou um dia ao seio dum país agrícola, onde as máquinas de lavoura rasgam um solo ubérrimo, onde toda a terra da planície aos alcantis se desentranha em vegetação, em searas, e em riqueza. Permissão seja dada a estas confissões íntimas de quem sinceramente deseja patenteiar o seu espírito, que de vista fixa nestes dois panoramas indígena e exótico, apaixonadamente se empenha por uma cruzada de reforma, e deste posto pronuncia com firmeza as suas censuras, expande os seus azedumes e até se deixa arrastar pelas apóstrofes duma justa cólera.

Quando se me defrontam aos olhos de alma essas recordações tão frescas ainda, destacam-se em toda a sua magnificência dois modelos que me enlevam.

Um deles é o da famosa escola, instaurada na Salpêtrière — a vera *cita dolente* do poeta — por um clínico *hors ligne*, da raça pujante dos Laennec-Charcot. Clínica assídua de investigações, clínica derramadora de instrução, a neurologia há vinte anos que como a *sapientia* do Evangelho criou ali o seu *domus*. Ali se combinou a melhoria da patologia medular, à luz do seguro método anatomo-clínico, como altamente proclama o eminente Erb; ali a doutrina das localizações cerebrais encontrou a sua consagração mais levantada, como o testemunham a boca insuspeita de Schiff e a palavra autorizada de Nothnagel. Centro incomparável de neuro-clínica, por ali prepassa tudo quanto de perto ou de longe se interessa por esse ramo hoje tão importante da ciência médica; e na falange selecta que rodeia o simpático mestre, deparam-se homens de todos os países sem exceptuar da ciosa Alemanha; toda a escola neurológica inglesa de hoje, representada por Wateville, Seguin, Byrom-Bramwell, Buzzard, etc., é um simples ramo discipular, e com isso se ufanam, da escola da Salpêtrière.

Como se atinge essa soma de explêndidas pesquisas, como se cria assim um foco de ensino afamado por todo o mundo? Não é por dons celestiais, nem por favor da divina providência; é por um trabalho *opiniâtre*, é pela aplicação aporfiada de métodos selectos e fecundos.

Toda a manhã é ali absolutamente empregada no exame dos doentes, ora na enfermaria, ora no consultório. Ao *watchfull eye* (Buzzard) de Charcot não escapa nem o menor sinal, nem o mais delicado sintoma; poucos como ele gosam do mais apurado sentido clínico e observador. É vendo e revendo, concentrando toda a sua atenção no doente, que o grande neurologista enriqueceu, como nenhum outro, a sua especialidade e atingiu aquele poder sedutor das criações luminosas que se estereotipam para todo o sempre, como as de Areteu, no cérebro do ouvinte atento e zeloso.

Todos os processos possíveis de investigação clínica se manuseam: e para tudo conseguir ladea-se Charcot de auxiliares dedicados e esclarecidos; a este cabe a anatomia patológica, àquele a electricidade, a um o exame oftalmológico, a outro o

acústico, a este outro a fisiologia experimental, àquele outro a química. Tudo isto gravita em torno do mestre, tendo o ensino por centro de atracção.

Duas vezes por semana Charcot professa a sua lição, lições primorosas, simples e claras, em que a sua rara ciência e o seu talento superior de exposição aliam as sumidades da nevrologia ao ensino elementar, prático e intuitivo. A grande lição da sexta-feira, onde há dois ou três anos, acorreu o *tout-Paris*, desde o *Paris des savants à lunettes* ao *Paris blaseur et blasé* dos *foyers* e dos boulevards, quando Charcot desvendava os mágicos mistérios da histeria-major, essa lição é o que há de mais maravilhoso no seu género. No grande anfiteatro, às vezes repleto até à porta onde o *larbin* recebe os bilhetes, brilha apenas a luz crua do gaz; no palco, onde só é dado o ingresso aos discípulos propriamente ditos, erguem-se à guisa de estandartes, ou antes de bastidores, sobre esteios de madeira, grandes reproduções coloridas de esquemas, de traçados gráficos, de preparações microscópicas, etc.; ao fundo como pano decorativo e brasão da casa, enchendo a parede inteira, a magnífica tela de Robert-Fleury, que celebra a cena tocante da libertação dos doidos pelo grande e humanitário Pinel.

Entra o mestre, cortejado pelos seus clientes — clientela científica que ali bebe o seu saber, que o ajuda à conquista da glória, e de ali grangeará, graças ao nobre patricio da medicina francesa, a sua posição professoral segundo a graduação dos seus merecimentos. Aquela fronte, o olhar vivo, inspiram admiração e respeito. A lição decorre viva e animada; às reproduções pela estampa e pela lousa sucedem-se os exemplares mórbidos, demonstrados e exibidos com um primor inexcedível.

O *tableau* final é a projecção pela lâmpada de Dubosq de arco voltaico, de fotografias patológicas e de cortes microscópicos de medula ou cérebro.

A Salpêtrière é um museu clínico riquíssimo; há ali modelos de nevropatias que Charcot guarda com verdadeiro carinho de sábio-amador. Às vezes fá-los reunir aos grupos num luxo de exibição. Um dia para tornar bem nítidas as diferentes classes dos trémulos patológicos, fez deslizar a três e quatro de fundo os paralíticos gerais, os paralíticos agitantes, os esclerósicos, os alcoólicos, e os senis. Eram por assim dizer coros patológicos

que faziam lembrar os coros musicais do segundo acto do « Fausto » de Gounod.

Tudo quanto pode o temperamento de um artista e a alma de um sábio, applicados indefessamente à instrução, ali se realiza maravilhosamente.

Da Alemanha sábia e professoral que belos exemplos a colher! Quando em Janeiro de 1883 visitava Strasburgo, simultaneamente glória militar e glória académica da nova Germânia bismarkiana, se me enchiam de pasmo a fábrica e a instalação dos seus admiráveis institutos, não menos me assombraram a assiduidade de trabalho dos sábios eméritos, seleccionados pelo governo, para adornarem o renascimento da Universidade alsaciana sobre que paira a sombra luminosa do imortal Goethe. Eram dias feriados; mas Goltz com os adjuntos manejava a sua peritíssima experimentação no gabinete que se ostenta no edificio circundado por uma faxa de pedra onde o cinzel lavrou os nomes gloriosos dos grandes fautores da ciência fisiológica; Hope-Seyler, o labutador emérito da química biológica, não deixava adormecer as retortas no seu enorme laboratório; Recklinghausen, enfim, com os seus assistentes, no Instituto que partilha com Waldeyer, estava apegado à sua banca de microscopia.

Graças ao amável assistente, Otto Terrick, do grande anatomo-patologista, tive a honra de curvar-me perante o homem que mais alto se assinalou na nóvel faculdade alemã; onde eu julgava encontrar um velho, deparou-se-me um homem vigoroso de meia idade, que há vinte anos illustrava a ciência enfileirando-se ao lado dos Virchow e dos Cohnheim, chamado agora para Strasburgo a peso de ouro. De manhã até à noite a vida deste eminente professor decorre para o ensino; professa nada menos de três cursos teóricos e práticos.

Rememorar estes feitos pedagógicos aqui sob o ingrato céu da Lusitânia não vem com a pretensão de impor tais moldes ao nosso país; não é querer à força que haja em Portugal Charcots e Recklinghausens, Salpêtrières e Strasburgos; não me arremesse a crítica semelhante acusação de ridicularia piegas dum amblioque à força de olhar para poderosos focos luminosos.

Nem a todos é dado subir ao Corinto da Glória, nem a todas as nações ombrear com a França e Alemanha. Mas todos os povos que se presam duma tal ou qual civilização, qualquer que seja a mediania dos seus recursos, devem envidar os seus esforços

por que no seu seio a ciência — esse brasão por excelência da humanidade — seja dignamente representado e considerado a bem do seu progresso efectivo, a bem da sua honra social.

Nem todos podem fazer grandes descobertas nem deixar assinalado o seu nome com brilho nos anais da ciência universal; mas que a todos seja dado o conseguimento da execução dum dever sagrado, uma obra valiosa ou modesta, como resultado dum trabalho consciencioso e digno. Não é força que cada professor seja um sábio *d'élite* e cada escola uma academia de nomeada; mas seja cada catedrático um bom mestre trabalhador, apto e dedicado, e cada escola um centro prestimoso, uma oficina apresentável de educação e ensino. Essa a nossa bandeira!

* * *

Tudo isto não passaria de inanes trenos, duma eficácia moralizante muito platónica e equivocada, se não houvera alguma indicação apropriada a propor, se não fora possível atalhar ao mal presente e substituir-lhe progressivamente uma sanidade regular.

Forjar ciência e sábios num volver de olhos, tal não pode ser a aspiração de reformador algum, por muito enérgica que seja a sua vontade e possante o seu pulso; e ninguém pode legitimamente exigir do Estado uma transmutação radical, como se nas suas mãos pudesse estar a vara mágica capaz de operar a metamorfose dum Fausto caduco. Preparar porém os fautores desse rejuvenescimento, decepar sem dó nem constrangimentos as peias do passado, e acelerar com um bom impulso a evolução que há-de regenerar a organização docente, eis a mira sobre que devem convergir os esforços continuados duma administração vigilante e esclarecida que tenha na devida conta a importância do problema pedagógico.

Sem guindar-me pelo momento à esfera geral e complexa de todo o ensino, é minha opinião firme que no tocante a medicina, há possibilidade de atingir uma mediania honrada de ciência e instrução sem que o discurso de longos anos necessário seja para realizar tal melhoria.

Abonarei o meu asserto, não com largos raciocínios e declamações de vidência profética, mas com um simples relancear de vista sobre factos inegáveis, tirados de casa e dos alheios.

Pois não é certo que presentemente as corporações docentes se empenham disveladamente em melhorar a sua sorte e o seu estado? Não abrangem elas no seu seio homens aptos, capazes de trabalharem denodadamente na elevação da ciência e do ensino, logo que lhe sejam fornecidos os meios materiais e educativos? E não só o caduco ronceirismo, a pedantice de outras eras agonizam, como não há ninguém de portas a dentro duma escola de medicina que se não sinta animado do melhor desejo de fomentar progressos e de estimular os mais audazes.

A quem assombre ainda que possa operar-se, numa nação abatida na gradação científica, uma revolução benéfica que rasgue de vez os seus sujos títulos de atrazo, não deverão apontar-se esses exemplos incitadores de restauração que aos nossos olhos tiveram por animado teatro povos apartados, uns quase, outros totalmente, do convívio dos grandes focos intelectuais, sagrando de vez o seu ingresso digno na comunhão mental do mundo? Que o diga a Itália que já hoje pesa na balança da ciência, que fez avançar com brilho o conjunto inteiro das ciências médicas, sobrelevando até às nações mais favorecidas em alguns ramos, na criminologia por exemplo, graças à famosa escola de Lombroso. Não se enganara o filósofo Saisset ao prognosticar para a Itália um papel na evolução do pensamento, digno da terra onde raiou o facho brilhante da renascença.

E sem pôr tão alto o viso — porque não se trata de ombrear com as grandes potências da civilização — não temos aí a vizinha Espanha e a pequena Grécia que nos últimos anos dão os sinais mais evidentes e característicos de entrarem desafogadamente nos trâmites rasgados da boa medicina moderna? E do outro lado do Oceano, o Chile e o Brasil? Não vai longe o tempo em que as ex-colônias eram tributárias forçadas da medicina da metrópole; hoje tem as suas faculdades florescentes, ricas de professores e de laboratórios, a causarem inveja às nações da velha Europa donde promanaram.

Estas ressurreições e criações nada tem de divinal e milagrento; são os resultados duma compreensão segura e luminosa do papel que desempenham a instrução e a medicina no conglomerado das forças vivas duma nação; exprimem quanto pode o trabalho em que indefessamente se empenham o estado, os senados académicos e os melhores elementos professorais, para

o levantamento do nível científico deste ou daquele país, deste ou daquele ramo de ensino.

Que fazer em Portugal?

A ciência e o ensino são pobres em absoluto e em paralelo com os de outros povos; pois bem; como transportar para nós os benefícios de essa cultura adiantada, desse apuro pedagógico? Como transfundir no sangue depauperado do professorado indígena a hematia viva e tónica da boa técnica médica e docente? *That is the question.*

Duas únicas soluções se oferecem: ou buscar lá fora bons professores e contratá-los para as nossas escolas, ou enviar aos grandes centros os nossos homens mais aptos para que se habilitem a transportar-nos os benefícios dos progressos científicos. Ou importação de mestres estrangeiros que levistem o nosso ensino à altura das escolas donde vieram, e criem discípulos capazes de continuarem a sua obra: ou exportação de nacionais que, depois de amestrados nas oficinas mais bem organizadas, quando repatriados instilem a regeneradora seiva das aptidões adquiridas, na árvore estiolada e decrépita das nossas academias. Ambas as soluções são nacionais e válidas, ambas tem tido a sua consagração pública de vários países; por qual optar?

A importação de professorado alheio tem sido normalmente admitida e patrocinada até. A França e hoje especialmente a Alemanha constituem os grandes focos exportadores da mercadoria professoral.

A Itália tem nas suas universidades mestres franceses e alemães, contando-se entre estes últimos, celebridades como Boll e Moleschott; a Suíça, a Holanda, a Áustria, a Rússia têm perfilhado como já dissemos, os preceitos da livre troca professoral. A Grécia, o Brasil, o Chili a România e tantos outros países novos ou em via de renovação, mais do que uma vez têm recorrido a este meio de criar e aperfeiçoar o ensino. As universidades germânicas são mesmo hoje um alfofre de mestres para comércio internacional; e não há muito que Virchow deplorava em pleno parlamento a política estrangeira da Alemanha, criando-lhe ódios e malquerenças, o que faria sustar a procura de professores alemães, de onde derivaria um verdadeiro proletariado na classe.

Se relancearmos os olhos pela história das nossas reformas pedagógicas, mais do que um exemplo frisante se nos depara da importância de lentes para as nossas cadeiras. A restauração uni-

versitária de D. João III foi feita principalmente à custa de mestres mandados vir das universidades espanholas e italianas. E estas pisadas foram seguidas ainda no glorioso *golpe de estado* académico do Marquês de Pombal; o valente reformador socorreu-se do estrangeiro, sempre que não encontrou nos nacionais homens capazes de se sentarem nas cadeiras da renascente universidade, que o seu ânimo esclarecido e patriota queria fazer ombrear com os melhores estabelecimentos congêneres da Europa. A escola cirúrgica do Hospital de Todos os Santos foi no transcurso de século e meio alimentada com anatómicos aliciados em país estrangeiro.

208 Tenho fortes prevenções contra tal sistema, como base de reforma nacional, prevenção que não deriva sòmente de melindres patrióticos, aliás dignos de consideração e respeito. Sou o primeiro a reconhecer a eficácia possível do processo; sei quanto na evolução da medicina portuguesa se assinalou essa enxertia de casta alheia nas escolas; falam a memória honrada dum Cuellar e dum Guevara na faculdade coimbrã, dum Dufau e dum Santucci no Hospital lisboeta.

Todavia, os homens válidos mais que uma vez vieram ilustrar a nossa terra e deixar um rastro mais ou menos brilhante no ensino, quantas vezes não fomos iludidos recebendo por boa mercadoria sábios de pacotilha, avariados?

Que o diga, para não citar outro exemplo, o Marquês de Pombal que mais do que uma vez travou conflito com o preguiçoso e inepto Luiz Cicchi, italiano maligno que descurava desvergonhadamente a anatomia, refrescando a bolsa com os pingues vencimentos, mas deixando oxidar os escalpelos na santa paz do descanso.

É claro que as sumidades da ciência e do ensino difficilmente consentirão em largar o seu país natal para fixar pousio em terra estranha. D. João III não conseguiu arrastar até nós o afamado humanista Angelo Policiano; e o célebre Boerhaave desdenhou formalmente as ofertas de D. João V que concebeu a ousadia de convidar para o nosso torrão o homem que assombrava a Europa médica e criava em Leyde o primeiro ensino clínico digno de tal nome.

Em regra, só o que não tem grande procura no mercado pátrio, só o que superabunda, é que se resignará a assentar os penates académicos em domínios lusitanos; ora não vale a pena comprar a peso de ouro mediocridades. A cubiça do ganho é a

única isca que os atrairia cá; que o digam alguns mestres da fornada pombalina que industriaram por aqui vários processos de enriquecer, chatinando com invejável perfeição.

Não os pode empolgar tão pouco a ambição de glória; é difícil conquistá-la em tão acanhado meio, e os que se possuírem de tal aspiração arriscar-se-ão a uma esterilização provável em tão arredadas regiões. Poderá enfim contar-se com o seu disvelo pelo ressurgimento da ciência nacional, com o seu amor pelas instituições escolares da pátria adoptiva?

Tais reflexões tiram completamente a coragem de propor semelhante medida para a restauração da medicina portuguesa, aceitável tão somente se estivessemos à altura de efectuar com outros países o livre câmbio dos professores.

Um único recurso resta; em vez de angariar duvidosos servidores do Estado, mercenários contratados que breve nos fugiriam ou nos descurariam os labores de ensino, em vez de infligir sem proveito real uma prova de menospreço aos nossos compatriotas, porque não enviaremos lá fora a *élite* dos nossos trabalhadores? Os talentos que aqui se embotam — e não temos ninguém deles — iriam acerrar-se e polir-se nas grandes e industriosas oficinas do trabalho científico.

Essas missões médicas, se a elas presidir uma boa selecção, se forem repetidas com a devida frequência, extinguirão em breve trecho a bisonhez e ignorância que reina nas nossas escolas e dissiparão estes hábitos rotineiros de desleixo. Serão como que um baptismo de fé científica, uma investidura de guerreiro, que, atemperado para a luta, nunca mais poisarás as armas que aprendeu a manejar com destreza e êxito.

Nunca como hoje tão arredado esteve o português das academias europeias. Áureos tempos para a nossa glória nacional, aqueles em que os nossos compatriotas iluminaram as universidades do velho mundo.

Hoje em dia, muito embora as vias de comunicação se facilitassem maravilhosamente, embora as necessidades crescentes da ciência tornassem mais imperiosa essa relação fecunda, vivemos encurralados e asfixiados nesta estreita facha, cobardeamente segregados do grande mundo; cá vamos cristalizando como um sal, na tranquilidade choca da água mãe.

Compete imprescindivelmente ao Estado, se quer salvar as escolas dum naufrágio certo, o promover nas condições exigíveis

as viagens de exploração e educação médica. Assim se reabilitou o Brasil que há mais de dez anos, incessantemente, faz peregrinar pela Europa enviados escolhidos pelas corporações das suas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Baía. Assim conseguiu a simpática nação americana que tantos anos sofreu a supremacia literária e científica da metrópole, pôr no devido pé a organização do seu ensino médico, modelado pelo que delegados especiais, como Domingos Freire e Mota Maia, mandados à cata das faculdades estrangeiras, encontraram de melhor; os seus laboratórios e institutos práticos, especialmente na faculdade fluminense, estão hoje esplendidamente instalados e instrumentados. O excelente regulamento de 1884 fixou definitivamente no artigo 320.º a obrigação de digressões bienais dos seus professores.

O próprio aluno ao sair dos bancos escolares gosaria destas disposições benéficas; à semelhança das bolsas de viagens lá de fora, o governo subvenciona os melhores alunos para uma viagem de estudo na Europa, sobre assunto indicado pela faculdade ou da predilecção do comissionado.

Este princípio não é totalmente olvidado pelos nossos governos; mas diga-se em boa verdade que é um tanto caprichosa e arbitrariamente que ele se realiza. Decorrem anos e anos sem que um professor seja enviado ao estrangeiro, e ordinariamente é para os simples espectáculos congressistas que nos decidimos a escolher delegados quase que por um certo pudor de formalidade nacional.

A arbitrariedade e a incongruência têm chegado a ponto tal que o professorado médico é mais do que uma vez excluído de figurar nesses certamens, como delegado português, em proveito de entidades que não desempenham o mínimo papel directo na promoção e aperfeiçoamento do ensino pátrio.

A Escola Médico-Cirúrgica do Porto tem sido neste particular uma triste engeitada dos poderes públicos. Nunca um filho seu recebeu a honra dessas escolhas raras; e quando em 1882 dirigiu ao governo uma petição desta ordem, redigida em termos honrosos para o escolhido e honrosos para a própria corporação que dava uma prova não vulgar de magnanimidade, recebeu *in continenti* uma negativa formal e seca.

É matéria para curiosidade e espanto o saber-se que a regularidade de viagens educativas foi reconhecida como lei para a indústria e para as belas artes. Nas oficinas e nas fábricas de

França, Bélgica e Alemanha, subsidia hoje o governo operários portugueses, no intuito louvável do levantamento da indústria nacional; e nos ateliers de mais nomeada em Paris e Roma, pintores, escultores e architectos cultivam a arte do belo, junto dos grandes mestres, a expensas do tesouro público.

Porque será regeitada a ciência de concorrer a esta alta acção protectiva? Porque é que o médico e o engenheiro não receberão os mesmos favores que o artesão e o artista?

Custa a conter silêncio perante semelhantes disparidades, e muito menos perante o bafo paternal insuflado das altas regiões sobre a estética indigena. Paineis e estátuas, palhetas e cinzeis desempenham na preocupação administrativa a primazia ao desenvolvimento mental e pedagógico do país.

O desfecho natural deste arrazoado bem largo já, mas que ainda assim está bem longe de exaurir o tema, é a apresentação das propostas formuladas que estabelecem prémios de viagens para os mais distintos alunos, e obrigam os professores a uma viagem científica em comissão determinada, de dois em dois anos.

A nossa escola portuense, graças a um raro e notabilíssimo exemplo de iniciativa particular, a um « exemplo de ouro » em matéria de instrução nacional, digna de *pendant* dum Conde de Ferreira, tem felizmente para ela e para o país resolvido em parte o problema. O legado Assis, de que mais detidamente nos occuparemos, fornece meios para viagem de alunos e professores. Alteradas algumas das suas disposições um tanto viciosas e mal adaptadas para o fim em vista, dado o auxílio immediato do Estado porque para a classe professoral os efeitos do legado Assis só tarde se farão sentir, a Escola Médico-Cirúrgica do Porto atingirá o seu pleno desenvolvimento de estabelecimento científico.

Satisfeitos todos estes quesitos económicos e científicos, e só então, é que as nossas escolas de medicina serão o que devem — aggregações de mestres competentes, e fábricas de discípulos aptos aos quais se possa confiar a liberdade de exercício da mais santa e dedicada das profissões.

RICARDO JORGE

Curso de Visitadoras Sanitárias

1946 - 1947

O primeiro curso de agentes do serviço social que funcionou em Portugal foi o Curso de Visitadoras Sanitárias, criado por proposta do Director Geral de Saúde, Dr. José Alberto de Faria, em 1929, e repetido em 1930-31.

Em 1931-32, 1933-34 e 1937-38 funcionaram no Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge cursos de visitadoras sanitárias nos termos do decreto N.º 20.376, de 7 de Outubro de 1931, aperfeiçoados, conforme os ensinamentos da experiência, principalmente em 1937, por iniciativa do director do Instituto Dr. Arruda Furtado.

Entretanto funcionaram cursos de visitadoras, segundo as normas do mesmo decreto, na Faculdade de Medicina do Porto, sob a direcção do Prof. Almeida Garrett.

Em 1946 foi feito um curso de visitadoras sociais, especialmente destinado a aperfeiçoar senhoras já colocadas, como auxiliares do serviço social, em instituições dependentes do Subsecretariado de Estado da Assistência Social.

Em 1946 foi aprovado, por despacho de S. Ex.^a o Subsecretário de Estado da Assistência Social, o regulamento para o curso de visitadoras sanitárias, nos termos do qual se inscreveram no ano lectivo de 1946-1947, vinte e uma alunas no Instituto.

Regulamento do Curso de Visitadoras Sanitárias

Art.º 1.º — O Curso de Visitadoras Sanitárias a funcionar no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge habilita, para o serviço social da luta contra a morbilidade e mortalidade infantis e contra as doenças infecto-contagiosas e sociais.

§ único — A admissão das visitadoras sanitárias em certos serviços especiais, como anti-sezonáticos, anti-tuberculosos, escolares, ou outros, dependerá de cursos complementares e estágios correspondentes às especializações.

Art.º 2.º — A inscrição no Curso efectuar-se-á na secretaria do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, mediante requerimento do qual constará o nome completo da candidata, idade, estado, profissão, naturalidade, residência, filiação e habilitações literárias ou quaisquer outras que possam interessar às finalidades do Curso.

Art.º 3.º — O número de candidatas a admitir será fixado, em cada ano, pelo Subsecretariado de Estado da Assistência Social.

Art.º 4.º — São condições para a inscrição:

- 1.º — Não ter menos de 18 anos nem mais de 30;
- 2.º — Possuir como habilitações mínimas o 2.º ciclo dos liceus ou as correspondentes dos cursos equivalentes;
- 3.º — Não sofrer de doença contagiosa e possuir a saúde e robustez necessárias ao desempenho das funções;
- 4.º — Ter bom comportamento moral.

§ 1.º — O Subsecretário de Estado da Assistência Social poderá autorizar a inscrição no Curso a candidatas que não tenham a idade legal e às que não possuindo as habilitações mínimas exigidas pelo presente Regulamento, em razão da prática de serviços sociais, da sua cultura geral ou por outras circuns-

tâncias atendíveis reúnem as qualidades necessárias para o bom desempenho das funções de visitadora sanitária.

§ 2.º — Para as candidatas que estiverem nas condições referidas no parágrafo anterior, a admissão ao Curso depende, além da certidão de exame da 4.ª classe, do ensino primário, da aprovação em exame *ad hoc* para apreciação dos seus conhecimentos e aptidão.

Art.º 5.º — Na inscrição para se matricularem no Curso têm preferência as que possuírem maiores habilitações literárias.

Art.º 6.º — Os membros do júri do exame a que se refere o parágrafo 2.º do artigo 4.º, bem como dos outros exames referentes ao Curso e da junta médica destinada à inspecção das candidatas, serão nomeados pelo Subsecretário de Estado da Assistência Social, por proposta do Director Geral de Saúde.

Art.º 7.º — O director e professores do Curso serão nomeados pelo Subsecretário de Estado da Assistência Social, por proposta do Director Geral de Saúde.

Art.º 8.º — O exame de admissão constará de um ditado, servindo simultaneamente de prova caligráfica, de uma prova de redacção e de uma de aritmética, além de provas orais de leitura em voz alta e sobre cultura geral.

Art.º 9.º — O Director Geral de Saúde, por proposta do Director do Curso, e submeterá à aprovação do Subsecretário do Estado da Assistência Social, no prazo de 10 dias, o respectivo programa.

Art.º 10.º — O Curso terá a duração de um ano escolar, independentemente dos estágios que durarão quatro meses, pelo menos.

Art.º 11.º — O Curso constará das seguintes disciplinas:

- a) — Higiene prè-natal e puericultura ;
- b) — Higiene alimentar ;
- c) — Higiene geral ;
- d) — Bacteriologia e parasitologia ;
- e) — Epidemiologia e profilaxia das doenças transmissíveis ;
- f) — Flagelos sociais. Profilaxia e assistência sociais ;
- g) — Administração sanitária ;
- h) — Princípios de sociologia, diagnóstico e serviço sociais ;
- i) — Deontologia. Economia doméstica ;
- j) — Noções elementares de enfermagem.

§ único — O sumário das lições respeitantes às disciplinas referidas no corpo deste artigo será posto à disposição das alunas.

Art.º 12.º — Além das lições teóricas haverá as aulas práticas julgadas necessárias ao bom aproveitamento dos ensinamentos colhidos naquelas e os estágios convenientes.

Art.º 13.º — As aulas tanto teóricas como práticas são de frequência obrigatória e terão a duração de 1 hora.

§ único — As alunas que sem motivo justificado derem um número de faltas correspondente ao de 20 por cento de aulas serão eliminadas.

Art.º 14 — O aproveitamento das alunas será apreciado por meio de exames de frequência e de exames finais das disciplinas professadas durante o período lectivo.

Art.º 15.º — Os pontos dos exames, incluindo o de admissão, serão organizados pelo respectivo júri, que os submeterá a aprovação superior.

Art.º 16.º — Os exames de frequência e finais serão eliminatórios, e as provas classificadas por notas de 0 a 20 valores, considerando-se excluídas as alunas que obtiverem em mais de uma disciplina classificação inferior a 10 valores.

Art.º 17.º — A média igual ou superior a 14 valores nos exames de frequência permite dispensar a aluna que a tenha obtido da prova de exame final.

Art.º 18.º — Ao director do Curso compete propor os estabelecimentos e serviços de saúde ou de assistência em que se efectuarão os estágios, a época em que os mesmos deverão ser prestados e o período de duração de cada um.

Art.º 19.º — Os casos omissos e as dúvidas que se suscitem na aplicação deste Regulamento, serão resolvidos por despacho do Subsecretário de Estado da Assistência Social.

**Relação dos Médicos que fizeram exame do Curso
de Medicina Sanitária no Instituto Central de Higiene
Dr. Ricardo Jorge**

(CONTINUAÇÃO)

1934 — António Damas Palma Calado, António Garção, Eugénio Neves Júnior, Idálio Ferreira de Oliveira, João Germano Neves Silva, José Soares Santa, Adolfo Rodrigues Palma e Santos, Adriano Nery Gomes da Costa, Alberto Afonso Miquelino, Alfredo Marques Ferraz Franco, Malaquias Adalberto Pereira da Silva, António Domingues dos Santos, Augusto José Guerreiro Bico, Cândido Gonçalves Soares, Ernesto Machado Macedo, João António dos Santos Farraia, José Domingues Passos, Luís António de Andrade, Felipe Veríssimo Gomes, Luís Gabriel França Rodrigues da Silva, António de Brito Fontes, Manuel da França Marques Coelho, Manuel Maria da Piedade da Costa Corrêa, Diamantino Pires de Bastos, Eduardo Vilhena de Mendonça, Elisio Fialho Lopes Moura, Flávio Santos, João Rodrigues, Joaquim Guilherme França Rodrigues da Silva, José Augusto Pinto da Rocha, José Correia da Cunha Júnior, José França de Sousa, José Godinho de Oliveira, José Pedro Horta, José Lopes Garcia, José Joaquim de Carvalho Reis e Silva, Luís António Simões de Figueiredo, Sebastião Pereira Barroso, Vítor Soares de Sousa Vairinho, Eduardo Augusto da Costa, Joaquim Carlos Vilhena de Mendonça, Pedro Rebelo Palhares Caldeira Castel-Branco, Raul de Sousa Diniz.

1935 — Aires da Silva Gouveia, José Fernando Pinha Morales, António Jorge, Augusto Esaguy da Fonseca, Dantonald de Sena Belo, Gustavo de Matos Raul Carinhas, João Machado Levita, Joaquim Constâncio Francisco Pinto, José António de Matos Ratinho, Alfredo de Araujo Serrão, José Pinto Simões, Júlio da Gama Moutinho, Luís Pereira Ortiz de Montellano, Manuel Maurício, Manuel Tropa, Manuel Viana Xavier Rodrigues, Mário de Almeida Oliveira, Mário Antunes Lourenço, Rodrigo Augusto

de Sá Morais, Rui Ortiz de Montellano, Luís Gonçalves Bravo da Mata, Luís Lopes Pontes Maceta, Albérico Alexandre Nunes de Figueiredo, Alberto António da Rosa, José Brito Leal de Oliveira, Augusto Rocha Borges, Emanuel João Pacheco Nunes, Fernando Afonso Marques, Gabriel Archanjo de Gouveia Spínola, João António Rodrigues de Passos Júnior, João Artur Varela Barrocas, João Henrique Lacerda Lameiras de Figueiredo, Manuel Chaveiro Rovisco Pais, Joaquim Amorim dos Santos Correia, Joaquim Augusto de Sousa d'Abreu Loureiro, Joaquim Mendes Ribeiro, Joaquim Pereira Júnior, Joaquim da Silveira, José Joaquim Gonçalves Ribeiro, Jorge de Melo Gamboa Vasconcelos, António de Oliveira Jardim, José de Carvalho Campos, José Damião França Felix, José Esteves Sanches de Brito, Júlio Correia Pinto, Júlio Jorge Gouveia, Júlio Pereira Garrido, Kirio Vigeant Gomes da Silva, Manuel Camilo Canteiro, Noémia Neto Ferreira, Teófilo Martins de Oliveira, Afonso Alfredo Tavares, Angelo Leite de Almeida Bâtista, Artevel Alexandre de Campos, Evaristo de Sousa Gago, Francisco José de Carvalho Ferreira Crespo, José António dos Reis Júnior, José Cabral, José Pacheco Vasconcelos, José Rodrigues e Rodrigues, José Vicente Carneiro de Sousa Dias, Luís dos Santos Patrício, Luís da Silva Gouveia, Manuel Pacheco Botelho Júnior, Manuel dos Santos Veríssimo, Miguel da Silva Morais Simão, Raul Folques de Brito, Serafim Casanova Alves, Teófilo Joaquim Salvado, Tomás Pedroso Nunes da Mota, Vítor Hugo da Mota Magalhães, Timóteo Lourenço Francisco Firmino da Costa.

1936 — Adelino dos Santos Lã, Alberto Ferro Murinelo, Álvaro de Sousa Diniz, António Nunes d'Almeida, Augusto Pamplona Monjardino, Aventino França Xavier de Basto, Bernardino Esteves Roque, Carlos Lopes Antunes, César Joaquim Gonçalves, Fernando Gonçalves Pereira de Barros, Firmino Canelas da Silva, Henrique Avelino Nunes, João Albino Ribeiro Cabral, Jorge Luís de Nóbrega Araújo, José Emilio de Mendonça Vila Lobos, José Fernando de Magalhães e Meneses, José Ferreira Gonçalves da Costa, José Francisco Nunes Guerreiro, Luís Alves Carpinteiro, Manuel Guerreiro Pereira, Pedro Monjardino, Alberto de Vasconcelos Nogueira de Lemos, António Gonçalo de Sousa Dias, António da Silva Pires, Carlos Bernardo de Morais Neves Cabral, Carlos de Melo, Fausto Jaime de Campos Cansado, Fernando da Conceição Rocha Faria, Fer-

nando Rogério de Albuquerque e Castro Amaro, João Alfredo Cunha, João Reinaldo de Avelar Soares, João Rodrigues Trancas, Joaquim Inácio da Gama Imaginário, Júlio Sancho, José Figueiredo Trindade, José Ribeiro da Costa Branco, José Agostinho de Almeida, Luís Pereira Dias Malheiro, Manuel Augusto Sabino, Michele Cocco, Vergílio Machado da Silva, Alexandre Gomes dos Santos, António Benedito de Sousa, António José Alves Palha, António José Barroso Cristina, António José Caiado, António de Sousa Ferreira Moraes, António Souto Lopes Arménio Carneiro Pinheiro, Eugénio Mendes Ferrão, Helena Guilhermina Ávila, Joaquim Delgado, José Cirilo de Freitas, José Henriques Bâtista Jaques, José Júlio Feio Terenas Champalimaud, José Ubach da Costa Chaves, Malaquias da Costa Lobato Pimentão, Oscar Spínola de Brito, Abel Condesso Duarte, António Augusto Correia Farinhote, António da Luz Silva, António Rodrigues Moutinho.

1937 — Alberto Nunes Pires, António Joaquim Conceição, António Joaquim Dias, Augusto Moreira Gonçalves, Carlos Alberto Freire de Oliveira, Eduardo Teixeira de Sousa, Fernando Alves Rodrigues Nogueira, Inácio Augusto de Carvalho Serra, Jaime da Cruz Bacharel, João Augusto da Silva Martins, Joaquim Augusto Facha, Joaquim Leite de Almeida Bâtista, Jorge Manuel Neves Brás, José Baltazar Bastos da Costa, José Francisco Jorge Botelho, Júlio Carlos Corrêa de Seixas, Lúcio Madeira Cabral, Manuel Loução Martins Júnior, Maria da Palma Carlos, Raul João Nunes Cintra, Sebastião José Ramos de Almeida Rainha, Américo Matias Ferreira, Eduardo Machado Soares, Eurico Jorge Pais, Fernando Pais de Vasconcelos, Francisco Marques Canas, Mário Botelho Gonçalves, Raul Moraes Pereira Roldão, Abílio da Costa Mendes Júnior, Abílio Peralta Bastos, Albano Novais Rebelo, Alfredo Gusmão Jorge, Alfredo Sequeira, Amândio Ortiz Ribeiro dos Santos, António Alves Vieira, António Restani Pinto, Artur Fernandes, Artur dos Santos Vaz Barreiros, Cipriano Martins Rodrigues da Costa, Eduardo Augusto Cartaxo Romeiras, Fernando Duque Fonseca, Fernando Xavier de Menezes Belard da Fonseca, Francisco Cândido Monteiro Barbosa, Francisco de Mendonça, Francisco Maria Melquíades da Cruz Sobral, Francisco Heitor Catarino, Francisco de Sales de Barros e Vasconcelos Esteves, Gabriel de Lima Boavida Castelo Branco, João Bâtista Jacquet, João Eugénio Valentino de Sá, João Teles Varela, José

Adriano Valério, José de Almeida Fernandes Cruz, José Almiro da Silva, José Augusto de Matos Botica, José Manuel Pita Simões, Júlio de Oliveira Salgueiro, Luís dos Santos Nunes, Manuel Rodrigues Paisana, Maria do Rosário Lopes, Abílio Alberto Machado Madureira, Vasco dos Santos Teles, Vergílio da Costa Neves, Albino Rodrigues de Sousa.

1938—Adriano Viegas Salema, Alvaro Ernesto Barros Rosa, Amâncio Moreira da Rocha, Amaro Armando Rodrigues Abrantes, José da Cruz Costa, António de Campos Ferreira da Trindade, António Dias Viegas, António Vitorino de Castro e Jorge, Augusto Figueiredo Fernandes, Colette de Macedo Marques, Eduardo Júlio Marques Perdigão, Fernando Henriques Vaz, Fernando Vítor Henriques e Castro, Francisco António Contente Fernandes, Francisco Ervedosa Felix Machado, Frederico José Vitória Pereira, Georgete Adelaide Martins Gomes, Gil Soares Brandão, Guilherme Augusto Mota da Silva Pereira, Henrique Luís da França Felix, Jaime Francisco Boulain Fogaça, João Gonçalves Valente, João de Matos Bilhau, João Pereira de Oliveira, João Quaresma de Matos, João da Trindade Álvares Pereira, Joaquim de Brito da Mana, Jorge Luís Patrício Malheiro, América Ferreira Marques, José Francisco Farinha Tavares, José Garibaldi Oliveira Brou, José Grilo Evangelista, José Manuel de Carvalho Moniz, Libério Ferreira, Luís Filipe Vieira Lisboa, Luís José Gomes Córtes, Luís Martins Carvalho Santos, Manuel Azevedo Pancrácio Leiria, Maria José Machado Arrobas da Silva, Mário Augusto de Mendonça e Silva, Paulo da Costa Benevides, Renato Nunes Pantaleão, Rosinda dos Santos Silva, Rui Henriques Gonçalves, Alvaro Ramos, Ana da Conceição Caeiro Gonzalez, António Jorge Ferreira, António José Pereira da Silveira e Castro, Cândido Nunes da Silva, Custódio Antero Pereira Camacho, Dido David de Afonseca Aguiar, Ernesto de Passos Angelo, Feliciano Falcão, Fernando Manuel de Sousa, Francisco do Pilar Ascensão Afonso, Francisco Ramos Montes, Frontino Vidal Nabais, Humberto Filipe Vilar, João Geraldês Freire, João Gonçalves Coelho, Mário Martins Canelas, Nuno Humberto Pacheco, Platou Palet Nunes, Vasco Coelho da Silva, Rui Sena Pereira de Lacerda, Lúcia Terlô.

1939—António Avelino Gomes Fernandes, António Mariano da Silva Ferreira Marques, Artur de Oliveira, Augusto Marinheiro Júnior, Bernardo de Sousa e Faro, Carlos Henrique Andressen

da Costa, Eusébio Esteves, Francisco Norton Brandão, José Joaquim Moreira Braga, José Manuel d'Almeida, José Nobre Leitão, José Semedo Sabino Louro, Manuel Ferreira Sarafana, Manuel João dos Santos Afonso Farmhouse, Mário Augusto Palma de Almeida Braga, Mário Martins da Silva, Pedro Carlos do Amaral Polónio, Teotónio do Carmo Lança, Vasco da Silva Loureiro, Albano Nunes de Melo, Alberto Botelho Moraes, Alberto Marques Cardoso, Alfredo dos Santos Fonseca, Alfredo Vieira da Luz, António de Magalhães Pereira Machado, Álvaro de Sousa e Andrade, Eduardo Miguens Rosado Pinto, Fernando Simões dos Reis e Almeida, Francisco Fialho Neves, Francisco Nunes Correia, Henrique da Veiga Malta de Paula Nogueira, Irene Pinto de Oliveira, João Bâtista Mouro, João Botelho Moraes, João Ferreira, Sebastião de Melo e Barros, Maria Emília Cidade Barreto, José Manuel da Conceição Almeida, Luís da Conceição Carvalho Viegas, Possidónio Pereira Salgado, Ricardo Simões Nunes, João Francisco Gerardo, José Júlio Francisco Xavier Barreto.

1940 — Adolfo João Lahmeyer Bugalho, Adriano Augusto Silva Abreu, Alberto Monteiro de Carvalho Duarte, António José Cascalheira, António de Matos Sousa, António Trindade Figueiredo Mascarenhas Martins, Armando Jaime Ferreira e Silva, Armando José Ducla de Sousa Soares, Armando José Garrido Espadinha, Carlos José da Cruz e França, Carlos Pessoa Elias da Costa, Daniel Augusto Leite Bacelar, Francisca Henriqueta de Sousa Dias, Francisco da Gama Pinheiro, João Alberto de Paiva Nazaré, João Próspero dos Santos, José Isidro dos Santos Júnior, José Pereira de Macedo, José Rodrigues de Abreu, Luís Capoulas, Luís Gonzaga de Sousa, Luís José Mendes, Manuel Angelo Macarro, Manuel Bentes, Manuel Marques Canas, Manuel Sabino Costa Trindade, Maria do Carmo Teles Ferrador, Maria da Conceição Serra de Paiva Nazaré, Maria das Mercês do Amaral, Mário Castro Mendes, Rui Esteves Abreu, Saul de Oliveira, Soledade Castro do Carmo, Tito Augusto de Sousa Noronha, Vitor Serra Pena Carvalho, Adolfo Augusto Matamouro Juzarte Rolo, Alberto Francisco da Silva, Alberto Manuel de Siqueira Basto, Manuel Ribeiro Pacheco Nobre, Jaime Américo Mendes Rodrigues, João Augusto Ribeiro, João Bação Leal,

(*Continúa*)

Organização Mundial da Saúde

Os seus princípios ⁽¹⁾

Os Estados que fazem parte desta Constituição declaram, de acordo com a carta das Nações Unidas, que são os seguintes princípios a base da felicidade dos povos, das suas relações harmoniosas e da sua segurança:

A saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, que não consiste apenas na não existência de doença ou enfermidade.

Constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, qualquer que seja a sua raça, religião, opiniões políticas e condições económicas ou sociais, a posse do mais perfeito estado de saúde, que lhe seja possível atingir.

A saúde de todos os povos é uma condição fundamental para a paz e segurança do mundo e depende da mais íntima cooperação dos indivíduos e dos Estados.

Os resultados alcançados por cada Estado no melhoramento e protecção da saúde são preciosos para todos.

As desigualdades que se verifiquem entre os diversos países no que respeita à melhoria da saúde e à luta contra as doenças, especialmente as transmissíveis, representam um perigo geral.

(¹) Proclamados na conferência realizada em Junho e Julho de 1946, em New York, da iniciativa do Conselho Económico e Social das Nações Unidas, e à qual assistiu, como representante de Portugal o Professor Doutor Cambournac, entre 300 representantes de 75 países do Mundo, dos quais só tiveram voto os pertencentes às Nações Unidas.

O desenvolvimento normal da criança é duma importância fundamental; a aptidão para viver adaptado a um meio em plena transformação é essencial a esse desenvolvimento.

A expansão a todos os povos dos conhecimentos benéficos adquiridos pelas ciências médicas, psicológicas e correlativas é essencial para atingir o mais alto grau de saúde.

Uma opinião pública elucidada e uma cooperação activa por parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde das populações.

Os Governos são responsáveis pela saúde dos seus povos; e como tal cumpre-lhes tomar as medidas sanitárias e sociais apropriadas.

Aceitando estes princípios com o fim de cooperar entre si e com os restantes Estados para melhorar e proteger a saúde de todos os povos, as partes contratantes dão o seu acordo à Constituição e entre os presentes estabelecem a Organização Mundial da Saúde (O. M. S., em francês e português, W. H. O. em inglês) como instituição especializada nos termos do Art.º 57 da Carta das Nações Unidas.

(1) Proclamados na conferência realizada em Junho e Julho de 1946, em New York, da iniciativa do Conselho Económico e Social das Nações Unidas, e a qual reuniu como representante de Portugal o Professor Doutor Camões, entre 100 representantes de 75 países do Mundo, dos quais se fizeram voto os representantes da Nações Unidas.

Medicina Preventiva das Doenças do Coração ⁽¹⁾

O Ex.^{mo} Senhor Doutor Fernando da Silva Correia, ilustre Director do Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge, quiz dar-me a honra do convite para vir a esta casa, tutelada por tão insigne patrono, aquele que lhe empresta o seu nome glorioso, fazer uma conferência subordinada àquele título. Aceitei e agradeço a honra. O título logo de entrada deixou-me perturbado, confesso. É que se eu quizer tratar o assunto *sensu stricto*, isto é a medicina preventiva das cardiopatias somente enquanto estas se prendem com a sua instauração, o quadro que se me oferece é deveras apertado; embora, se o considerarmos *sensu lato*, isto é a medicina preventiva das doenças do coração não quanto à génese destas mas sim quanto à sua evolução, o quadro então poderá ser suficientemente amplo.

Embora sob o risco de quebrar o princípio de que, como diz Damião de Gois, *a natureza da matéria deverá ser sempre da natureza do título*, sempre me proporei tratar o assunto sob os dois aspectos:

Vamos ao primeiro:

Medicina preventiva das cardiopatias *sensu stricto*, deverá entender-se como sendo o conjunto de medidas

(¹) Conferência pronunciada na noite de 5 de Fevereiro de 1947, no Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge, sob a presidência de Sua Exce^lência o Subsecretário de Estado da Assistência Social, Dr. Trigo de Negreiros a convite do Senhor Doutor Fernando da Silva Correia, seu ilustre Director.

por intermédio das quais se consegue evitar a doença do coração. Não a aceita para depois, uma vez ela criada, lhe minorar a evolução. Não chega até esse ponto. Corta-lhe a raiz ou, melhor, impede-lhe a implantação, por supressão das causas. E, sendo assim, importa, previamente indicar as causas, discuti-las a seguir, para ver se é possível evitá-las, pois só evitando-as é que evitaremos a doença do coração. Para não enumerar senão as mais importantes, isto é, aquelas que mais frequentemente lhe dão motivo e constituem os seus pilares fundamentais, discutiremos: *a)* hipertensão arterial; *b)* esclerose coronária; *c)* a sífilis; *d)* febre reumática; *e)* os focos de sépsis de segunda ordem na classificação de Libermeister. Ponhamos de ilharga, por pouco frequentes, o basedowismo, a doença de Chagas, o Cor pulmonale agudo, sub-agudo ou crónico, este motivado por tão diversas causas, a pericardite constritiva ou não, os tumores das paredes ventriculares etc. Consideremos, e por ordem, aqueles cinco motivos:

a) — Hipertensão arterial. Segundo o conceito físico-matemático, criado pelos trabalhos de Otto Frank, Böeger, Wetzler e outros, aquela pode ser ligada a aumento de volume sistólico, modificações do coeficiente de elasticidades das grossas artérias ou, finalmente, a constrição da rede arteriolar ou arteriolo-capilar de um ou mais de um entre todos os territórios vasculares orgânicos. Não desçamos à análise de cada um dos tipos apresentados e limitemo-nos a dizer que esta última é que é a verdadeira hipertensão arterial, a da hipertensão da mínima e da média, e, ainda, a mais frequente. Considerando, como o faz Schlesinger, a pressão intravascular em todos os seus sectores, desde que o sangue se escoia do ventrículo esquerdo, onde é máxima, até ao seu afluxo na aurícula direita (onde é mínima e, por vezes, até negativa), a corrente circulatória pode ser, sob aquele ponto de vista, comparável a uma escadaria de três lances: o primeiro que vai do ventrículo esquerdo até ao começo da rede arteriolar, o segundo que vai daqui até aos capilares e o terceiro, desde estes até a aurícula

direita. Segundo trabalhos de Kilin e seus colaboradores a pressão é de poucos milímetros de Hg. na aurícula direita e pode mesmo, na inspiração profunda, pulmões íntegros, pleuras livres e acentuadamente negativa a pressão Donders intrapleurar, tornar-se negativa.

Pois bem: É ao segundo lance da escadaria, no sector arteriolar que está adstrita esta modalidade de hipertensão. É da constrição das arteríolas, quer sua natureza seja funcional quer seja orgânica, que depende o grau de hipertensão. E, se por sua consequência sofrem os tecidos a jusante, por esquemia, a montante sofre o coração que, na tentativa de manter o débito, corrigindo-a constantemente por barragem, cada vez mais difícil de transpor, tem de se esforçar pedindo recurso ao engrossamento das paredes do seu ventrículo esquerdo e fazendo-o, por vezes, à sobreposse.

Por outro lado, se o mal é geral; se o sistema coronário é interessado no processo, o coração sofre ainda por defeituosa irrigação. Nos primeiros estadios da hipertensão, esta é puramente funcional e as paredes do sistema arteriolar em nada diferem das dos indivíduos com tensões normais quer quanto à espessura, quer quanto à constituição histológica. É o que se observa na tensão do primeiro grau na classificação de Keith e Weggener, hoje a mais seguida.

Com o rodar dos tempos, as coisas modificam-se, as paredes arteriulares sofrem espessamento e degenerescência elástica e proliferação do tecido conjunctivo; e se nos *normotensos* a relação da luz do vaso para a espessura do mesmo vaso é de dois, nos *hipertensos* do último grau atinge a relação 1,2. O leito vascular diminue consideravelmente; e, para se avaliar do trabalho que tal facto impõe ao coração basta recordar que, segundo a lei de Poiseuille, para se obter o mesmo débito dum líquido por duas secções de vasos, as suas pressões variarão na razão inversa da 4.^a potência do diâmetro das mesmas secções. Quer isto dizer que se o diâmetro se reduzisse a metade (e em alguns casos, como atrás referimos, isso quase acontece) o mesmo débito só seria mantido para uma força de propulsão cardíaca 16 vezes superior. Para se

avaliar da gravidade da situação ou para se proceder à sua classificação dentro do quadro proposto por Keith e Weggener, entra-se em jogo com vários factores como sejam: altura tensional, o grau de retinite angiospática e suas repercussões no fundo do olho; aumento do coração e modificação da forma por projecção radiológica, estado funcional e anatómico da glândula renal por aplicação das devidas provas exploradoras, etc. etc. Tudo, porém, dependerá directamente do grau de obliteração arteriolar, ou seja da relação entre o diâmetro de sua secção e a espessura das suas paredes, de modo que, em rigor, o grau de alteração miocárdica depende directamente daquela relação e não propriamente da hipertensão.

Esta e todas as alterações acima referidas são, por sua vez, consequência de uma terceira causa. A hipertensão porém, é um sinal fidedigno do estado do coração.

Pois bem: Se a cardiopatia depende da barragem imposta pela rede arteriolar e esta está afectada por lesões hipertróficas e degenerativas das suas túnicas, como realizar, neste caso, a medicina preventiva da cardiopatia?

Responder-se-á que a questão é de evitar que se chegue a esse estado. Porque não tentar a aplicação do remédio quando a situação é ainda meramente funcional?

O médico pode surpreender o doente hipertenso quando as paredes dos vasos arteriulares não sofrerem ainda alterações patológicas.

Na hipertensão do primeiro grau assim acontece. Há meios de a combater?

Às vezes, por uma vida calma, sossegada, dieta simples e hipocloretada, medicamentos hipotensores, consegue-se o retardo da sua evolução. A minha experiência, porém, diz-me que quando é de tipo constitucional ou hereditário, e assim acontece na maioria das vezes, a medicação e o regime higieno-diético pequena influência têm sobre a tensão, em si mesma, embora o doente subjectivamente melhore.

Justamente porque assim é, tem-se pedido, nos últimos anos, recurso à cirurgia.

Impedir que um veículo se desloque de A para B, por um de dois processos se consegue: inutilizando o veículo ou impedindo-lhe a marcha ou, então, destruindo as vias de comunicação entre aqueles dois pontos. Se a tensão está na dependência da vaso-motricidade, aquela pode modificar-se por um dos dois processos: ou pela eliminação do estímulo, ou pela supressão das vias que o conduzem até aos vasos representadas essas vias pelas fibras do sistema simpático.

Quanto ao primeiro, o caso é deveras difícil. Pois onde se gera o estímulo? Nos cordões laterais da medula? Na região diencéfalo-hipofisária? Perdem-se os autores em hipóteses pois nada há de definitivo. Depois, parafraseando alguém que a propósito da produção da renina, por constrição parcial das artérias renais, segundo experiências de Goldblatt, numa hipótese de explicação patogénica de hipertensão objecta: e quem faz de pinça de Goldblatt? — assim nós diríamos: E quem gera o estímulo? Qual o seu factor causal? Pois ainda que houvesse já uma conclusão definitiva sobre o lugar onde se gerasse o estímulo não teríamos atingido toda a explicação. Perdem-se os investigadores ainda na discussão sobre a origem da hipertensão arterial. Permanente? Adquirida? Constitucional ou hereditária? Para o meu espírito não há dúvidas de que a sua origem, na maioria dos casos, é hereditária. Na maioria, não todos, bem entendido. Dos pares de gémeos univitelinos que conheço, em todos, as tensões são convergentes. A massa germinativa aí é a mesma, como se sabe. Num dos pares é até curioso que conhecendo-os há mais de vinte anos e contando cada um deles a idade de 54 anos, um médico, outro advogado, portanto sofrendo ambos influências ambientais diferentes, as tensões nunca se desacompanharam. Têm sempre subido e consoante o paralelismo mais perfeito.

Se a origem é hereditária, a explicação teríamos então de a procurar no cromossoma de uma célula germinativa. Mas dizer que a origem é genética não é obter uma explicação, tão somente uma informação. A partir de certa fase, os fenómenos ultrapassam as possibilidades da nossa

razão crítico-analítica ou os dados actuais da nossa experiência biológica. E, sendo assim, como corrigir o defeito? Só conhecemos os processos da genética *mutacionista*. Estes, porém, convertem o genes sãos em genes mórbidos e não estes naqueles. Que assim não fosse, porém, o processo não interessaria o próprio, quando muito os filhos, pois estes é que correriam o risco de lhes herdar a tara.

Quanto ao primeiro processo, não sabendo o modo de lhe dar início sequer, qual é o da supressão do estímulo, tentam os sábios o segundo pela supressão das vias de condução do excitante vaso-motor.

Intervenção cega, porém. Pois se não se sabe donde vem o estímulo como saber as vias ao longo das quais ele transita?

Isso não quer dizer que cirurgiões se não tenham abalançado a esta intervenção ou seja a extirpação do simpático desde as menos económicas como a de Peet que faz a secção supra-diafragmática bilateral dos esplancnicos e gânglios torácicos inferiores, pouco ou nada usada, já, por não atingir os objectivos desejados, até à de Smithwich que rasga muito mais largo e secciona também os ramos comunicantes dos 4 últimos dorsais, 1.º lombar e o tronco simpático sobre esta zona, combinando-a com a intervenção supra e infradiafragmática; até outros, como Grimson, que propõe, nada menos nada mais, que a simpatectomia total.

E, assim, a lembrança de Herodes que em outros tempos ordenou em lugares sagrados da História, o morticínio de todos os recém-nascidos, indistintamente, para nas malhas de tão vasto sacrifício conseguir surpreender o Filho de Deus, assim os propugnadores destes métodos porfiam em qual deva ser mais extenso nos seus rasgos de exérese do simpático pois quanto maior ele for maiores serão as probabilidades de virem a ser interessadas as fibras electivas e cujo rumo desconhecem.

Sem se lembrarem, por um lado, de que os nervos que extirpam não têm apenas função vaso-motriz mas servem ainda tecidos encarregados de outras funções vitais, e, por outro lado, que a baixa de tensão que provocam é pequena e de pequena duração.

De todo este arrazoado se conclue serem pouco eficazes e alguns talvez de interesse nem sempre legítimo os meios de que a medicina ainda hoje dispõe para conseguir evitar ou curar a hipertensão arterial, este factor importantíssimo, pois, de insuficiência cardíaca.

*
*
*

Segundo ponto:— A esclerose das artérias coronárias. E' esta também, causa frequente de insuficiência miocárdica. E' uma manifestação de vida activa e de velhice dos tecidos. Todas as estatísticas sobre alteração antómica do coração accusam que os homens a partir dos 50 anos sofrem em regra deste mal. Não quer dizer que não influa o modo de vida e que tal se ligue apenas à segunda fase da vida.

Indivíduos dos mesmos grupos etários, uns pertencentes á classe agrícola e rural outros às classes abastadas, sobretudo os homens de negócios, de vida activa e preocupada etc. não possuem esclerose da mesma intensidade. Estes, os últimos, têm-na mais elevada. Mas como evitá-lo? Convidando-os a mudar de actividade? A vida social moderna é-nos imposta e temos de a ela nos sujeitar. A mudança de vida, seria procurar outro meio de morrer.

Não digo que não seja necessária a maior vigilância e investigação da cardiopatia por todos os meios modernos de diagnóstico.

Felizmente que hoje estamos melhor providos de recursos e as prescrições higiénicas podem fazer-se a partir de uma fase da cardiopatia mais próxima do momento em que ela se instalou.

Por outro lado, a colectividade vai possuindo outra consciência sobre a gravidade da esclerose coronária e outra confiança nos conhecimentos médicos. Maior é já, por isso, a frequência com que procura o médico. Mas aqui, também não é medicina preventiva de cardiopatia, *sensu strictu*.

Temos de concluir, pois, que também não avançamos muito, nem nunca o poderemos fazer, quanto à medicina preventiva da cardiopatia logo que esta tenha para fundamento a esclerose coronária.

*
* * *

Terceira causa: A sífilis — Quanto a esta, ninguém põe em dúvida os malefícios que, quando abandonada a si, e não tratada pelos meios próprios, acarreta para o aparelho cárdio-vascular. E o que prejudica o coração é a repercussão da aorto—signoidite e tão frequente, infelizmente, ainda entre nós. Num trabalho de inquérito a que há tempos procedi com o então meu Assistente, distinto clínico Dr. Ibérico Nogueira, sobre a frequência das cardiopatias orificiais, entre a variedade de doentes internados em algumas clínicas dos Hospitais da U. de C. inquérito que interessou 3.571 doentes, concluímos que a aorto-signoidite sífilítica figurava aí com a percentagem de 24,1 para os do sexo masculino e de 2,4 para os do sexo feminino, entre os casos de lesão orificial.

Desconto, é claro, os casos de sífilis da artéria e que um exame clínico não permitira diagnosticar a sua extensão até ao orifício aórtico, pois esses casos são ainda numerosos e não deixam, pelas modificações estruturais que imprimem às paredes das grandes artérias e alterações sobre o coeficiente de elasticidade, de obrigar o ventrículo esquerdo a um maior esforço para manutenção do débito sanguíneo através o sistema capilar. Tais casos são postos de remissa, ainda aqueles em que a sífilis interessa o endocárdio, longe dos orifícios,

provocando lesões que podem ser base de apoio para focos de sepsis, ainda aqueles em que a sífilis interessou o pulmão ou o sistema pulmonar, obliterando-a numa extensão maior ou menor de modo a serem causa de *cor pulmonale crónico*.

Em que medida a aorto-sigmoidite constitui causa da cardiopatia propriamente dita? Através a sigmoidite, é óbvio o agravamento da dinâmica cardíaca. A insuficiência aórtica vincula a si um esforço sempre crescente do ventrículo esquerdo, pois para dar satisfação às necessidades circulatórias tem de suportar, em cada sístole, o peso do sangue que vai desempenhar a nobre missão de vehicular o oxigénio aos tecidos, sangue, portanto, que vai passar pela rede capilar. Mas esforço acrescido, ainda, daquele a que corresponde o peso de sangue que reflue por virtude da insuficiência sigmoide.

Mas o caso não se limita apenas aí. Se o ventrículo tem de dobrar de energia contractil não recebe, porém, a necessária compensação por uma melhor irrigação. Pelo contrário: Se cresce o esforço, ou pelo menos a necessidade de o efectuar, diminui a fonte de nutrição por defeituosa circulação coronária.

Ainda na melhor das hipóteses, aquela em que, como na insuficiência aórtica de natureza reumatismal (Corrigan) algumas vezes não há alteração anatómica dos seios de Valsava, se se não prejudica a fase sistólica da contracção cardíaca, prejudica-se, contudo, a diastólica pelo refluxo de sangue a que a insuficiência valvular obriga. Se o *angor cardíaco* é sempre a expressão da hipoxémia do músculo miocárdico, como é a tendência moderna em o admitir, a dor angionosa ocorrida em alguns reumáticos antigos com a doença de Corrigan, talvez o explique a insuficiente irrigação coronária na fase diastólica. Ainda não se extinguiu de todo a luta entre os que pretendem a irrigação coronária ocorrida em ambas as fases, e os que a negam na fase sistólica por suporem obrigatória, durante a sístole, a oclusão dos orifícios de emergência das coronárias como é sabido situados nos seios de Valsava, e na maioria dos casos a nível inferior ao do rebordo livre das válvulas sigmoides. Se, no momento da sístole, as válvulas

levantam e se encostam à túnica interna da aorta, um raciocínio simplista pareceria confirmar a opinião destes últimos.

A coisa não passa, porém, duma *falsa ideia clara* pois qualquer que seja o mecanismo (movimento de turbilhão do sangue à entrada do sangue na aorta e no interior dos seios, por exemplo), as experiências de Rein com o *Eletrostrohmur*, confirmadas por tantos outros autores, tornam indubitável que a circulação se faz também na fase sistólica se é que ela não é aí dominante. Seja, porém, como for, é certo que nos casos mais simples de insuficiência aórtica a circulação coronária vem prejudicada na fase diastólica. Mas, na aorto-sigmoidite sífilítica o caso é bem diferente. A sífilis é aí, em regra, proliferativa e gomosa, com desmantelamento da estrutura e da forma das sigmoides e obliteração uni ou bilateral dos orifícios coronários.

E a coisa não é tão rara que Von Glahn, em 687 casos de aortite sífilítica não tivesse encontrado 120 de oclusão ou estenose de um ou de ambos os orifícios coronários. (Weinberg e Seissinger em Am. Heart Journ. Vol. 32, nov. de 1946 n.º 5 pg. 668).

A sífilis, assim, intervem na gênese da cardiopatia através a insuficiência aórtica que provocou e, ainda, pela esquémia resultante da obliteração ostial das coronárias, tantas vezes.

* * *

Assim temos indicado os processos pelos quais a sífilis pode provocar a cardiopatia.

É manifesto que as cardiopatias de origem sífilítica diminuirão na medida em que se intensificar a luta anti-venerea.

* * *

Mas de todas as causas de cardiopatias a febre reumática é das que lhe imprime maior vulto.

E se a doença de Bouillaud antigamente se supunha ferir apenas o endocardio, os estudos feitos depois de 1904,

depois que Aschoff descobriu e descreveu os nódulos granulamatosos que recebem o seu nome, mostram que a doença toca todo o tecido mesenquimatoso e, quanto ao coração, nenhum tecido respeita. Não se trata de endocardite mas sim de pancardite.

Se soubessemos como evitar o reumatismo, realizaríamos assim a medicina preventiva das cardiopatias num pronunciado sector.

Mas não sabemos, nem sabemos mesmo qual é o seu agente causal e é possível que não venhamos a realizar a necessária profilaxia enquanto ele se não der a conhecer, embora para se fazer a profilaxia de uma doença infecciosa não seja obrigatório conhecer-lhe o agente, como por exemplo a varíola.

Ora, o agente do reumatismo ainda constitue um problema por resolver. As opiniões são as mais diferentes. Não vale a pena reproduzir os pontos de vista dos vários autores que sobre o assunto se pronunciam pois vão desde os que admitem o reumatismo como uma doença de causa infecciosa, até os que a admitem de causa alérgica. E os que admitem a etiologia infecciosa vão desde os que aceitam o estreptococo até aos que creem num vírus *antociono*.

Contribuem o sexo, a constituição, o temperamento, o meio ambiente, o modo de vida, o regime alimentar, o contágio, os portadores de germes, etc. para a sua génese?

Os Drs. Lopes Brenes e Alonso Vivanco no *Curso de Actualização* sobre «Endocardites» realizado por Jimenez Diaz e seus colaboradores, em Madrid de 6 a 13 do último ano, expõem o assunto sob o título «Dados etiológicos obtidos por anamenese nos doentes com endocardite reumática», R. Clínica Espanhola T. XXII, pg. 457.

Os autores, com base nos materiais de sua clínica, fazem aí uma apreciação sobre a amigdalite e suas relações com as endocardites reumáticas: hereditariedade, contágio e epidemiologia, e confesso que não colhi daí qualquer indicação segura para tratamento ou profilaxia da doença reumatismal.

Continuam dúvidas no nosso espírito.

Sem dúvida, porém, que a vida em meios humildes, gente mal alimentada está mais sujeita à febre reumática. Mas nada mais há.

Justamente porque autores há, sobretudo entre os autores americanos, que pretendem o reumatismo de origem estreptocócica e com porta de entrada amigdalina seguiu-se durante tempo o critério da amigdalectomia quase sistemática.

Autores afirmam diminuição de frequência do reumatismo a partir de então. Outros que negam essa redução.

De tudo se conclui que pouco se sabe sobre os meios de evitar o reumatismo de Bouillaud. Uma vez ele contraído importa empregar todos os meios por forma e conseguir deter-lhe a marcha, evitar-lhe as recidivas e consolidar a cicatrização das lesões endocárdicas. Mas esse é já outro aspecto do problema.

* * *

Além desta ordem de endocardites que alguns chamam benignas por poder por vezes deter-se na sua evolução, terem pouca tendência para a produção de embolias, sempre negativas por hemocultura e indiferentes perante a penicilina por elevadas que sejam as suas doses, outra variedade há, as denominadas endocardites sépticas, de evolução aguda ou sub-aguda, de grave significação, susceptível de produção de êmbolos sépticos, e influenciável pela penicilina.

A endocardite séptica pode ser aguda tendo por agente mais frequente o estreptococos e as fontes mais usuais são o aborto séptico ou a infecção puerperal. Ou então a sub-aguda, de evolução lenta e o agente causal é o estreptococo viridans de Schottmüller, saprófita habitual das amígdalas, dentes ou faringe e de discreta virulência.

Ora, as primeiras, as agudas, pressupõem um endocárdio são e a endocardite previne-se através de cuidados

de asépsia dos casos obstétricos ou de cura nos casos felizes, por substâncias bacteriostáticas que hoje possuímos (sulfamidas, penicilina e estreptomycin) em doses adequadas.

Das segundas, porém, a sub-aguda, a chamada endocardite de Jaccoud-Osler pressupõe um endocárdio rugoso, já alterado por afecção congénita, reumatismo, sífilis, etc.

Ora, qual a significação patogénica da endocardite lenta? As opiniões ainda aqui se dividem. A endocardite lenta é, na opinião de Pedro Pons, um dos pontífices da medicina espanhola, uma modalidade da doença reumática a qual reveste aspectos clínicos diversos consoante a fase biológica por que o agente evoluciona no organismo doente.

«A endocardite representa uma fase ulterior, um terciarismo da infecção reumática. A variedade biológica e clínica opõe uma certa unidade etiológica. Quer dizer: o que há de verdadeiramente específico não é o germe mas sim a reacção do organismo ante a infecção».

Tais considerações tiveram para principal fundamento o facto que ninguém contesta, de a endocardite lenta se implantar, quase sempre, em indivíduos com lesão orifical de natureza reumatismal.

Afigura-se-nos, porém, não ser de aceitar esta opinião.

Na verdade, entre os variados casos de endocardite lenta nos nossos serviços e clínica particular, não me lembra senão de um, cujo passado não fosse de reumático. Tal excepção diz respeito a um indivíduo com *ductus arteriosus* de Botal. Mas todos sabemos que antes da era penicilínica era justamente de sepsis de segunda ordem, de localização endocardo-pedicular por estreptococoviridans, que morriam os portadores de tal cardiopatia congénita. Em todos os casos restantes, as lesões orificiais eram antigas e, ainda, latentes e devidas a reumatismo de Bouillaud.

Como compreender aqui a unidade etiológica nas duas formas de endocardite, a benigna ou a maligna? Além disso os indivíduos com persistência do canal arterial jamais haviam sofrido de reumatismo. Finalmente, a

penicilina consegue esterilizar os focos de endocardite septică e é indiferente perante endocardites de tipo de Bouillaud. Parece antes deduzir-se daqui a dualidade etiológica e a endocardite verrugosa constituir apenas terreno que favorece a fixação do estreptococos viridans, tal como o fazem também a endocardite sífilítica referido por Boyd, Rosenberg e outros ou a cardiopatia congênita. Não se nega que certos agentes infecciosos, como sejam o estreptococos, estafilococos, ou outros, agravem a evolução da endocardite provocada pelo agente da doença de Bouillaud, mas nega-se que aqueles constituam causa desta. Segundo tal conceito patogénico da endocardite septică (foco de sepsis de segunda ordem de Liebermeister) por bactéria pouco patogénia residente habitualmente nas amígdalas, focos dentários, oro-faringe etc. importa saber as precauções que se devem tomar.

Em indivíduos com endocardite reumática e anginas volumosas, ou focos de infecção dentária, ou dos seios frontais, será indiferente proceder a ablação das amígdalas e dentes ou limpeza dos seios? Não tem já conta o número de casos que, após tal intervenção, se viram a contas com a doença de Jaccoud-Osler quando se não muniram dos devidos cuidados de desinfecção da oro-faringe ou outras zonas onde vive o germe.

Indivíduos com endocardite reumática e amígdalas doentes que justifiquem intervenção sangrenta, com sede naqueles órgãos, correm o risco da difusão do estreptococos, sua retenção nas rugosidades do endocárdio e formação aí do foco de sépsis. Por isso, há hoje tendência em só o fazer, durante um tratamento pela penicilina, em doses elevadas.

A obliteração cirúrgica do *ductus arteriosus* de Botal seria também, medida profilática contra a endocardite de Jaccoud-Osler.

Mas, neste caso, o coração não é campo de batalha no sentido próprio do termo mas apenas lugar donde partem os morteiros que invadem o organismo.

O coração sofre mais por consequência de agentes que dele partiram, do que por lesões que eles próprios aí causaram.

* * *

Lançada assim uma vista por assim dizer panorâmica

sobre as causas mais frequentes das cardiopatias, não sei se é com desgosto que concluo serem ainda pouco eficazes os meios de que dispomos para as suprimirmos. E é natural, pois as angiocardopatias são, na maioria das vezes, afecções de natureza organo-degenerativa.

Por outro lado, para a maioria das que se não prendem a causas desta ordem, as que dependem de agentes infecciosos mas ainda desconhecidos, não conhecemos medidas de indiscutível valor por intermédio dos quais se efectue a profilaxia. E são as conclusões do processo sobre a medicina preventiva das cardiopatias *sensu strictu*. Como de princípio o dissera, o processo não é lisongeiro, de modo algum.

Se, quanto à instauração da cardiopatia, pequena influência poderemos exercer, como atrás se diz, já o quadro é mais amplo, porém, se quizermos apreciar o problema sob o ponto de vista das medidas a adoptar para que o cardiopata atinja, o mais longe possível, o termo da sua invalidez.

Apontemos a situação dos cardíacos:

- 1.º Tal como é.
- 2.º Como se deseja que fosse.
- 3.º Algumas sugestões sobre os meios possíveis para o conseguir.

Qual a situação do cardíaco?

Os cardiopatas, consoante as suas possibilidades económicas e físicas distribuem-se por três grupos:

a) Os que vivem em situação económica desafiada. Estes podem prover-se de todos os recursos e tratamentos, inclusivamente abandonar a profissão se a cardiopatia exige o repouso completo.

b) Doentes pobres que, para viver, precisam de trabalhar e o fazem por conta de outrem. Estes, apesar de cardíacos, podem ainda, por si, resolver o seu problema económico. São cardíacos ainda activos.

c) Doentes pobres e que atingiram o último grau de invalidez física, para quem toda a profissão é penosa ou mesmo impossível ou por motivo da idade ou por motivo do carácter evolutivo da cardiopatia. São os cardíacos que designaria por inválidos. Estes, para viverem, só o podem da caridade privada ou de subsídios do Estado por intermédio de alguns dos seu Organismos de Assistência, como por exemplo o *Instituto de Assistência à Família*.

* * *

Ora, que se passa com os doentes do segundo grupo, principal objecto das nossas considerações e que em qualquer país conta avultadíssimo número?

Se é pelo trabalho que o homem se sustenta e sustenta o lar, o trabalho, se é uma obrigação também constitui um direito. Por isso, à sociedade e aos Estados assiste o imperioso dever de lhe proporcionar os meios pelos quais ele possa desdobrar as suas actividades.

E todavia, a Sociedade não só lhos não faculta como ainda, por vezes, lhos dificulta. E dificulta-lhos na medida em que mais dela há-de vir a precisar.

Citemos um exemplo:

Numa empresa de actividades multiformes um operário até então ocupado em trabalho rude é surpreendido por uma crise de dor anginosa. A partir de então o esforço exagerado provoca-lhe a repetição. Porque nesse mester não pode continuar, não cuida a empresa em lhe procurar e oferecer, dentro de si, ainda que possível, profissão mais suave e já compatível com as suas agora reduzidas forças e onde o individuo poderia continuar a ser um valor económico de produção. A única solução que encontra é o seu despedimento. No asilo não o admitem porque é relativamente novo; no hospital também não ou porque aqui não há vaga ou porque a autarquia local ou insti-

tuição de assistência lhe não passa guias de responsabilidade, com o fundamento de que estas oneram aquelas. O indivíduo, a partir do dia em que se declarou a doença, quer dizer, a partir do dia em que mais precisaria da sociedade, apenas viu em torno de si a indiferença social. E este caso é o paradigma de tantos outros pelo mundo além.

Uma de duas: ou abandona o trabalho e procede como se fosse definitivamente inválido, ou então, se se sustenta em profissão rude, a exigir esforço que ultrapassa as possibilidades físicas do seu coração, teima em querer sustentar-se a si e aos seus pelo exercício da profissão. E então cedo abandona o trabalho para no repouso tentar restaurar as suas forças. Uma vez convencido de que já as restaurou, vota-se de novo ao trabalho por virtude das exigências económicas do seu lar. E, neste jogo constante entre as suas necessidades e o super-esforço que a profissão exige, o coração deflete em descida rápida para dentro de pouco o doente cair na total inutilização. E não sai mais desta alternativa. Ou abandona definitivamente o trabalho e surgem a fome e as preocupações morais que breve o inutilizam, ou trabalha mais do que pode e cai praticamente no mesmo estado.

* * *

Como se deseja que fosse a situação do cardíaco? Resposta imediata: Nem a improdutividade absoluta, nem trabalho que exceda o limite das suas forças. O que se deseja é, pois, a transferência de profissão para outra que seja suave e será o *modo mais fecundo de realizar a medicina preventiva das doenças do coração* no seu sentido específico.

O capital humano é o mais valioso na riqueza de um país e sê-lo-á tanto mais quanto maior for o número dos seus elementos activos e ocupados em trabalho que se realize de harmonia com as suas condições físicas e aptidões psicotécnicas.

Ditoso país aquele em que a profissão desempenhada por cada um, estivesse integrada no grupo daquelas para

que lhes marca a sua vocação. Bem diverso seria o rendimento do médico que nasceu para ser pintor ou o do pintor que nasceu para ser médico; do advogado que nasceu para ser engenheiro ou o do engenheiro que nasceu para ser advogado. Isto quanto a vocação.

Ditoso seria, ainda, se todos se ocupassem em algum mester, fosse qual fosse, desde que para tal tivessem capacidade física.

Infelizmente, porém, há muitos que não trabalham porque não querem; mas embora o caso pareça estranho, outros há que querem e não podem. Neste grupo, aliás numeroso em todos os países, alinham muitos indivíduos doentes ou diminuídos na sua capacidade física entre os quais os cardíacos.

Pomos de ilharga aqueles que de facto não podem e ainda aqueles que, no trabalho em convivência, constituiriam perigo de contágio, ameaça para a saúde geral, e consideremos somente os que não oferecem riscos de contagiar o próximo e ainda dispõem de alguma actividade. E estes ainda se contam por muitos milhares. Para muitos o trabalho constituiria não apenas uma função de carácter económico-social, ajudando-os a viver e a suprimi-los do parasitismo do meio social, mas desempenharia, até, medida de ordem terapêutica ajudando-os a vencer a doença propriamente e é o que por todo o mundo culto se faz nos hospitais psiquiátricos com a prática da ergoterápia.

Sabe-se hoje que as perturbações do espírito são susceptíveis de correcção por um trabalho metódico e metódicamente dirigido. E porque se sabe, se aplica.

Mas ainda se aplica em doentes de outra natureza: Os tuberculosos, os surdos, os cegos, os mutilados, os cárdio-vasculares, os silicóticos, os reumáticos, etc.

Aqui, nestes casos, porém, quando se aplique a terapêutica pelo trabalho, não seria tanto como tratamento das perturbações do espírito mas sim... para as prevenir. E se houvesse de ser lembrada a sentença de S. João Crisóstomo segundo a qual ao homem ocioso sucede o mesmo que à terra não trabalhada: «incapaz de dar bons frutos, só dá más ervas» facilmente concluiremos

que o trabalho desempenha também uma função moral e educativa.

Se *Labor vini convenit*, como diriam os antigos, o trabalho tudo desenvolve e disciplina, também por ele os vícios esquecem, as virtudes se exaltam e por vezes a doença se cura.

Demos aos cardíacos a justa readaptação profissional e vocacional e assim conseguiremos que eles atinjam, o mais longe possível, o termo da sua invalidez definitiva.

* * *

Readaptação ou reabilitação vocacional ou profissional, exprime, *sensu strictu*, a restauração do indivíduo a um estado anterior de capacidade, saúde, privilégio ou condição. Em medicina social, o seu sentido aplicado a quem se vê diminuído, por efeito da doença, na sua resistência física, é mais vago e exprime a prática ou aproveitamento de todos os meios pelos quais o doente possa, não voltar às forças antigas, pois isso seria impossível, mas a torná-lo apto a desempenhar uma função lucrativa, com carácter permanente ou, pelo menos, duradouro, cujo desempenho não ultrapasse as suas possibilidades físicas e lhe melhore a saúde, ou, pelo menos, lhe não agrave a doença.

O que se desejaria é que cada cardíaco ainda válido resolvesse por si o seu problema económico e sem prejuízo da sua saúde pois isto é que é fundamental. *Ajudar o indivíduo a ajudar-se*, na forte frase de Carnegie, é a base de toda a sã assistência económico-social.

A situação ideal, portanto, seria :

- 1.º a de se obter o cadastro de todos os cardíacos pobres do país ;
- 2.º sua classificação consoante a capacidade funcional do seu coração e distribuição por grupos, por exemplo, os quatro grupos da classificação da *American Heart Association* ou a de Th. Lewis ;
- 3.º que lhes pudesse ser atribuída, e sempre que o precisassem e desejassem, aquela profissão de esforço compatível com o grupo a que o cardíaco pertence ;

4.º que não faltasse o socorro moral e material a quem atingiu os extremos da invalidez.

Não quer isto dizer que, feito desta forma, a morte lhe não sobreviesse e pelo coração doente. Mesmo em descanso permanente se morre pelo coração, pois se o corpo repousa o coração trabalha sempre. O certo é, porém, que a invalidez definitiva não vem mais cedo e há quem tenha a opinião segura de que se retarda, quando ao indivíduo é atribuído o trabalho em profissão incluída no devido grupo.

* * *

Como realizar este desideratum?

Este é o ponto nevrálgico do problema e sempre assim foi quando se lhe exigiu a execução.

Sabemos o que queremos e certamente todos estamos da mesma opinião. Sobre o modo como havemos de querer é que se levantarão as divergências e, por ventura, as dificuldades.

Sobre o que queremos não há divergência em qualquer latitude ou longitude do globo, em qualquer país quaisquer que sejam os credos religiosos, as ideologias políticas ou os regimes económicos e sociais, porque foi apenas chamado a pronunciar-se o senso comum. Sobre o modo de como o queremos, isto é, a sua realização, o de resolver o problema, em que terão de intervir as conveniências individuais e colectivas e até as paixões, já terão de ser diversos e variáveis os meios consoante as tradições, condições e possibilidades económicas, a estrutura familiar e social ou a constituição política aí em vigor. Embora *No princípio era o Verbo*, o certo que é que se torna difícil passar da ideia para a deliberação e desta para a acção.

Os organismos criados por diversos países e com o objectivo de resolver o problema da *reabilitação profissional* podem distribuir-se assim:

1.º O seguro social.

2.º Meios de acção criados e sustentados por participação oficial ou estadual.

3.º Meios de acção criados e sustentados por iniciativas privadas.

O Dr. Genival Londres, do Brasil, numa comunicação apresentada às Jornadas do Serviço Social ao cardíaco reunidas em Buenos Aires de 23 a 29 de Abril de 1941 propunha, para os cardiopatas, nas suas relações com o trabalho e a previdência e em regime de seguro social, as seguintes conclusões:

1) Que a sua capacidade funcional lhe permita exercer as funções do cargo que pleiteia com eficiência, segurança e perfeição.

2) Que o exercício dessa actividade não venha influenciar desfavoravelmente o curso da sua doença, nem dar lugar a acidentes que lhe possam ser atribuídos.

3) Que os riscos de invalidez ou de morte, inherentes ao próprio curso da doença, sejam compensados pela majoração dos prémios devidos aos fundos de beneficência, de acordo com tabelas a serem elaboradas pelos técnicos actuariais.

4) Que se a majoração, em certos casos, chegar a reduzir o ordenado a ponto de torná-lo insuficiente, seja esse excesso custeado pelo Estado, que para tal fim poderá criar uma « *Caixa especial de compensação* ».

Não estabelece, de modo explícito, na sua proposta, a reabilitação; e a tendência actual é, por toda a parte, de fazer que o Seguro social inclua em seus projectos, para os indivíduos diminuídos na sua actividade física, o problema de *Reabilitação vocacional ou profissional*.

A nossa legislação corporativa do trabalho, que no fundo é uma modalidade de Seguro social, possui as Caixas Sindicais de Previdência que virão a garantir ao trabalhador cardíaco a pensão de montante correspondente à taxa do prémio e anos durante as quais para a Caixa contribuiu. E a nossa organização encerra, implicitamente, o problema da Reabilitação.

Com efeito, se em dada profissão a sua cardiopatia se agravou e se tornou incompatível com aquela e precisa, por isso, de transitar de profissão para outra mais suave,

forçoso será primeiro aprendê-la. Ora, todos os Sindicatos devem, por lei, proceder à criação de Escolas de Educação profissional. Aprendê-la-ia no novo Sindicato para onde transitasse e a sua sustentação e a dos seus far-se-ia por força dos Fundos de Assistência previstos nos Regulamentos das Caixas de Previdência para os quais tinha até então contribuído.

Uma vez aprendida a nova profissão obteria colocação por força do encargo ou agenciamento que incumbe, ainda por lei, a cada um dos Sindicatos ou Agências de colocação.

A pensão de reforma ou invalidez seria suficiente para com ela sustentar o seu lar, se porventura durante muitos anos ali esteve inscrito e, portanto, durante muitos anos pagou os seus prémios.

O montante da reforma é proporcional ao número de anos de serviço e, implicitamente, ao dos prémios pagos.

Acontece, porém, que para os cardíacos que agora se inscrevam, por virtude da antecipação de complicações inerentes à doença, com probabilidades vem mais cedo que para os sãos o começo da sua invalidez e é possível, ao atingi-la, que ao valor dos prémios com que contribuiu para a Caixa de Previdência, não corresponda reforma suficiente para o seu sustento nem mesmo tenha atingido o período de garantia prevista em todos os Regulamentos que é de 10 anos.

E uma de duas soluções o caso requiere: — Ou se exige dos cardíacos trabalhadores elevação de prémios devidos aos fundos da Caixa de Previdência — e isso faz correr o risco de redução de ordenado por forma a torná-lo insuficiente — ou então ter-se-ia de dar outra estrutura e outras fontes de nutrição aos *Fundos de Assistência* que os Sindicatos e Caixa de Previdência, Casas do Povo e Casas de Pescadores já possuem ou devem possuir.

E' frequente ouvir-se dizer, e porventura censurar, que a organização corporativa do trabalho não acautela ainda o trabalhador contra a invalidez ou a doença. Mas isso é o mesmo que lamentar que a árvore não dê frutos no dia seguinte àquele em que foi plantada.

Lembremo-nos de em Setembro de 1933, portanto há 14 anos, o *Estatuto do Trabalho Nacional* foi promulgado e não é em 14 anos que se destroi mais de um século de individualismo económico.

E defeitos se os tem, mais que do sistema em si mesmo, é do espírito que informa aqueles que são convidados a aceitá-lo e a ingressar nos seus quadros, e o não fazem ou o não fazem livremente.

Claro é que nem tudo de que se precisa existe, mesmo implicitamente na lei, pois o legislador ao pensar ou elaborar a lei não teve em vista o caso especialíssimo dos cardíacos. Por isso algumas coisas mais haveria a legislar.

Antes de procurar saber que espécie de trabalho conviria a cada cardíaco, conviria, primeiro, procurar o cardíaco.

Dá a necessidade do cadastro que seria possível através os Serviços Médicos ou Sindicatos, Casas do Povo e Pescadores e, sobretudo, dos Dispensários de Cardiologia que ainda não existem nem criados na lei e distribuídos pelos distritos ou regiões de assistência. Além de outras missões, os Dispensários teriam a da classificação dos cardíacos, segundo o grupo funcional.

A cada grupo funcional corresponderia determinado grupo de profissões fora das quais o doente não poderia ou não deveria dispendir a sua actividade para fins lucrativos a não ser em profissões de grupos decrescentes, isto é de profissões mais suaves ainda.

Mas enquanto a árvore corporativa não cresce e dê frutos de número suficiente, importa recorrer a medidas que poderíamos chamar de emergência, ou supletivas, pois os sentimentos de humanidade não se compadecem

que os cardíacos continuem a sofrer o abandono da sociedade.

Entre nós, e para já, o *Comissariado do Desemprego*, o *Instituto de Assistência à Família* e as *Comissões de Assistência* poderiam vir em seu socorro.

O Dispensário forneceria periodicamente ao Comissariado a lista dos cardiopatas activos, já classificados quanto ao grupo funcional a que a sua cardiopatia pertencesse.

O Comissariado, em face da lista de profissões que cada grupo compreende, e que deveria ter em seu poder, daria aos cardíacos desempregados, sendo possível, isto é, dispondo de vagas, trabalho em profissão compatível com as suas disponibilidades físicas e entre as profissões disponíveis, aquela para que tivesse aptidão.

E' apenas isto um exemplo.

As entidades patronais têm relutância em admitir no trabalho doentes de qualquer ordem, mesmo aqueles que por sua doença não oferecem riscos de contágio, aqueles doentes, como são os cárdio-vasculares, que diferem dos individuos sãos apenas por diferença de grau quanto à actividade física, mas não quanto à aptidão profissional ou intelectual? Todavia, tais doentes poderiam ser admitidos sem prejuízo para a saúde do trabalhador e sem agravo para a economia de quem assalariou. A relutância da parte da entidade patronal em receber os cardiopatas ao serviço, resulta não apenas de se imaginar que eles dêem um menor rendimento no trabalho. Ainda de desconfiança na sua saúde, e de se crer na sobreveniência mais frequente de desastres no trabalho, por efeito da sua cardiopatia. Julga correr o risco de um dia se ver obrigada a indemnizá-los a eles ou à família por acidentes pelos quais o trabalho em si não foi culpado.

E' claro que tais receios poderiam ser regulados por legislação conveniente desde que esta isentasse a entidade patronal de qualquer acção que o doente tentasse nos tribunais e se demonstrasse que o cardíaco trabalhou em mester de harmonia com o seu grau funcional de cardiopatia devidamente classificada no Dispensário.

Uma sugestão seria, por exemplo, a de nos contratos colectivos de trabalho a efectuar, ser vinculada certa percentagem de vagas destinadas a ser ocupadas por doentes cardíacos.

Mas as entidades patronais continuariam a ter relutância em os admitir?

Talvez. E o Estado nunca os poderia obrigar a isso pois em face da lei moral não deve obrigar as entidades particulares a actos que a si próprio previamente se não obrigue. Então que seja o Estado a dar o exemplo com a preferência na admissão aos serviços públicos, em igualdade de condições quanto a habilitações ou competência técnica, aos cardíacos trabalhadores e desde que o Dispensário competente informasse que a capacidade física do candidato ultrapassava o esforço físico exigido pelo cargo.

A prestação da assistência, assim, não só a esta espécie de doentes mas ainda aos cegos, surdos, reumáticos, etc., por parte do Estado, seria a afirmação mais eloquente do sentido cristão, da sua Constituição política e dos seus governos.

A base XXIII da Lei n.º 1998 (Estatuto da Assistência) diz assim:

« Nos Serviços de Estado e nos das empresas concessionárias de serviços públicos, poderá ser condicionado o direito de admissão de pessoal e empregados susceptíveis de ser eficientemente desempenhados por cegos ou outros indivíduos com capacidade diminuída ».

E' já um avanço e deveras para louvar.

Trata-se, porém, apenas de uma determinação facultativa e não obrigatória e todavia, Sir T. Lewis não deixa de afirmar que a sociedade ideal seria aquela em que nenhuma indústria devesse ser ocupada por indivíduos sãos enquanto para isso houvesse indivíduos diminuídos em sua capacidade física, capazes, pois, de a executar sem perda de rendimento no trabalho e prejuízo para a sua saúde.

E não se diga que em tal caso os doentes preteririam os sãos, pois aqueles dispõem, para o desdobramento das

suas actividades, apenas de algumas profissões, enquanto que os sãos dispõem de todas elas. E ninguém dissesse que os sãos não contavam a superioridade pois não é pequena a superioridade de não sofrer e precisar de constante tratamento e assistência clínica mesmo durante o trabalho.

* * *

Em alguns países, como dissemos, entre eles os E. U. da A. e a Argentina, o regime que vigora é o da comparticipação oficial.

Abstraindo da legislação protectora da doença no trabalho já bastante desenvolvida em tais países, a mais progressiva talvez seja a que nos E. U. da A. consta da lei de 6 de Julho de 1943, que inclui as *invalideszes especiais* e são a tuberculose, a surdez, a cegueira e as doenças cárdio-vasculares.

Por essa lei se criou a *Oficina Federal de Reabilitação Vocacional*, que opera em cooperação com as oficinas dos diversos Estados. Os fundos destinados à *Oficina de Reabilitação* no ano de 1943 elevaram-se a três milhões e meio de dólares e distribuídos pelos Estados numa base de subsídio de comparticipação de 50 %. Na Argentina, além da comparticipação oficial, são promovidos actos equivalentes aos que entre nós se fazem para a obtenção de fundos para auxílio da luta anti-tuberculosa; subscrições, basares, vendas de selos, etc.

* * *

Uma das obras que poderíamos aceitar para paradigma das que se contam por iniciativa privada é a *Fundação Biscaya Pró-Cardíacos* com sede em Bilbao, na vizinha Espanha.

O Dr. Miguel Iriarte, distinto cardiologista de Bilbao, depois de uma propaganda na imprensa, com o entusiasmo de um novo e alma de um apóstolo, acendeu uma campanha a favor dos cardíacos em que conseguiu

interessar os particulares, empresas bancárias, comerciais e industriais, entidades oficiais, etc., do seu distrito e fundar, em 1940, uma Obra que é simultaneamente uma grande esperança e já uma grande realidade. Os meios em que se funda para serviço social aos cardíacos, são fundamentalmente *Oficinas de Reabilitação Vocacional*; tal como se faz já nos Estados Unidos da América.

Assim como o pelicano abre com o bico o próprio peito donde caem algumas gotas de sangue com que nutre os filhos, assim pensa o seu fundador ser do produto do esforço dos próprios cardíacos activos que há-de vir o necessário para o sustento dos cardíacos pobres e absolutamente inválidos. E assim se exprime:

« Há em Biscaya dois mil cardíacos aproximadamente. Desta cifra excluamos 70 % que não necessitam de auxílio, por tratar-se de doentes que disfrutam de folgada situação económica ou então acondicionados em trabalhos compatíveis com a sua delicada saúde.

Restam 30 % ou sejam 600 que precisam de protecção. Supondo de 10 % ou seja 60 cardiopatas que por sua idade ou estado avançado de insuficiência não podem desenvolver trabalho físico utilitário nas Oficinas da Fundação, a esses há que protegê-los no domicílio, médica e economicamente.

Supondo, porém, que cada cardíaco activo dá de lucro à Instituição duas pesetas diárias, dará isso um ingresso global de mil pesetas diárias, cifra suficiente para proteger aqueles 60 cardíacos incapacitados e a que se fez referência ».

Não sabemos até que ponto se distanciam as realidades do seu idealismo optimista. O tempo o dirá. Seja como for, o certo é que em Bilbao já funciona a Oficina de Reabilitação profissional, de actividades multiformes, onde se elaboram pequenas indústrias, trabalhos simples que não fatigam, encadernação, papelaria, brinquedos, flores, mecânica, etc., objectos que não exigem instalações e são de fácil colocação no mercado.

No ano último, conta o relatório das suas actividades, que já puderam ser vendidos artigos de perfumaria,

flores, utensílios domésticos, acessórios de laboratórios, artigos sanitários, etc., e se obteve a utilização de quiosques em Bilbao e Cestão, com todas as facilidades da parte das entidades oficiais idóneas, para exhibição e venda ao público dos artigos elaborados pelos próprios cardíacos. E a Obra tem já tal incremento que houve necessidade de criar uma *Junta de Administração e Propaganda* para a orientar e administrar, pois a Junta Directiva já não podia dar contas disso cumulativamente com as suas funções científica e clínica, tal a importância que exprime o factor social neste sector da medicina.

* * *

Por que se não faz entre nós coisa análoga? Eu não creio que a iniciativa privada, só por si, possa criar obra de vulto e por forma a dar satisfação a todas as necessidades.

Presentemente pode dizer-se que medida legislativa alguma existe entre nós que explicitamente se ocupe do cardíaco. Não há que censurar o legislador porque nada pode existir na lei sem que previamente resida nos espíritos e nos costumes; e infelizmente nada existe ainda impresso na consciência do nosso povo a indicar qual deva ser o lugar exacto dos doentes do coração no quadro da medicina social.

Mas ainda quando nada surgiu, que seja o Estado a dar-lhe os primeiros impulsos.

Porque se não fundam nas cidades capitais das três zonas do país, *Officinas de Reabilitação Profissional*?

Quantas centenas de cardíacos activos não passam, na roda do ano, pelas enfermarias dos hospitais civis e escolar de Lisboa, por influência de atestados passados pelas Juntas de freguesia ou de guias de responsabilidade das respectivas Câmaras?

Então o dinheiro com que o Estado assim suporta o peso morto da improdutividade destes doentes, doentes que ainda poderiam ser produtivos, não será de montante muito superior ao do despêndio com essas Officinas?

Que o Estado o faça por forma a abranger não apenas os cardiopatas mas todos os outros individuos diminuidos, por doença não contagiosa, na sua actividade fisica: cegos, surdos, reumáticos crónicos, etc. e sem se preocupar que alguém, uma vez o sistema em vigor e a funcionar, venha dizer que sobre ter feito obra de humanidade também realizou obra de... egoismo.

* * *

Se analisarmos as curvas representativas da mortalidade, por todas as doenças, através as Estatísticas do Movimento Fisiológico da População portuguesa consignadas nos *Anais Demográficos*, através os últimos 30 anos, verificaremos que as moléstias infecciosas descem e as por cardiopatia ou hipertensão sobem. E a discordância no sentido das duas ordens de curvas é tanto maior quanto maior a civilização económica e sanitária do país onde isso se observe.

Daqui se conclui uma de duas:— Ou a medicina preventiva das doenças do coração aceita para sua definição apenas o seu sentido restricto—e então a cardiopatologia é a vergonha da medicina preventiva porque foge dela na medida em que mais a procura alcançar—ou então há, de facto, para a cárdio-patologia também uma medicina preventiva e, então, esta não pode deixar de ser considerada no sentido mais vago, mas em compensação mais vasto, aquele que aqui esbocei. Foi este o sentido que quis dar-lhe.

Se foi este o objectivo e intenção de quem me convidou ao oferecer-me o título da conferência que aqui vim dizer, dou-me por satisfeito.

JOÃO PORTO

Poluição dos cursos de água

POR J. SOUTO TEIXEIRA

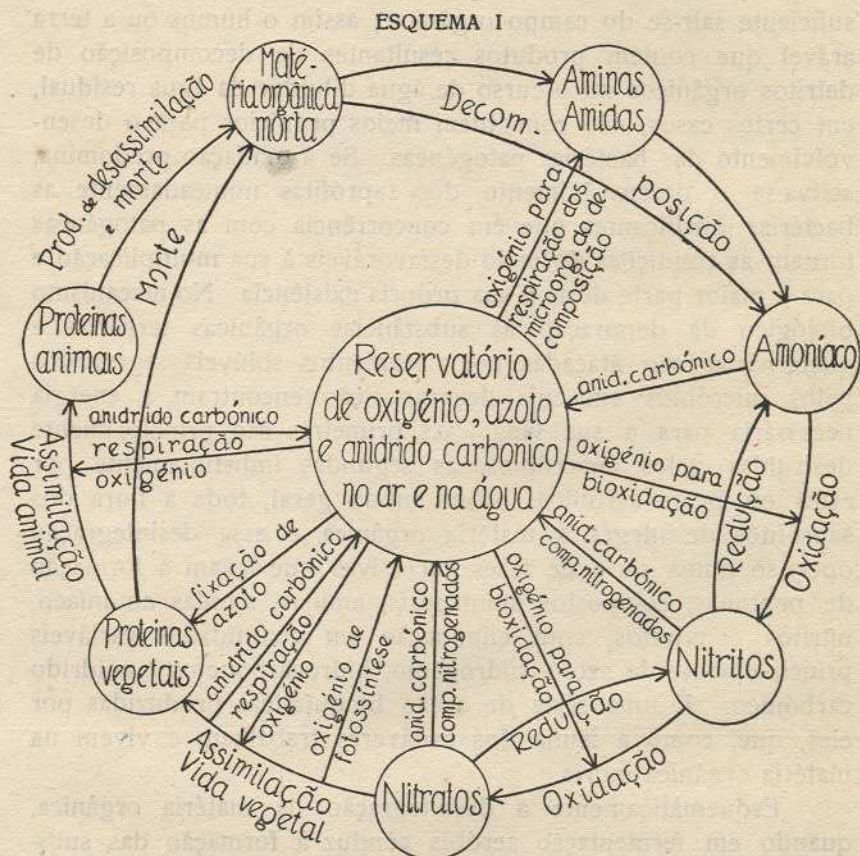
Chefe de Serviços Técnicos da Direcção Geral de Saúde

É de todos conhecida a nocividade das águas residuais quer provenientes da vida urbana ou das indústrias porque, nomeadamente as primeiras, sendo essencialmente fermenticíveis constituem meios apropriados para certos agentes patogénios. A sua estabilização ou o condicionamento a impor quanto à sua evacuação além de ser um problema de urbanismo ou estética a considerar, constitue uma das questões mais importantes de salubridade. Sendo as características das águas residuais variáveis de hora para hora, função da vida e da natureza dos que as produzem há consequentemente grande variabilidade de técnicas a empregar, no sentido de estabilizar os efluentes urbanos aplicáveis em cada caso conforme as condições locais e tendo como finalidade afastar o perigo que directa ou indirectamente possa afectar a saúde pública. Tirante o caso em que procede à esterilização das águas residuais por intermédio de agentes físicos ou químicos, os métodos a seguir fundam-se no sentido de orientar e intensificar os processos naturais de depuração dos efluentes de modo a atingir-se a sua estabilização no mínimo espaço e no mínimo tempo ou vigiar o curso natural dessa estabilização, que por ser mais lenta, mais cuidados traz ao higienista pela multiplicidade e extensão dos perigos que pode produzir. Sendo os mais naturais os mais económicos há que verificar-se, sob o aspecto médico-sanitário, até que limite se pode tolerar a poluição transitória que daí resulta, limitando-se por vezes a intervenção em orientar os efeitos naturais com acréscimo de rendimento das condições higiénicas.

Depurar uma água de esgoto, sob o aspecto sanitário não é pretender que ela fique potável, mas sim torná-la imputrescível, livre de germens patogénios, manufacturando-a de modo que a sua nocividade manifesta fique totalmente eliminada. Não é necessário, na maioria das vezes, que para se obter uma estabilidade suficiente sair-se do campo orgânico; assim o humus ou a terra arável que contém produtos resultantes da decomposição de detritos orgânicos ou o curso de água diluidor da água residual, em certos casos, não constituem meios propícios para o desenvolvimento das bactérias patogéneas. Se a oxidação predomina, activa-se o desenvolvimento dos saprófitas nomeadamente as bactérias nitrificantes que em concorrência com as patogéneas tornam as condições do meio desfavoráveis à sua multiplicação e para a maior parte delas à sua própria existência. No mecanismo biológico da depuração as substâncias orgânicas ternárias e quaternárias são atacadas pelos fermentos solúveis segregados pelos micróbios em cuja decomposição encontram a energia necessária para a sua vida. As primeiras são principalmente destruídas pelos anaeróbios, as segundas indistintamente por estes ou pelos aeróbios. Num modo geral, toda a flora dos saprófitos desintegra a matéria orgânica e essa desintegração opera-se numa série de fases sucessivas que levam à formação de peptonas, compostos amoniacais, aminas, amidas amoníaco, nitratos e nitratos, com eliminação em quantidades variáveis principalmente de azoto, hidrogénio, hidrocarbonetos e anidrido carbónico. É uma série de acção bioquímicas produzidas por eles, que, como a fauna dos cadáveres trabalham e vivem na matéria orgânica morta.

Esquemáticamente a desintegração da matéria orgânica, quando em fermentação aeróbia conduz à formação das substâncias acima indicadas, mas quando predominam os anaeróbios aparecem os tiois, os ácidos gordos voláteis, o sulfídrico, o indol, o escatol, ptomaimas, etc. produtos característicos da putrefação. É necessário que o oxigénio não falte para que se não suspenda o trabalho bacteriano aeróbio durante a fermentação se se pretende que ela não produza estes compostos voláteis de cheiro fétido. Terminada a chamada fase amoniacal, entra-se no período da evolução da matéria orgânica, no ciclo para a sua estabilização e mineralização na qual predomina a simbiose das bactérias que produzem os fermentos nitrosos e nítricos que em fases distintas

oxidam o amoníaco em nítritos e nitratos. A natureza pròdigamente os espalhou por toda a parte, mantendo com o seu oxigénio a sua existência para assegurar eternamente a vida das plantas e estas a vida animal pois elas necessitam em particular



Ciclo do Azoto

do azoto totalmente oxidado. Estas bactérias, na sua acção nitrificante, são um dos elos basilares da evolução cíclica da vida.

Pelo contrário, como que para obedecer à lei física da acção e da reacção, ao aparecimento do mal porque existe o bem, entre os micróbios patogénios veiculados pela água encontram-se os bacilos tíficos, o colibacilo, o bacilo disentérico, o vibrião colérico, o piociânico, etc., que são desnitrificantes, transformando em sentido inverso os nitratos e os nítritos.

Há que fomentar a sua destruição dando meios de vida às bactérias que trabalham em antítese com estas. A luta contra grande parte dos micróbios patogénios faz-se com eficácia quando esses meios se conhecem e que são propícios àqueles que trabalham em concorrência vital com eles e, neste caso particular das águas residuais, só há que proporcionar-lhes o oxigénio suficiente e necessário para assegurar a sua vitalidade e multiplicação. Os micróbios quer em vida aeróbia ou anaeróbia, produzem a transformação da matéria orgânica em produtos orgânicos mais simples insolúveis inorgânicos solúveis sendo estes, em geral, capazes de ser assimilados pela vida vegetal. São eles o fulcro do ciclo vital existente na terra. « Si les microbes n'existaient pas, la vie deviendrait impossible à la surface de la terre par suite de l'immobilisation du carbone sous forme de substances organiques complexes et indecomposables », como diz Dienert.

Resulta pelas razões apontadas o quanto interessa ao higienista o conhecimento das fases porque passa a matéria orgânica na sua decomposição natural em trabalho bacteriano aeróbio. O azoto, elemento sempre presente na molécula albuminoide, passa por uma série de compostos, em ciclo determinado, podendo a análise química dar-nos ideia um tanto precisa da fase ou estado das transformações bioquímicas realizadas. Do mesmo modo o enxofre paralelamente ao azoto sofre as transformações indicadas nos esquemas I e II:

Se o oxigénio falta quebra-se o rumo normal indicado nos ciclos do azoto e do enxofre, aquele passa ao estado livre ou amoniacal, este, desprende-se principalmente sob a forma de ácido sulfídrico, o mais activo dos compostos formados na putrefacção, e o carbono liberta-se combinado com o hidrogénio principalmente sob a forma de metano. É necessário eliminar as condições que possam permitir a quebra dos ciclos indicados, condições que podem tornar o meio insalubre e favoráveis à poliferação de agentes patogéneos. Como condição fundamental é necessário conhecer a quantidade de oxigénio suficiente para manter a vida aeróbia e o modo da sua assimilação. A sua determinação é fundamental para se avaliar da natureza dum efluente urbano e nomeadamente quando se pretende estudar ou conhecer a auto-depuração dum curso de água.

O laboratório pode dar-nos essa característica — carência bioquímica de oxigénio (C. B. O) — ou a quantidade de oxigénio,

em miligramas, necessário para estabilizar a matéria orgânica existente num litro de água residual, por intermédio de fermentação aeróbia. A C. B. O depende essencialmente da quantidade e natureza dessa matéria orgânica, do número e espécie dos germes aeróbios existentes na água residual e para a sua determinação há que ter em conta dois factores: a temperatura



e o tempo. Em geral, deixa-se desenvolver a fermentação à temperatura de 20°, durante 5 dias o que representa sensivelmente dois terços da C. B. O total. Um período de incubação de 20 dias, corresponde a uma C. B. O de 99 por cento do total.

Na auto-depuração dum efluente lançado numa massa de água diluidora necessita esta de conter uma provisão suficiente de oxigénio dissolvido favorável às condições de vida dos microorganismos. Por outro lado é necessário uma conveniente absorção do oxigénio da atmosfera a qual depende essencialmente:

- a) da situação anterior do curso de água, isto é, vir ou não enfraquecido no seu poder auto-depurador;
- b) da teor em sais dissolvidos, porquanto uma massa de água com esse teor elevado dissolve menos oxigénio que a água pura apesar dessas diferenças serem

pequenas; no entanto a influência fisiológica desses sais deve ser de considerar;

- c) da temperatura; em temperaturas baixas são absorvidas maiores quantidades de oxigénio apesar das transformações bioquímicas serem mais rápidas nas altas temperaturas do ambiente;
- d) da pressão atmosférica; repetidas variações barométricas, como sucede em ocasiões de trovoadas, podem diminuir bruscamente o teor em oxigénio dissolvido tendo-se em tais casos já observado morte de peixes;
- e) da pressão parcial; se bem que a relação entre o oxigénio e o azoto na atmosfera possa ser tomada como sensivelmente constante, no entanto, a tensão do vapor de água pode ser um factor a considerar.

« A velocidade da absorção do oxigénio é dependente para uma determinada massa de água :

- a) da superfície;
- b) do movimento da água;
- c) do « deficit » em oxigénio.

Há ainda a ter em conta a transformação biológica da matéria orgânica, além dessa absorção e do oxigénio dissolvido também a do anidrido carbónico e sobretudo a presença de de nitratos, nitratos e oxidantes não bactericidas.

Pelo exposto se verifica que se se lançar num meio natural de derrame uma determinada água residual vai haver no espaço e no tempo uma série de transformações tendentes à estabilização da matéria orgânica contida no seio da mistura. À diferença entre as disponibilidades do oxigénio da água diluidora e a C. B. O da água residual dá-se o nome de *balanço de oxigénio*; se este é positivo o meio não tenderá a entrar em putrefacção. Não é suficiente, contudo, para garantir um derrame em boas condições sanitárias, considerar sòmente esse balanço positivo porquanto há que atender a outras condições e entre elas a de que o teor em oxigénio não deve tornar-se inferior ao limite compatível com a vida dos peixes (3 partes por milhão segundo Dienert sendo preferível tomar, para maior segurança, 5 p. p. m. segundo Imhoff).

A C. B. O varia em função do tempo e da temperatura segundo a expressão :

$$\log. \frac{C_o}{C_t} = Kt$$

em que :

$$C_o = \text{C. B. O inicial}$$

$$C_t = \text{C. B. O final}$$

$$t = \text{número de dias}$$

$$K = \text{constante dependente da temperatura.}$$

Do mesmo modo

$$\frac{K}{K'} = \Theta(t' - t)$$

em que

$$K' = \text{constante para a temperatura } t' = 20^\circ$$

$$K = \text{ " " " " } t$$

$$\Theta = 1,047$$

Por outro lado e fundamentado na expressão anterior verifica-se que :

$$\frac{\text{matéria orgânica consumida no tempo } t}{\text{matéria orgânica total}} =$$

$$\frac{\text{oxygenio consumido no tempo } t}{\text{C. B. O total}} = 1 - Kt$$

em que K é uma constante, do mesmo modo dependente da temperatura. Os livros da especialidade indicam tabelas ou ábacos em que se relacionam os parâmetros indicados nas expressões anteriores.

A disponibilidade de oxygenio na massa da água diluidora calcula-se em função do volume (ou do caudal) e da concentração. Usam-se correntemente diversas expressões de medida, como sejam :

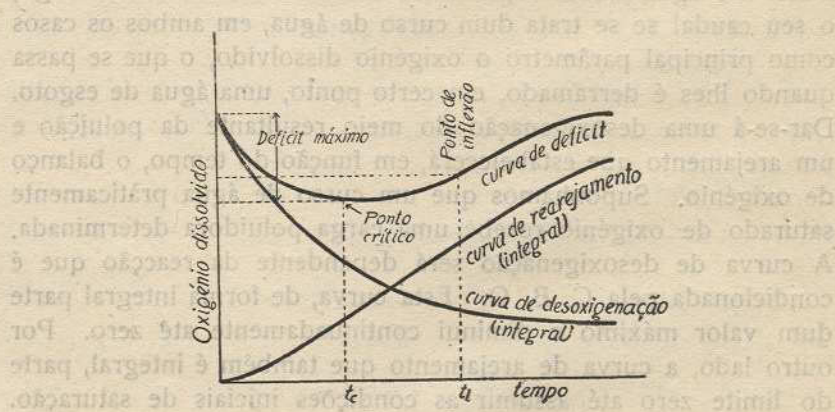
- expressir o teor real em percentagem do teor da saturação;
- em miligr./litro ou partes por milhão;
- em cm^3/litro a 0° e 760 milímetros;
- unidades de peso por dia e por unidade de caudal.

O oxigénio dissolvido no meio de derrame possui duas fontes principais: a atmosfera e as plantas verdes aquáticas. Estas actuando por fotossíntese em que o elemento activo é a clorofila, produzem oxigénio nascente, cerca de 2,5 vezes o peso de carbono incorporado, quantidade elevada em relação ao consumido pela respiração. Em casos especiais tem-se verificado, à custa dessa libertação de oxigénio, teores deste superiores ao da saturação e a sua produção depende, como é obvio, da insolação, sendo maior nos dias longos e de céu limpo.

Pode-se assim antever, conhecidas as características da massa de água diluidora, o seu volume se se trata dum lago, o seu caudal se se trata dum curso de água, em ambos os casos como principal parâmetro o oxigénio dissolvido, o que se passa quando lhes é derramado, em certo ponto, uma água de esgoto. Dar-se-á uma desoxigenação do meio resultante da poluição e um arejamento que estabelecerá, em função do tempo, o balanço de oxigénio. Suponhamos que um curso de água praticamente saturado de oxigénio recebe uma carga poluidora determinada. A curva de desoxigenação será dependente da reacção que é condicionada pela C. B. O. Esta curva, de forma integral parte dum valor máximo e diminui continuamente até zero. Por outro lado, a curva de arejamento que também é integral, parte do limite zero até assumir as condições iniciais de saturação. Assim deve atingir-se um ponto em que o oxigénio consumido e o absorvido tenham valores idênticos para se entrar em seguida na fase em que a absorção é superior ao consumo. Esse ponto, chamado *ponto crítico* é o valor mais baixo que pode atingir o oxigénio dissolvido chamando-se *tempo crítico* à abcissa correspondente. Recorrido o tempo crítico o arejamento adquire o seu ritmo ascendente, entra-se na zona salubre e o teor em oxigénio tende a aproximar-se da saturação. A "curva de deficit", a "Oxygen Sag", assim denominada pelos sanitaristas norte-americanos pode analiticamente determinar-se, para cada caso, dado que ela é a resultante de outras duas que se podem caracterizar por expressões matemáticas definidas. A figura seguinte mostra-nos o seu diagrama.

O destino final dum efluente urbano é, naturalmente ser lançado no curso de água mais próximo do aglomerado quer ou não tenha sido tratado previamente. Aproveitar a capacidade de auto-depuração duma massa de água é incontestavelmente o

processo mais prático para se atingir a sua estabilização. Se atendermos unicamente ao caudal máximo do efluente e ao caudal mínimo do curso de água ou a massa de água do lago visto excluirmos o mar cujas disponibilidades em oxigênio são praticamente infinitas o problema parece, com os dados facultados pelo laboratório, ter uma solução fácil. Ora se por um lado o poder auto-depurador da massa da água pode variar segundo dados locais de vária ordem, uns ligados às condições metereológicas, outros próprios da natureza dessa água, da flora e da fauna que ela encerra, acontece, por outro, que podem surgir



Curva de "deficit,,

inconvenientes na diluição que perturbem a auto-depuração natural e que podem produzir os efeitos mais nocivos. Visto o problema sob qualquer aspecto, foi sempre a poluição dos cursos de água considerada pelos higienistas como de capital importância. Já em 1886 uma comissão oficial inglesa fez um estudo bastante completo sobre a poluição dos cursos de água, recomendando disposições diversas para evitar o mal das quais resultaram em 1875 e 1876 a decretação de penas severas (Public Health Act e Rivers Pollution Act) contra quem fosse responsável pela descarga de esgotos não tratados nos rios. Do relatório da Comissão de 1868 transcrevemos os seguintes períodos. "O efeito da conversão dos rios em escoadouros vulgares é muito prejudicial; até mesmo aqueles que, embora sofrendo os inconvenientes e prejuízos derivados dum tal estado de cousas, concorrem também para essa situação seguindo o exemplo geral; e aqueles cujas

propriedades confinam com a corrente, ainda que muitas milhas a jusante das cidades; sofrem por vários modos.

São lavradores?— os seus gados não podem beber nas águas que passam pelos seus prados. Residem nas margens ou próximo delas?— são forçados a abandonar as casas pelo fedor, que torna o local insuportável. São obrigados pelos seus deveres a permanecer ali?— estão sujeitos a incómodos permanentes e até, em muitos casos à doença. Têm propriedades?— o seu valor frequentemente diminui; uma casa fica sem arrendatário; a terra não é vendável, a não ser por baixo preço „

É fértil a legislação portuguesa sobre o assunto. Os artigos 219.º, 320.º, e 228.º do Regulamento dos Serviços Hidráulicos de 19 de Dezembro de 1892 já ao facto se referem. Do mesmo modo o Regulamento Geral dos Serviços Agrícolas, de 20 de Abril de 1893 nos seus artigos 38.º e 71.º bem como a Lei de Águas (decreto-lei n.º 5.787, de 19 de Maio de 1919) nos seus artigos 21.º, 129.º e 131.º, contém disposições relativas ao mesmo assunto. Porém só o decreto-lei n.º 22.758, de 29 de Junho de 1933, que criou a Junta Sanitária de Águas, é que encara pela primeira vez o problema sob o ponto de vista de técnica sanitária. A modéstia das dotações dadas à Junta em relação com as funções que lhe foram atribuídas, mostram um desequilíbrio impressionante. Daí a deficiência de fiscalização técnica não tendo sequência prática os pareceres e conselhos que da Junta emanam. E até, muitas vezes, esses pareceres são elaborados e fundamentados na experiência própria ou nos conceitos livrescos da ciência estrangeira, quando em cada caso, as características locais e o laboratório é que podem dar os elementos concretos para depois se fazer juízo seguro. A prova da deficiência apontada está no facto de ter sido nomeada, pelo Ministério das Obras Públicas e Comunicações, uma comissão especial "por se ter reconhecido a necessidade de estudar as medidas destinadas a evitar a poluição das águas interiores do País pelo lançamento dos esgotos industriais e domésticos e examinar especialmente o problema particularmente crítico das águas do Rio Almondra „ como se diz no preâmbulo da portaria respectiva.

As condições a impor quando se pretenda aproveitar a capacidade de depuração do curso de água para diluir o efluente urbano são variáveis para cada caso, tendo-se contudo em vista um certo número de regras gerais a considerar. A eliminação

dos sólidos flutuantes, o estudo das correntes, das marés, etc., o modo como se faz a mistura do efluente com a massa de água diluidora, a formação eventual de depósitos de lamas, os efeitos produzidos na água diluidora a jusante do ponto de descarga são elementos elucidativos a considerar, e não basta, embora seja essencial, tomar em conta unicamente as disponibilidades de oxigénio dissolvido nessa massa de água diluidora.

Sem se entrar com factores de ordem local, daremos um exemplo, como tipo, em que se atende unicamente ao balanço de oxigénio.

"Uma cidade de 100.000 habitantes, com um débito de 150 litros de águas residuais por habitante e dia está situada na margem dum rio que tem uma largura mais de 20 metros e cuja corrente tem a velocidade de $0,3^m/seg.$ Pretende-se saber se o curso de água pode assegurar eficazmente a desintegração das substâncias orgânicas existentes na água residual da cidade „.

Suponhamos que a C. B. O., aos 5 dias desta água é em média de 200 miligramas por litro. A quantidade de oxigénio necessário por habitante e dia é:

$$\frac{200 \times 150}{1000} = 30 \text{ gramas.}$$

Durante o primeiro dia, é necessário 30 por cento desta quantidade, ou sejam 9 gramas por habitante e dia é, no total

$$9 \times 100.000 = 900.000 \text{ gramas/dia}$$

A água do rio cobre num dia a superfície de

$$20 \times 0,3 \times 24 \times 3.600 = 520.000 \text{ metros quadrados.}$$

A necessidade de oxigénio resultante da presença de substâncias poluidoras por metro quadrado e por dia é de

$$\frac{900.000}{520.000} = 1,75 \text{ gramas.}$$

Este número é perfeitamente admissível dado que a absorção desta quantidade de oxigénio é possível para um teor de oxigénio igual a 60 por cento da saturação, sem contar com a influência

das plantas aquáticas e sendo esse teor superior ao limite mínimo compatível com a vida aquática.

Na prática aconselha-se a aplicação de certas fórmulas de modo a ter unicamente em conta, dum modo directo ou indirecto o balanço do oxigénio.

Sirva como exemplo, a fórmula de Rideal:

$$X \cdot O = K (C - N) V$$

em que:

- X = caudal do curso de água.
 - O = oxigénio dissolvido por unidade de volume
 - V = caudal da água residual
 - C = C. B. O desta água
 - N = oxigénio proveniente dos nitratos
 - K = constante dependente da temperatura, plankton, etc.
- ou a fórmula de Mahr, modificada por Phelps e Thériault:

$$Q = \frac{q h}{a} \times \frac{30 S}{100}$$

- em que:
- Q = caudal médio diário do curso de água (m³/seg.)
 - q = " " " " esgoto (m³/seg.)
 - h = profundidade média do curso de água (em metros)
 - a = poder de arejamento do curso de água (em gr. por m² de superfície e por dia)
 - S = C. B. O aos 5 dias (gr./m³)

Poder-se-iam citar as fórmulas de Baumeister, Adams, e outras, fundamentadas em valores derivados do balanço de oxigénio, como sejam a população, C. B. O "per capite", velocidade do curso de água, etc.

Para o higienista não basta o conhecimento do balanço em oxigénio do curso de água como resultante duma descarga poluidora. As transformações bio-químicas não são instantâneas; há que ter em consideração o tempo. Dos germens que se podem transmitir pela água o bacilo tífico é dos mais perigosos. Tem sido objecto de estudo, entre os especialistas sanitários, saber as condições de vida deste bacilo em diversas classes

de água. Em água potável, não só, não aumenta como decresce rapidamente, sendo esse decréscimo mais sensível nas temperaturas próximas do ponto de congelação. Esta não produz a esterilização completa sendo a congelação e o degelo alternadas, condições desfavoráveis para a sua vitalidade. Em geral, 50 por cento das bactérias morrem do primeiro ao quarto dia e 90 por cento do terceiro ao décimo terceiro. Em 13 dias o bacilo tífico pode transportar-se a grandes distâncias e produzir a infecção por inúmeros modos. Na água residual a vitalidade do bacilo é menor sendo o seu desaparecimento rápido o que é explicado pelo antagonismo com outras espécies de bactérias, nomeadamente as nitrificantes. Tem especial importância para o higienista marcar a zona de protecção na qual se operam, em função do tempo, as transformações bio-químicas indicadas. Sendo variável a velocidade de oxidação da matéria orgânica do efluente urbano à custa do oxigénio dissolvido na massa da água diluidora, o estudo das suas características a jusante do ponto de descarga tem especial interesse para se localizar a zona em que a auto-depuração se tornou efectiva. Vários factores intervêm nessa localização mas são de considerar como fundamentais o caudal e a velocidade do curso de água. Desde que a partir de um certo ponto o teor em oxigénio dissolvido se mantém constante e quanto possível próximo da saturação, à temperatura da colheita das amostras é de prever que se entrou na zona livre da influência do efluente que foi lançado no curso de água. O estudo da flora e da fauna, do mesmo modo, dá indicações preciosas porquanto os efluentes industriais ou domésticos refletem nitidamente os seus efeitos na vida aquática. Com a finalidade de diminuir em extensão e em potencial essa zona insalubre pode-se, por meios artificiais manufacturar a água residual de modo a diminuir-lhe a sua C. B. O ou aumentar a capacidade auto-depuradora do curso de água. No primeiro caso têm-se encontrado soluções satisfatórias podendo afirmar-se que o problema de depurar total ou parcialmente as águas residuais, constitue um dos maiores progressos na técnica sanitária moderna. E casos há em que as estações depuradoras manufacturam a água residual de modo que o efluente que delas provém é lançado de novo na canalização geral para ser utilizado em todos os usos domésticos, além de, noutros casos, se tirar proveito do tratamento pela recuperação de matérias existentes nas águas residuais ou no aprovei-

tamento de energia proveniente dos fenómenos bio-químicos da depuração.

Um dos inconvenientes da auto-depuração por diluição consiste no facto de porventura as gorduras flutuantes impedirem a dissolução do oxigénio da atmosfera na mistura da água residual com a água diluidora ou nos depósitos de lamas que eventualmente se formem e que momentâneamente possam entrar em fermentação anaeróbia. Uma simples sedimentação, em condições convenientes pode fazer baixar a C. B. O da água residual de 30 a 60 por cento, além de se evitarem esses depósitos de lamas.

Por isso em alguns países, não se permite que em qualquer circunstância os esgotos sejam derramados nos rios sem a condição mínima duma prévia sedimentação eficaz. A eliminação das gorduras intervém dum modo indirecto no poder auto-depurador da água diluidora. Este pode ser consideravelmente aumentado alargando a superfície de contacto com a atmosfera ou intensificando o trabalho de foto-síntese, fomentando a cultura de plantas verdes aquáticas e do plankton. A construção de lagos artificiais ao longo da bacia do Ruhr e os trabalhos realizados sob a direcção do Dr. Imhoff no sentido de aumentar a capacidade auto-depuradora deste rio, são dignos de figurar entre os mais notáveis da engenharia sanitária. O processo de depurar as águas residuais devido ao Dr. Hoffer, usado em Strasburgo e em diversas localidades alemãs, incluindo estâncias sanatoriais pode considerar-se como uma variante no sentido de utilizar-se o plankton como elemento de equilibrio na transformação racional da matéria orgânica das águas de esgoto de peixes.

Desde que o balanço de oxigénio seja positivo, como base fundamental a ter em conta no vestimento directo da água residual no curso de água, há que ter em consideração, além de certos dados de natureza local, resumindo o que atrás fica dito, o seguinte:

- a) Evitar que na massa da água diluidora sobrenadem sólidos flutuantes; eliminam-se por processos mecânicos adequados;
- b) Eliminar na medida do possível as gorduras e os depósitos de lamas porquanto estas podem entrar em putrefacção e alterar o balanço de oxigénio;

- c) Distribuir o mais uniformemente possível a água residual na massa de água diluidora com o fim de se conseguir maior aproveitamento das disponibilidades de oxigénio;
- d) Manter um teor de oxigénio dissolvido com relativa margem de segurança de modo a ficar assegurada a vida aquática;
- e) Ter especial cuidado em vigiar-se o vertimento das águas industriais; há que ajustar cada caso a uma solução particular;
- f) Ter em consideração os efeitos a jusante do ponto de desaguento, principalmente no que se refere à contaminação das águas de abastecimento, estâncias de banhos e parques de criação de mariscos.

* * *

Indistintamente se empregam os termos poluição e contaminação ou inquinação dum curso de água. Há contudo uma certa diferença. O termo poluição é mais empregado entre os urbanistas; contaminação ou inquinação é mais comum entre os higienistas nomeadamente os epidemiólogos. A poluição, segundo "The American Public Heath Association", é a introdução de substâncias no curso de água que pela sua natureza ou composição dão-lhe aspecto mais ou menos repugnante podendo originar a produção de maus cheiros. A contaminação ou inquinação é a introdução de elementos patogénicos ou substâncias que possam tornar perigosa a água para usos domésticos. Nesta denominação se inclue a introdução de substâncias tóxicas, existentes nos resíduos industriais que não afectando directamente a saúde pública possam prejudicar ou eliminar a vida aquática.

Não se podem destrinçar completamente os fins a atingir pelo urbanista e pelo higienista. Eles estão intimamente ligados e completam-se com a finalidade de atingir o bem comum. Certos inconvenientes que à primeira vista não parecem interessar o higienista, como por exemplo a destruição dos peixes e anfíbios por inquinação dos cursos de água, foi considerado pelo Serviço de Epidemiologia e Profilaxia de Moléstias Contagiosas do Brasil, a propósito da poluição do Rio Tieté, como uma das

causas da nuvem de mosquitos que assolou a capital em 1939. De qualquer modo um rio poluído por esgotos que se torna repugnante à vista ou ao olfacto não é compatível com a Saúde Pública, sobretudo quando as fontes de abastecimento de água potável, quer subterrâneas ou superficiais emanam directa ou indirectamente do curso de água que constitue o receptáculo final para as águas residuais e seus produtos de decomposição. Esta dupla serventia do curso de água conduz a difíceis problemas de ordem sanitária. Completamente à parte da questão estética ou urbanística o continuo contacto do curso de água com os excrementos humanos traz como consequência a difusão de organismos patogénios, nomeadamente os intestinais, tais como os da febre tifóide, da cólera, da desinteria, etc. além doutros como o da poliomielite que investigações recentes parecem demonstrar que é pela água que se transmite esta temida doença do sistema nervoso central. Em toda a parte se tem verificado que há um decréscimo de febre tifóide ao iniciar-se um tratamento adequado da água destinada a usos domésticos. Mas esse decréscimo não é suficiente e por vezes só momentaneamente se verifica se não for acompanhado da eliminação das fontes poluidoras. Não é uma solução sanitária suficiente tratar a água potável dum aglomerado e não atender às causas que mantêm uma poluição constante do solo. Diz o sanitaria E. Phelps: "The installation of a public water-supply system in advance of public sewer is a serious sanitary error".

Se o curso de água tem um caudal mais ou menos constante ou pelo menos que não diminua além de um determinado limite o problema sanitário, ligado com o balanço de oxigénio, tem uma solução única relacionada com esse limite mínimo. E é nas regiões onde os cursos de água têm regimen torrencial, como sucede no nosso país que a febre tifoide se manifesta com carácter endémico. A Saúde Pública tem entre os seus imediatos objectivos evitar a poluição das águas mas, dentro de certo limite, não pode deixar de considerar as razões económicas que são de atender com o fim de atingir tal objectivo. Qual deve ser pois o grau de poluição mínimo que se deve admitir? Não é possível adoptar um padrão definido de pureza, quer para os efluentes urbanos quer para o grau de poluição a admitir nos cursos de água. Em ambos os casos há que atender às condições locais. Na Inglaterra a Royal Commission Sewage Disposal admite como mínimo a diluição

de 1 parte de água residual para 500 de água diluidora, em volume, exigindo, em face das condições locais, maior ou menor grau de pureza nos efluentes. É o que sucede ao longo do Rio Tamisa em que os diversos efluentes que lá se lançam são manufacturados de modo que qualquer deles não ofereça aspectos especiais de nocividade principalmente no que se refere à água de abastecimento de Londres. As águas residuais de Reading, por exemplo, exige-se um tratamento de modo que a sua C. B. O. não ultrapasse 20 partes por milhão e não contenham mais de 2 partes por milhão de azoto albuminoide. Dum modo geral procede-se em todos os casos a um tratamento adequado de modo que a mistura das águas residuais com a água diluidora apresenta teòricamente uma C. B. O. inferior a 1 miligrama por litro.

A legislação sanitária francesa prevê a proibição de verter directa ou indirectamente nos cursos de água qualquer líquido com matéria excrementícia sem que tenha sofrido prévia depuração; e mais concretamente se acentua que "as águas residuais carregadas de matérias fecais não poderão ser vertidas nos cursos de água sem prévia autorização superior e depois de serem depuradas por um processo conforme os indicados pelo Conselho Superior de Higiene Pública". Mas as últimas instruções desse Conselho são já um tanto benévolas nesse sentido: "em certos casos pode-se tolerar a evacuação dum efluente incompletamente depurado ou ligeiramente putrescível, desde que não contenha um successo de substâncias em suspensão, e pode ser lançado num curso (de água de um caudal pelo menos 100 vezes superior), desde que a água do rio ou da ribeira tenha características físico-químicas e bacteriológicas sensivelmente iguais em amostras colhidas a algumas centenas de metros a jusante e montante do ponto de desaguoamento".

É na América do Norte, porém, que o problema tem sido estudado com mais pormenor e persistência. Já em 1912 entre os Estados Unidos e o Canadá houve necessidade de estudar os problemas referentes à poluição dos rios comuns às duas nações seguindo-se a criação de laboratórios em diversos locais dos Estados Unidos com um plano comum de trabalhos, podendo-se afirmar que em virtude dos resultados obtidos o problema está suficientemente esclarecido. Não há contudo, uniformidade nos "tests" nos diversos estados da União. No acordo firmado entre os estados de Ney Jersey, New-York e Connecticut, embora

se tenha reconhecido ser impraticável um padrão único de pureza para todos os casos, foi adoptada a classificação das águas em classes, exigindo-se um tratamento dos afluentes de modo a satisfazer as condições estabelecidas para cada uma. O engenheiro sanitário H. W. Streeter que se tem dedicado ao estudo de tal problema propôs a seguinte classificação que vem sendo sucessivamente adoptada em todos os estados e que se fundamenta em três elementos principais:

- a) contagem do grupo coliforme; b) oxigénio dissolvido;
- c) C. B. O — aos 5 dias.

As exigências para cada classe são as seguintes:

Classe A

- a) o número de bactérias do grupo coliforme não deve exceder, em média, 5.000 por cm^3 em qualquer mês;
- b) o teor de oxigénio dissolvido não deve ser em média, inferior a 6,5 p. p. m. em qualquer mês, e não inferior a 5 p. p. m. em qualquer dia;
- c) a C. B. O aos 5 dias não deve exceder, em média, 3 p. p. m. em qualquer mês, nem ser 3 p. p. m. inferior ao oxigénio dissolvido;
- d) os cursos de água devem ser isentos de bancos de lodo consequentes dos depósitos domésticos e industriais e de substâncias que possam produzir sabor em águas destinadas ao abastecimento público ou tóxicas;
- e) a alcalinidade dos cursos de água, em condições normais de volume, deverá ser em média, não inferior a 10 p. p. m. e o pH deve estar compreendido entre 6 e 9.

Classe B

- a) o número de bactérias do grupo coliforme compreendido entre 5.000 a 20.000 por 100 cm^3 em qualquer mês;
- b) o teor de oxigénio dissolvido, em média, inferior a 5 p. p. m. em qualquer mês e não inferior a 3 p. p. m. em qualquer dia;

- c) a C. B. O, aos 5 dias não superior, em média, a 4 p. p. m. em qualquer mês e não exceder a taxa média de oxigénio dissolvido em qualquer dia;
- d) e) idênticos à classe A.

Classe C

- a) número de bactérias do grupo coliforme superior a 20.000 por 100 cm.³ em qualquer mês;
- b) oxigénio dissolvido inferior a 5 p. p. m. em qualquer mês ou inferior a 3 p. p. m. em qualquer dia;
- c) C. B. O, aos 5 dias, superior a 4 p. p. m. em média, em qualquer mês, ou exceder o teor de oxigénio dissolvido em qualquer dia;
- d) Existência de bancos de lodo, substâncias produtoras de sabor ou tóxicas em geral;
- e) alcalinidade abaixo de 10 p. p. m. e pH fora dos limites estabelecidos para a classe A; acidez livre presente em todos os períodos.

Classe "AA" (especial para fins recreativos)

- a) Número de bactérias do grupo coliforme não superior, em média, a 100 por 100 cm.³ em qualquer mês, ou período superior, e não superior a 1.000 por 100 cm.³ em qualquer dia.

A classificação indicada justifica-se tendo em vista a finalidade posterior de aplicação destas águas. Assim, as da classe A, mediante um tratamento ulterior por cloração, podem produzir um efluente que satisfaça às características da água de beber; na classe B esse tratamento seria insuficiente. Na classe C as águas não podem ser utilizadas para fins de potabilidade seja qual for o grau ou eficiência do tratamento mas mantêm condições consideradas mínimas para a vida da maioria dos peixes. A classe especial "AA" destina-se a fins recreativos, como natação e pesca, exigindo-se características bacteriológicas recomendadas para os locais de natação ou piscinas.

Há ainda diversos limites de diluição mínima, aconselhados por diversos higienistas. Füler, por exemplo, preconiza que em

qualquer caso não deve tolerar-se uma diluição de modo que o teor em oxigénio dissolvido no curso de água baixe a mais de 30 por cento da saturação, no verão, e 20 por cento, no inverno.

Embora se possam admitir regras gerais no sentido de se evitar ou atenuar a poluição dos cursos de água elas necessariamente devem ter uma razoável amplitude que somente pode limitar-se segundo as condições locais.

BIBLIOGRAFIA

- a) *L'assainissement des agglomérations* por M. Pierre Koch.
- b) *Stream Sanitation* por H. Phelps.
- c) *Saniamiento de Poblaciones y Depuration de Aguas Residúarias* por J. Escario.
- d) *Evacuation et Traitement des Eaux d'Egout* por K. Imhoff.
- e) *Poluição das Águas* (Arquivos de Higiene e Saúde Pública do Estado de S. Paulo) por H. P. Talmeirão.
- f) *Esgotos em cursos de Água*, por Agnelo C. Prazeres.
- g) *Subsídios para o Estudo das Condições Sanitárias do Efluente Urbano* por J. Souto Teixeira.
- h) *Auto-depuração dos Cursos de Agua* por J. F. Pinto da Fonseca.
- i) *Traitment des Eaux Residuaires* por Dienert.

Trabalho numa Subdelegação de Saúde ⁽¹⁾

POR J. SOUSA FIALHO

Meus Colegas:

Há anos, a boa amizade do Ex.^{mo} Senhor Dr. Arruda Furtado, quis que eu falasse aos Colegas que faziam parte do primeiro curso de aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde. Agora também a boa amizade do Ex.^{mo} Sr. Dr. Fernando Correia, quis que eu viesse aqui para lhes dizer alguma coisa do que se fez e se faz na Subdelegação de Saúde do Concelho de Setúbal. Até agora tendes escutado conferências, lições. Hoje ides ouvir uma palestra, ou antes, vou conversar com V. Ex.^{as}, fazer uma exposição de factos. Relatório do que se fez, explicação da orientação do trabalho realizado, conclusão dos resultados obtidos, alguns dos quais por sinal bem precários eles são. Peço-lhes porém e desde já que não julguem que pretendo através desta conversa pôr em destaque trabalho realizado, enaltecer esforços dispendidos. Longe disso a minha ideia. Venho sim, para lhes dizer o que foi esse trabalho, e venho dizê-lo a quem certamente tem dispendido igual esforço, através de não menores dificuldades do que as que eu tenho encontrado.

Antes de principiar, permitam-me V. Ex.^{as} que eu lembre, que se alguma coisa de novo encontrarem no que se vai relatar, isso não partiu da minha única iniciativa, e para todo esse tra-

(¹) Palestra realizada no Instituto Superior de Higiene • Dr. Ricardo Jorge • no II Curso de Aperfeiçoamento de Subdelegados de Saúde.

balho encontrei sempre um estímulo. A iniciativa partiu da Direcção Geral de Saúde, dos seus Regulamentos, das suas determinações, e o estímulo encontrei-o sempre nas boas palavras com que o Ex.^{mo} Sr. Dr. José Alberto de Faria, que foi durante anos o nosso Director Geral, me animou e despertou energias, e sobretudo com o seu nobre exemplo nos fez compreender que muitas vezes o que pode ser considerado difficil ou transcendente, se pode tornar fácil desde que haja uma dose de boa vontade, e forte desejo de ser útil.

Meus senhores :

Sou Subdelegado de Saúde. Sois, quase todos, Subdelegados de Saúde. É pois para Subdelegados de Saúde como eu que estou falando. Podemos-nos assim compreender. Todos trabalhamos em concelhos os mais dispersos, os mais diversos nas suas características, mas creio que todos iguais na maioria das suas necessidades, e nas dificuldades de trabalho, que são constantes.

As Subdelegações de Saúde fazem parte integrante das Organizações dos Serviços de Saúde, são as pequenas partes que pelo seu conjunto fazem o todo. O regulamento que as cria, aponta as suas obrigações. Através de artigos, parágrafos e alíneas sintetizam-se todas essas funções. Mas em nenhum outro Serviço Público, eu creio bem, que cada linha do « Diário do Governo » corresponda na prática a uma complexidade de trabalho tão grande, como no nosso caso. É essa complexidade de trabalho, que, se dá interesse à função pela sua variedade, traz dificuldades, encargos, exigências sem conta.

As funções que compete serem desempenhadas por um Subdelegado de Saúde são de tal modo diversas, que enumerá-las seria fastidioso. V. Ex.^{as} sabem-nas tão bem como eu.

Pois é exactamente essa complexidade de funções que é preciso tornar simples, de modo que possa ser desempenhada com consciência e proveito.

A Subdelegação de Saúde é uma Repartição Pública. Tem a sua burocracia. É dirigida por um funcionário que,

porque é médico, é o menos burocrata possível. Logo, há necessidade de adaptação dum médico a essa burocracia, e esta tem de se simplificar, para que da adaptação do indivíduo à função e da função ao indivíduo, nasça a regularidade do serviço e a sua verdadeira eficiência.

Para o trabalho da Subdelegação de Saúde há necessidade de relações com as demais autoridades locais, relações que tem de se fazer sem atritos, mas numa colaboração mútua, compreensiva e confiante. Essa mesma colaboração deve existir entre o Subdelegado de Saúde e os colegas da sua área, colaboração que respeite as regras deontológicas.

E do trabalho da Subdelegação de Saúde resulta necessidade de contacto constante com o público. E este só pode compreender e respeitar esse trabalho, desde que a Subdelegação de Saúde se prestigie, trabalhando com método, regularidade, precisão. Que dê aspecto de consciência no que faz, e autoridade no que orienta. Não complicar o que pode ser simplificado, não exagerar o que pode ser diminuído. Dar sensação de simplicidade à sua acção para que esta possa ser melhor compreendida, e as suas instruções facilmente acatadas. Despertar no público confiança, pois só ela pode prestigiar e dar autoridade. Para isso é preciso que se faça um estudo minucioso do concelho onde trabalhamos. Estudar a sua situação geográfica, o seu clima, estudar o seu movimento demográfico, estudar as suas oscilações económicas, saber das suas necessidades, dos seus hábitos e até dos seus vícios, procurar o que é mais imperioso e sempre acudir quando é possível, repito, quando é possível, ao que urge remediar. E depois de estudado o concelho, quando se saiba o que é preciso e se tenha consciência do que se quer, então propor, então aconselhar. Eu disse aconselhar. Penso que a nossa função deve ser mais de acção educativa do que de acção repressiva. Parece-me ser mais fácil educar ensinando, do que educar castigando. Sempre pensei assim, e guiando-me por estes princípios nunca encontrei quaisquer razões que me dissessem o contrário. É que depois, só depois, quando a acção repressiva é necessária, se pode exercer com suficiente autoridade.

Parece-me que a Subdelegação deve ser assim um centro de estudo, observação e educação. Educação do meio nos melhores preceitos de acção preventiva, a acção que é base

fundamental de toda a nossa organização. Não será assim? Se encararmos cada um dos problemas que a nós, Subdelegados de Saúde, compete resolver, cada uma dessas pequenas funções a nosso cargo, não é tudo no sentido duma acção preventiva? Mas para que essa acção se exerça com proficuidade é preciso preparar a população, educando-a nas normas da boa hygiene, de boa defesa da saúde. Ensiná-la a defender um bem, a saúde, e a evitar um mal, a doença. Ensinar a evitar esse mal, a prevenir o mal. E assim, automaticamente, entramos dentro do campo da medicina preventiva. É, creio bem, esta, a base de toda a medicina social moderna. Desconhecendo-a ou esquecendo-a perde-se todo o trabalho sanitário.

Fritz Rott, falando-nos da assistência social na criança, chama-nos a atenção para essa assistência médico-social e diz-nos:

« A assistência social e a hygiene social são produtos do nosso tempo. Surgiram no fim do século passado, mas nos últimos 40 anos adquiriram tal importância, que hoje são já vasto campo da medicina. A maior transformação da assistência sanitária pública é a que se deu na hygiene municipal. De facto, a administração sanitária já não pode interessar-se só pelo saneamento do meio, pelo combate às epidemias. Deve interessar-se sobretudo pela assistência higiénico-social. O objecto hoje da saúde pública não é só conseguir o ambiente higiénico, a água potável, as casas saneadas, hoje o seu objectivo principal é o *homem são*. Hoje a assistência sanitária não pode limitar-se a aconselhar e tratar os doentes que se lhe apresentam, tem de os ir buscar; tem de os tratar é certo, mas tem sobretudo que defender os outros, os sãos, dos doentes, estabelecer uma rede de defesa, que é a base dessa mesma assistência social ».

Assim, meus senhores, se faz profilaxia social, campo vasto da medicina preventiva. Logo a Subdelegação de Saúde em todo o seu trabalho não pode deixar de se fazer acompanhar de um centro de medicina preventiva, em que se estude e ensine, em que se trate e eduque. Sempre a preocupação da educação do meio onde trabalhamos. É a luta mais gigantesca que há que travar, pois lutamos encontrando pela frente, como maiores inimigos, os hábitos adquiridos, que a maioria das vezes já são vícios inveterados. Educar a população !

Em conferência realizada há tempos, o Dr. José Alberto de Faria, fala-nos dessa educação como base da propaganda higiénica. Oíçamo-lo :

« O povo ouve o que nós dizemos, e ouve com respeito, embora no geral sem atenção. Crê naquilo que acabam de lhe dizer ; mas mesmo aqueles dos poucos que acreditam não seguem o conselho se não se lhes mostra os efeitos imediatos dele. Mas haja a sorte de convencer meia dúzia, vejam esses, e os outros também, as consequências da acção proposta, e, dentro de pouco, eles vem a pedir auxílio, a aplicação da medida, com uma intensidade de solicitação igual àquela com que estavam despresando as nossas palavras. E quando chegamos a este nível de disposição do meio, está implicitamente conseguida uma obediência cheia de dedicação que em final torna correntia e fácil a missão que de princípio tem sempre foros de contundente e vexatória ».

Verdade que todos nós sentimos quantos trabalhamos na Saúde Pública. É difícil de facto fazer entrar todos esses ensinamentos na população, mas a maioria das vezes entrados, compreendidos, são poderosos auxiliares para a nossa própria acção.

Ora para este trabalho nas Subdelegações de Saúde é preciso encontrar auxiliares. Auxílio poderoso podem prestar os médicos quando o queiram compreender, e auxílio poderoso estão prestando por todo o país, onde desempenham papel preponderante na acção educativa da população, as visitadoras sanitárias ou sociais. Que valioso o seu papel ! Eu, por experiência própria, posso francamente comprová-lo. Depois, tratando-se de um trabalho de persuasão, persistência, perspicácia, a mulher pela natureza da sua maneira de ser encontra facilidades com que o homem nem sempre depara.

Concretizando o que lhes acabei de dizer, parece-me poder afirmar que o trabalho do Subdelegado de Saúde, pode assentar, ou deve assentar em três princípios : observação, estudo e acção educativa. A Subdelegação ficará sendo assim um centro de grande actividade que exige de quem o dirige, trabalho, energia e paciência. E porque a sua acção é especialmente preventiva, deve sempre fazer-se acompanhar, como já o dissemos, dum Centro de Medicina Preventiva, medicina social. Entra-se, eu

sei, no campo da assistência social, no campo da assistência, mas sem isso não é possível atingir os objectivos duma acção sanitária moderna. E de resto V. Ex.^{as} sabem por acaso dizer-me quais os limites certos que separam a saúde da assistência? Onde termina uma e onde começa outra? Ou antes, não é verdade que esses limites se confundem? E porque é assim, nesse centro de assistência social que eu preconizo a trabalhar junto ou em contacto permanente com a Subdelegação de Saúde, deve ser um centro coordenador de todas as actividades assistenciais, impedindo que os esforços se sobreponham, se prejudiquem, portanto.

O que acabei de dizer é a minha maneira de ver. Foi nestas bases que assentei a minha orientação para o trabalho realizado, e a realizar na Subdelegação de Saúde de Setúbal. O trabalho que ali se realizou, vou agora relatá-lo. Só tenho que lhes pedir desculpa deste longo preâmbulo, feito no desejo de que V. Ex.^{as} me possam agora melhor compreender. Evidentemente que o trabalho produzido nada é, comparado com o que devia ser e era preciso que fosse. E V. Ex.^{as} ao terminar as minhas modestas palavras certamente dirão: « Bem prega Frei Tomaz... »

Continuemos a nossa conversa.

Estou trabalhando na Subdelegação de Saúde de Setúbal. Concelho não dos mais extensos, tem um centro de população muito densa, a cidade de Setúbal, onde se concentram mais de 4/5 da população do concelho. O nosso trabalho tem-se concentrado em especial em Setúbal-Cidade; e não tem chegado... O que se fez é apenas um esboço do muito que há para fazer.

A cidade de Setúbal tem características próprias. Como todos os grandes centros, tem os seus hábitos, os seus defeitos, as suas qualidades. De população muito densa, sofrendo em certas épocas grandes correntes emigratórias, tem-se vindo a adaptar a esse acréscimo de população, só Deus sabe como, e dele resultando tantos desmandos de ordem sanitária, que são outros tantos problemas a resolver. Este aumento de população obriga esta a aglomerar-se numa desordem que constitui preocupação social, pelos perigos que acarreta. E o Município vê-se a braços com problemas de ordem higiénica que são graves e de difícil solução. Parte da cidade instalada em nível baixo em

relação ao mar, constitui problema difícil o dos seus esgotos. Porque a população aumenta e atinge número elevado, a água torna-se insuficiente. Hoje, felizmente, está em via de solução adequada este problema. E porque há acréscimo notável da população, esta tem vindo a adaptar-se ao espaço acanhado dos limites da cidade, tornando-se problema a meu ver dos mais graves o das condições habitacionais. É certo, que o Município encarou a sério este problema e está procurando resolvê-lo em colaboração com o Governo. Como por toda a parte, também em Setúbal se estão construindo casas em número elevado para os pobres, para substituir as barracas imundas e miseráveis, em que tantos e tantos vivem.

A cidade vive, pode-se dizer, em dependência directa de uma indústria, a da pesca, e a das conservas, que àquela está intimamente ligada. E por via dessa dependência, o meio tem sofrido variações económicas bruscas, tendo gosado épocas de grande abastança, bem poucas aliás, e sofrido crises das mais graves em que a fome vem a constituir por vezes espectro sinistro.

É neste meio que temos trabalhado. Ali nasci, ali lancei depois raízes que me fixaram à terra, e que me prendem e me fazem lutar para dar lenitivo aos seus males, dentro das minhas modestas possibilidades.

Instalados na Subdelegação de Saúde, fomos encontrar já o caminho traçado, pela mão do meu antecessor, Dr. Fernando Garcia, a quem acompanhara no período final da sua vida, e de quem recebi úteis e criteriosos conselhos. Já encontramos uma instalação da Subdelegação de Saúde, já encontramos o serviço organizado. E então pouco a pouco ia dando às nossas funções aquela orientação imposta pela nossa maneira de ver. Observávamos, estudávamos e dividimos essas funções em duas partes. Dum lado a função burocrática, de outro lado a função social.

Para o expediente, para a burocracia, para a máquina de escrever há horas certas. Método de trabalho. Só com ele se consegue acudir a tanta coisa que nos compete, já como médico, mas sobretudo como Subdelegado de Saúde. Os livros de expediente sempre em dia. Os emolumentos diariamente depositados na Caixa Geral de Depósitos, os atestados só se passando a horas certas. Se a própria regulamentação dispõe de um certo número de horas de expediente numa Subdelegação de Saúde, parece-me que haver horas certas para esse expediente, é cumprir

o regulamento. Não se dão pareceres senão depois de estudados os casos com consciência, não se passam atestados sem o exame prévio do indivíduo. Talvez tenha sido a luta mais tremenda que tenhamos tido de travar, a luta dos atestados, a luta do favor. Já aqui se faz profilaxia, a profilaxia da mentira. E não se julgue que se passam poucos atestados. Só em 1945, passaram-se à volta de 2.000. Depois, há que dar pareceres sobre vários assuntos. V. Ex.^{as} sabem-no tão bem como eu. Há que fazer inúmeras vistorias (em 1945, quase 900). Há que visitar os funcionários doentes, outra luta e outra função bem desagradável para nós, que somos médicos. Depois a vigilância das construções habitacionais, as suas condições sanitárias. Há 15 anos a exigência por nós imposta de casas de banho nas novas edificações, era considerada um exagero. Hoje não é preciso exigir-se, já é um hábito. Trabalho de educação do meio que se tem levado a cabo em colaboração com a Câmara. E tantas, tantas outras coisas. De tudo se faz um registo conveniente para de tudo se poder dar conta quando preciso, e porque são outros tantos elementos que servem para estudo.

Mas da observação do meio, das suas necessidades, chegou-se à conclusão de que havia um trabalho importante a realizar na Subdelegação de Saúde de Setúbal. Esse era o trabalho médico-social. E porque esse trabalho dependia em especial do nosso esforço, da nossa vontade, lançámo-nos a ele com entusiasmo, do que não temos de nos arrepender. A assistência em Setúbal está desenvolvida, mas mal desenvolvida. Os serviços de assistência curativa repetem-se, sobrepõem-se, prejudicam-se. E não se encontrava um serviço de assistência preventiva. Esta necessidade era imperiosa, cabia dentro das nossas funções. Para ela dirigimos a nossa acção. E utilizando pequenas verbas de que podíamos dispor, constituímos um centro de medicina social. Chamou-se-lhe Dispensário de Higiene Social. Podíamos ter-lhe chamado Centro de Saúde, Centro de Profilaxia Social, mas parece-nos que o nome de Higiene Social seria o melhor, Questão de simpatia, talvez, questão de definição, é possível, mas para o caso não interessa agora.

E nesse Dispensário reunimos tudo quanto competia fazer à Subdelegação de Saúde dentro do campo da medicina preventiva. Encontrámos já esboçado um serviço de Profilaxia da Sífilis, havia que fazer profilaxia da varíola a sério e da diftéria e da febre

tifóide; havia que lutar contra o sezonismo, havia que fazer profilaxia das doenças venéreas, havia que fazer profilaxia do tracoma, enfim, havia que fazer profilaxia social. Todo esse trabalho se reuniu no Dispensário de Higiene Social. Nada disto é novidade, tudo está estabelecido. Questão de organização, de método, tendo nós seguido aquele que nos pareceu ser o melhor. Depois, à medida que o movimento do Dispensário aumentava e ia estendendo o seu raio de acção, verificou-se ser necessário organizar um serviço social para melhor se estar em contacto com o assistido. O serviço social é hoje necessário em toda a assistência moderna. Através dele se pode apreciar da justiça e do resultado da assistência prestada.

Já tínhamos a trabalhar connosco duas visitadoras, que a par do seu serviço de visitação, desempenhavam funções de enfermagem, para as quais tiveram de ser adaptadas. Foi a essas senhoras que se deu o encargo do serviço de inquérito social, base desse mesmo serviço social, sem prejuízo do serviço que então já tinham.

Assim se completou a máquina do Dispensário. Passou a ser nossa preocupação que essa máquina funcionasse sem que houvesse atritos nem panes. E temos trabalhado assim. Umás vezes corrigindo o que se julga deficiente, emendando o que está errado, aumentando o insuficiente. Porém nem sempre sem dificuldades. Constitui hoje base deste trabalho o inquérito social, considerado imprescindível em todos os serviços assistenciais. Reconhece-o a própria Legislação. E nós, que fomos dos primeiros a fazer esses inquéritos, que tantas dificuldades encontramos no início desse trabalho, temos de nos considerar recompensados, ao ver oficializado o inquérito social. Hoje o assistido aceita o inquérito sem desconfiança, responde a ele convenientemente e recebe o pessoal encarregado do trabalho quase sempre com carinho. Pressente que desses inquéritos podem resultar benefícios para a sua vida; há esperança onde havia desconfiança. Folhear esses inquéritos (nós já o fizemos a 800 famílias) é um pouco ascultar muitas das necessidades locais, é apreciar da vida de tantos trabalhadores e tantos pobres, a sua maneira de ser, da sua situação material e moral.

Quantas vezes foi através deste serviço que houve possibilidade de resolver uma necessidade, um desempregado a quem se procurou trabalho, um doente a quem se conseguiu acudir, um caso de miséria moral que se deligenciou remediar!

Quantas crianças despistadas para a vacinação anti-variólica e anti-diftérica! Quantos casos novos de tracoma se trouxeram ao tratamento, quantos sífilíticos que se desconheciam se trataram! Através deste serviço social a Subdelegação de Saúde fez medicina preventiva. Através dele estudou, ensinou e alterou. Por isso o considerámos necessário em colaboração com a Subdelegação de Saúde.

Hoje, já um Centro de Inquérito Assistencial está montado em Setúbal, já tem a direcção entregue a uma competente assistente social. Esse Centro está colaborando connosco, e assim o nosso trabalho ficou facilitado, porque os inquéritos iniciais é ali que os pedimos, para evitar os inconvenientes da visitação excessiva que pode transformar em aborrecimento o que deve ser satisfação. Faz-se trabalho de coordenação. Mesmo, a meu ver, esta visitação deveria ser sempre coordenada para todos os serviços de assistência. Evitar-se-ia assim que muitas famílias fossem visitadas por vários serviços, causando-lhes enfado que pode levar à desconfiança. Em Setúbal, por exemplo, há hoje alguns Serviços de Assistência com pessoal de visitação. Sucede por vezes que na mesma casa aparecem várias visitadoras, aconselhando e orientando, como é de seu dever, mas com conselhos que se chocam. E o serviço assistencial, duma maneira geral, desprestigia-se. Parece-me que há necessidade, mais cedo ou mais tarde, de estabelecer uma base de acordo, para que se não prejudique e inutilize o que foi difícil de instalar e tem sido benéfico. Se me permitem, fica pelo menos, a sugestão.

Agora apreciemos o trabalho feito, e apreciemos os seus resultados.

Quando em 1931, tomámos conta da Subdelegação de Saúde, decorridos dois meses, encontrámo-nos perante uma epidemia de varíola, atacando em especial os bairros excêntricos da cidade, onde as condições habitacionais são péssimas e a promiscuidade confrangedora. Havia que tomar medidas que a nossa experiência, ainda fraca, indicou. Isolamento imediato dos atacados, com a colaboração franca do Hospital da Misericórdia. Desinfecção com o fraco material disponível, e imunização em massa. Vacinaram-se milhares e milhares de pessoas, houve que ir buscar os doentes onde estivessem, e alguns encontrámos escondidos debaixo das camas e até em pocilgas. A inconsciência, a ignorância, era tal, que se nos deparou uma mulher

vendendo géneros alimentícios e roupas, com uma varíola em plena descamação. Em dois meses o mal estava debelado, e a nós próprios prometemos que se havia de dar a este Serviço de Profilaxia da Varíola uma orientação tal que esta deixasse de aparecer no Concelho. Intensificou-se a vacinação e dentro do princípio de não se passarem atestados senão quando fossem a expressão da verdade, conseguiu-se alcançar uma média de imunizações relativamente elevada. De princípio houve que lutar, mas hoje, embora apareça uma ou outra excepção, a vacinação anti-variólica é aceite, é compreendida. E isto é tão fácil de conseguir! Se não é permitido que as crianças entrem nas escolas sem estarem vacinadas, porque não se cumpre isso? Se não é permitido que qualquer operário trabalhe sem estar vacinado, porque é que tantas fábricas estão trabalhando com operários por vacinar? Querem melhor para esta luta anti-variólica, do que o Regulamento de 1911, da iniciativa do nosso saudoso Professor Dr. Ricardo Jorge? Leia-se esse Regulamento, decore-se esse Regulamento, e nós teremos a varíola desaparecida em Portugal. Desculpem-me, meus senhores, mas a varíola existe em Portugal por culpa de muitos, mas em especial, por culpa dos médicos. Repito: Cumpra-se o Regulamento de 1911, e a varíola será no nosso país doença esporádica.

Foi o que eu fiz na Subdelegação de Saúde de Setúbal. Registo de todas as crianças que nascem no Concelho. Aos 3 meses começam a ser avisadas as famílias para as fazer vacinar. O Regulamento dispõe que elas sejam vacinadas no primeiro ano de vida, voluntariamente, se for preciso. Na Subdelegação de Saúde de Setúbal faz-se assim. Através do serviço de visitação despistamos todas as crianças que seja necessário vacinar e que não tenham aparecido voluntariamente. E assim, conseguimos verificar pelos nossos registos que, das crianças nascidas nos últimos 10 anos, devem estar vacinadas, pelo menos, quase 80 %.

Quando se trata da altura da matrícula das escolas, temos de preencher um impresso em que se declare que a criança não sofre de doença contagiosa e está vacinada. Nunca o assino sem previamente ter vacinado a criança. Evita-se a ida à escola para esse efeito, onde nem sempre encontramos todas as crianças, e temos a certeza que elas vão para a escola com a sua vacinação actualizada.

Como a população já está educada na obrigação da vacinação, a nossa exigência junto das fábricas, junto das entidades patronais, junto de todas as colectividades, está facilitada. Quase todos os estabelecimentos têm os atestados de vacina do seu pessoal em dia, e a população, praticamente, está toda imunizada contra a varíola. E digo que está quase toda imunizada, porque em 10 anos vacinámos quase 50.000 pessoas, número que corresponde quase ao de habitantes do Concelho.

Em Setúbal a varíola é praticamente doença esporádica, pois depois daquela epidemia, em 15 anos, só tivemos conhecimento de 10 casos, e não é doença que facilmente se possa esconder.

Em 1932	4 casos
Em 1933	1 caso
Em 1939	1 caso
Em 1942	1 caso
Em 1945	3 casos

Como se faz um inquérito epidemiológico a cada caso que aparece, tem-se verificado que estes últimos casos têm sido sempre importados. Não deixamos, porém, de, sempre que aparecem estes casos, defender a população do local para garantia de defesa contra essa doença. Em resumo, com persistência, até teimosia, conseguiu-se ter o Concelho de Setúbal imunizado, e ter a satisfação portanto de ver desaparecer a varíola.

Para ainda melhor se apreciar o estado de imunização em que está o Concelho, basta um exemplo. Em 1939, em povoação do Concelho vizinho do nosso, deu-se um foco epidémico grave. Numa população de escassas centenas de pessoas, registaram-se perto de 40 casos de varíola e, não havendo onde os isolar, houve que os transportar para o Hospital mais perto, o de Setúbal. Neste, se isolaram conforme se pôde, e, nem sempre isolamento perfeito. Pois a cidade, que mantém estreito contacto com aquela povoação, suportou o contacto desses doentes sem qualquer inconveniente. Nesse ano, na cidade de Setúbal só tivemos conhecimento de um único caso. Oxalá pudessemos dizer o mesmo da luta contra a sífilis.

É de todos, como devem calcular, o que mais dispendioso é para o Dispensário, e é aquele que nós desejaríamos ver em movimento constante, crescendo, apanhando todos os que dele necessitassem, sem limitação. Só assim se poderia fazer verdadeira profilaxia. Mas as dificuldades materiais, consequência do forte agravamento dos produtos farmacêuticos, não nos permitiu alargar, chegando a termos de pensar na suspensão do serviço anti-sifilítico. É que aqui, mais do que em qualquer outro, temos de fazer os tratamentos, dando tudo. Graças a Deus a situação melhorou, e hoje os serviços estão-se aproximando do que já foram, em que num ano, o de 1938, se chegou a atingir, entre consultas e tratamentos um total muito próximo dos 13.000. Neste trabalho de luta contra a sífilis não nos limitamos a tratar o que nos aparece. Não seria fazer profilaxia. Despistamos os casos, estes descobrem-nos outros, e assim estabelecemos uma rede de trabalho que é, creio eu, a verdadeira profilaxia social. E prega-se, e ensina-se que a sífilis é doença que deve ser tratada mesmo quando não faz mal. E apontamos exemplos de cegos, de doidos, de degenerados. E assim se faz Profilaxia. Por isso muitos doentes, muitos mesmo, sabem voltar ao tratamento quando se lhes indica, e uma grande maioria aconselha, traz outros doentes. São assim auxiliares poderosos.

Hoje temos inscritos já no serviço 1.600 indivíduos. Uma grande percentagem do sexo feminino — 65 %. As mulheres inscritas já aparecem à primeira suspeita de gravidez. E é por vezes agradável ver o entusiasmo, o carinho com que algumas mães (nem todas, infelizmente) vêem o seu filho formar-se, nascer, fazer-se gente, elas que haviam desesperado dessa felicidade!

Os casos de sífilis primária ou secundária, sífilis recente, têm vindo a aparecer em menor quantidade. Mas todo este trabalho de luta anti-sifilítica ainda não tem o rendimento que é nosso desejo. Faltam-nos os meios materiais, e aqui eles são parte fundamental. E é um serviço tão procurado hoje! É que, pelos conselhos, pela prègação, se educou o público na sua finalidade.

Intimamente ligado a esta luta anti-sifilítica, temos o serviço de fiscalização de toleradas. Sua vigilância e seu tratamento. Infelizmente a vida, com os seus vícios, as suas loucuras, arrasta

muitas mulheres, quantas ainda crianças, para este meio: o das toleradas! Pois é função da Subdelegação de Saúde a sua fiscalização. Entendemos que não nos devemos limitar a inspecção-las. Devemos também tratá-las, devemos sempre aconselhá-las, e nunca nessa catequese esquecer que é dever humano fazer que se afastem do trilho da degradação e que caminhem para vida moral, sã e honesta. Aqui, o serviço social tem vasto campo de acção. Nem sempre os resultados são satisfatórios, mas por vezes temos a compensação dum esforço que não se perdeu, e de palavras que foram ouvidas.

Todas as toleradas são inspecionadas semanalmente, em todas se faz tratamento específico, como profilático, e a todas se aconselha nas regras da boa higiene. E posso garantir-lhes, meus senhores, que fazendo o despiste de todos os casos de sífilis primária que nos aparecem, esses casos geralmente são adquiridos em mulheres de prostituição clandestina, em particulares... Do número de casos de sífilis recente que se inscreveram no ano de 1945 no Dispensário, só 10 % foram adquiridos em toleradas inscritas.

Agora falemos do Tracoma. A Direcção Geral de Saúde em 1934, se não erro, encarregou o Ex.^{mo} Senhor Doutor Anastácio Gonçalves de fazer um inquérito sobre o Tracoma no País.

A todos os Subdelegados de Saúde foram enviados questionários. Como de costume, respondemos, segundo o que a nossa observação, pelo conhecimento que tínhamos do meio, nos indicava. A nossa resposta despertou uma certa curiosidade, e daí vieram instruções que levaram à criação desse serviço. De início, e porque se tratava duma doença de especialidade, hesitámos, receando não ser capazes de montar o serviço com a orientação que foi julgada conveniente. Mas, cumprindo as instruções recebidas e conselhos utilíssimos do Dr. Anastácio Gonçalves, o trabalho iniciou-se. As inscrições foram-se fazendo e porque o serviço social estava montado, essas inscrições trouxeram novas inscrições. Depois a visitadora despistou mais casos, depois os próprios doentes, reconhecendo já a utilidade do serviço trouxeram outros doentes, e o serviço, tal como o desejávamos, atingiu plena eficiência. Entretanto o Dr. Eduardo Albarran, oftalmologista em Setúbal, veio trazer-nos grande auxílio na parte clínica. Muitas vezes ele tem vindo ao Dispensário ver os doentes,

e ainda hoje todos os casos que necessitam ser operados, esse médico os opera graciosamente.

Os resultados começam a aparecer. Temos já inscritos doentes que foram despistados e tratados, num total de 1.360 indivíduos. O Dr. Eduardo Albarran, em estatística do tracoma na cidade de Setúbal, apresentada à Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, em 1940, diz-nos que correndo os diferentes ficheiros de todos os serviços oftalmológicos de Setúbal, incluindo o do nosso Dispensário, conseguiu reunir um total de 1.579 tracomatosos. Naquela data tínhamos inscritos no serviço 1.300. Parece-nos pois que o trabalho de despiste feito, deu resultado apreciável. Reunimos estes tracomatosos por famílias, e verificamos que havia em Setúbal, em 1942, pelo menos 250 famílias com dois ou mais doentes sofrendo de tracoma. Em algumas famílias de 7 e 8 pessoas, todos sofriam de tracoma. E a todas estas famílias se fizeram inquéritos sociais, a todas se foi aconselhando, encaminhando para as boas regras de profilaxia e higiene. E assim se fez um estudo social do tracoma, influência das habitações, influência da vida moral e material das famílias, e, embora de tudo o que concluímos, nada de novo se encontrasse que não esteja dito e redito, podemos porém afirmar que o tracoma é hoje mal social grave, que se pode incluir dentro das doenças sociais.

Dos resultados deste trabalho há dois factos a apontar: 1.º — o menor número de casos aparecidos depois de 1940; 2.º — o que se conseguiu sob o ponto de vista de educação do meio.

Ao lançar em Setúbal o grito de luta contra o tracoma, a maioria da gente interrogava-se: « O que é o Tracoma? »

Hoje já se sabe o que é essa doença. Já se conhecem os seus perigos, e o serviço conhece a maioria dos atacados. E nota-se no meio uma melhoria notável deste mal. Senão, vejamos: Em 1934, depois de iniciarmos a luta anti-tracomatosa, o despiste de muitos casos foi feito através das escolas. Vimos nessa altura 1.200 crianças, aproximadamente. Recorremos só às escolas do centro da cidade, e nesse estudo encontrámos 9 % de crianças atacadas. Num dos Asilos 30 % de infectados, noutro 25 %. Estes números foram controlados pelo Dr. Anastácio Gonçalves. Decorridos 10 anos, fomos de novo percorrer as diferentes escolas, e observou-se ainda maior número de crianças. Percorremos em especial os bairros mais atingidos

pelo tracoma; em vez de 1.200, observámos 2.100 crianças. Pois deparámos só 2,9 % de tracomatosos, alguns já sem perigo de contágio. Isto é, em 10 anos, nas escolas onde havia 9 %, passou a haver 2,9 %, e nos Asilos, onde havia 30 %, o seu número reduziu-se a 8 %, e onde havia 25 %, estava reduzido a 4 %.

Creio que são motivo de satisfação estes resultados. Uma grande maioria tratou-se no nosso Dispensário, outros nos serviços de oftalmologia da cidade. E por isto devemos dizer que actualmente o serviço de luta anti-tracomatosa em Setúbal, está a ser inconvenientemente conduzido. É que além do Posto da Subdelegação de Saúde onde se tratam os tracomatosos, e só esses, eles recebem também tratamentos em outros serviços oftalmológicos da cidade, em contacto com outros doentes de olhos, com todos os perigos que esse contágio pode acarretar. Ora o tracomatoso deve ter tratamento à parte de outros doentes dos olhos, deve ser separado, e isso só se conseguiria quando se tornasse obrigatória a criação, em cada meio tracomatoso, dum Posto anti-tracomatoso, e a inscrição nele fosse coerciva, para todos os contaminados; e a proibição de tratamento em qualquer outro serviço oftalmológico. Só assim a luta atingiria verdadeiros benefícios.

E depois é necessário quanto antes, tenho-o repetido tantas vezes, que, à semelhança do que se fazia na Itália e na Bélgica, se criem nestes meios de tracomatosos, Dispensários-Escolas, onde esses infelizes sejam vigiados, tenham condições especiais de assistência médico-pedagógica, não vindo a prejudicar as outras crianças indemnes com quem estejam em contacto. Esta ideia já há anos que a defendo, e embora nada ainda se tenha conseguido, continuaremos a teimar por ela com a certeza de que nos batemos por uma causa justa.

E nesta luta da Profilaxia do Tracoma, atingimos assim a da Profilaxia da Cegueira. Dum estudo dos cegos, e suas causas na cidade de Setúbal, que agora pretendemos iniciar, poderemos depois apreciar a devastação que o Tracoma tem feito em Setúbal.

E sobre Profilaxia da Difteria o que fizemos? Temos lutado pela vacinação intensiva. Mas aqui a luta é maior. Encontramos a contrariá-la a opinião daqueles que pelos seus conhecimentos especiais, deviam ser os primeiros a aconselhá-la. Assim os nossos esforços nem sempre têm sido proficuos, e só com uma

propaganda intensa, insistindo, lembrando, aconselhando, teimando sempre, se conseguiu ter imunizado, de certeza, perto de 800 crianças. Como a cada caso declarado de Difteria (quando eles são declarados...) corresponde um inquérito, podemos saber os benefícios da vacinação anti-diftérica. E destas 800 crianças imunizadas talvez só tenhamos conhecimento de 3 % que foram atacadas de difteria. Resultado, portanto, apreciável. E apesar da contra-ofensiva que deparamos, hoje já vêm crianças ao Dispensário receber essa vacina, sem que seja necessária qualquer lembrança. Começa a ser compreendido o nosso trabalho.

O serviço Anti-rábico foi montado a solicitação da Câmara. Para a organização dos serviços do Dispensário, mais famílias que estudamos, e quantas vezes guiamos nos princípios higiênico-sociais. Há tempos apareceu-nos uma família de 10 pessoas. Adultos e crianças. Eram do campo. Interrogou-se e verificou-se que estavam todos por vacinar contra a varíola. Já se vê, já não saíram do Dispensário sem terem sido vacinados. Assim se catequiza, e creio que se faz Profilaxia Social. E a montagem do Serviço Anti-rábico em Setúbal, se constituiu benefício para o público, é economia não menor para a Câmara. A compensação pedimo-la e foi-nos dada. Obras, uma dependência mais nos Serviços, e telefone...

A cidade de Setúbal não é propriamente um meio de paludismo. Mas é um meio operário, de gente que, quando lhe falta o trabalho na indústria local, recorre a trabalhos noutras regiões vizinhas. E assim, em 1939, começaram a aparecer em Setúbal grande número de indivíduos impaludados. E como o concelho de Setúbal tem também grande zona rural muito palustre, esses casos eram aumentados, com os rurais dessa zona. Pareceu-nos útil a criação dum Serviço Anti-Sezonático, de acordo com a Direcção dos respectivos Serviços. E em colaboração com o Dispensário Anti-sezonático de Águas de Moura, o trabalho de luta contra o paludismo começou. Movimento reduzido, mas, mesmo assim, de utilidade.

Conversemos agora sobre Febre Tifoide. Quem observar a taxa de mortalidade pela febre tifoide em Setúbal, sobretudo nos últimos 10 anos, verificará que, até 1939, esses números

são bastante elevados, chegando a atingir uma média de 5 por 10.000 habitantes. A verificação de taxas tão elevadas trouxe-nos preocupações e obrigação de estudo, esse estudo que, repito mais uma vez, é função do Subdelegado de Saúde. Já em 1935 falávamos das causas a que atribuíamos esta endemia em Setúbal, e já indicávamos algumas das providências tomadas, em ofício dirigido à Direcção Geral de Saúde. Mas se após essas providências se notou uma melhoria em 1937, verificou-se em 1938 e 1939 novo agravamento, que nos obrigou a estudo mais minucioso e providências mais enérgicas. Os casos de febre tifoide registados nos concelhos, corresponderam em especial à cidade de Setúbal. Assim, procurámos fazer corresponder a cada caso conhecido um inquérito, e um estudo das suas causas. Fomos localizando em mapa da cidade cada caso, e no fim do ano começámos tirando conclusões seguras. Entretanto o trabalho de educação do meio, de vigilância dos doentes, de defesa dos sãos, principiava. Em fins de 1939 estava identificado um foco em zona da cidade. Em 1940 outro foco noutra zona, foco que ainda se mantinha em 1941. Estudou-se cada uma dessas zonas e procurou-se ir remediando o que era possível remediar, que solução definitiva essa só se poderá conseguir no dia em que a cidade usufrua esgotos convenientes, água potável em quantidade e habitações higiénicas. E sobretudo quando toda a população estiver convenientemente instruída nos princípios básicos da boa higiene.

A maioria da população destes bairros, onde se registaram os casos mais frequentes de febre tifoide, abastecia-se, até 1939, de água de quatro chafarizes e de poços particulares existentes nos quintais. Todos esses chafarizes estavam ligados a poços de águas relativamente superficiais, poços que embora cobertos, não estavam defendidos, nem eram limpos periódicamente, e que dada a sua localização em zona urbanizada, certamente estavam inquinados. Não se fizeram análises às águas dos poços ligados a estes chafarizes, mas procurando nos Serviços Municipalizados, encontraram-se ali algumas análises de poços vizinhos, e que eram bem elucidativas. Quase toda a gente atacada de febre tifoide nestas zonas bebia água destes chafarizes.

Entre outras providências, pedimos à Câmara o corte da ligação desses chafarizes aos poços abastecedores, e a ligação à rede pública. A Câmara anuiu. Os doentes foram no geral sendo internados, e sempre que possível as habitações sujeitas

a desinfecção. Hoje Setúbal, cidade, não tem um único chafariz que não esteja ligado à rede pública e hoje a mortalidade em Setúbal para a febre tifoide decresceu. De 5 por 10 mil habitantes que foi, em 1935, desceu a 0,9 por 10.000 habitantes em 1945, número que, aliás, é ainda deveras elevado. Mas ao problema da febre tifoide andam sempre ligados os maiores problemas da sanidade local e estes, se podem depender em parte do nosso estudo, dependem em especial da acção dos Municípios e das suas possibilidades materiais. Estudámos e propuzemos medidas à Câmara. À Câmara compete tomá-las na devida conta. Assim se estudou o problema dos lixos, propondo-se a montagem de câmaras zinotérmicas, assim se estudou o problema das moscas, propondo o afastamento das estrumeiras, o estudo de tipos de estrumeiras com que se defendesse a população das moscas, como se fez brilhantemente no Concelho de Cascais. Assim se propoz a transformação dos lavadouros, tornando-os higiénicos e modernos. E sempre o estudo era levado no sentido de melhorar as condições higiénicas do meio, o melhor método de Profilaxia da Febre Tifoide. Estudo e observação foi pois o nosso trabalho. Os resultados ainda não são apreciáveis, mas podem vir a manifestar-se.

Entretanto alguns números, mas antes devemos dizer que muitos dos casos convergem dos concelhos limítrofes, onde as condições de tratamento, de assistência, são precárias. Em 1939, em 70 casos observados, 10 eram de fora do concelho. Em 1945, em 50 casos declarados, só 12 eram do Concelho.

As percentagens encontram-se, e isso nos diz que do trabalho feito já se conseguiu algum benefício.

E fez-se também um estudo sobre a lepra no concelho. De todos os casos de que temos conhecimento fizemos um cadastro, e procuramos mantê-lo sempre em dia. Embora de número pequeno, actualmente no concelho só sabemos de 3 casos de lepra, e de vez em quando sabemos deles. Já houve mais, mas esses números têm vindo a reduzir-se porque Deus o tem querido... É das coisas mais desagradáveis que no nosso trabalho temos sentido, a visita de um desses desgraçados e a impossibilidade de lhes dar remédio, e sobretudo de impedir o contágio com os seus. Mas, no dia, esperamos em Deus que será cedo, em que nos forem pedidos elementos, eles estão prontos e estão actualizados. Neste sector estudou-se. Mais nada se pôde fazer.

Ao ouvirdes todo este relato, poderá parecer-vos estranho que, afinal, de todo o trabalho feito, está esquecido um dos sectores da medicina social, dos mais importantes, e até o mais vasto. Aquele que se refere à criança. O reparo é justo, eu compreendo-o e aceito-o. Mas não é de todo justo. Através de todos os serviços montados, tem havido sempre a preocupação de não esquecer a criança, dando-lhe sempre o primeiro lugar. Faz-se luta anti-tracomatosa, e a criança é a mais vigiada; faz-se luta anti-sifilítica e é a criança, quer antes quer depois do nascimento, que constitui maior preocupação; e sempre a profilaxia anti-variólica e anti-diftérica se faz no sentido principal de defender a criança. Depois, através de todo o nosso trabalho de inquérito social, através da acção da visitadora vai-se fazendo puericultura, vão-se distribuindo conselhos de defesa e protecção da criança. Logo este sector não está esquecido.

E porque sòzinho o Dispensário não poderia suportar mais encargos, se tem procurado montar serviços de assistência à criança, com a colaboração de outras entidades. Com a nossa colaboração, em 1943, montou a Comissão Municipal de Assistência um Posto de Puericultura, num Asilo de Meninas, posto que já está prestando serviços deveras valiosos. E embora não tendo tido possibilidades por nós próprios de dar remédio a este problema, estudou-se, observou-se, leram-se as estatísticas, reuniram-se elementos, esses elementos de estudo que podem ser base de trabalho: E foram-no, como adiante veremos.

Se observarmos os números que se referem à natalidade e mortalidade infantil e à morti-natalidade, observamos em Setúbal um decrescimento da primeira, estacionamento da segunda e tendência para crescer o último. E esse estudo revela-nos mais que a mortalidade infantil, mantendo-se em nível elevado em Setúbal, atingindo por vezes a taxa de 20% (1941), ela é uma consequência, naquele meio, das necessidades da mão de obra feminina que, puxando as mulheres para o trabalho, as desviam, quando são mães, daquele dever mais belo e mais sublime da mulher: a maternidade. Dever de gerar, dever de alimentar, dever de vigiar e educar os seus filhos.

Em Setúbal há uma grande percentagem de mulheres que trabalham. Na indústria de Setúbal empregam-se à volta de 5.000 a 6.000 mulheres. E estas, quando o trabalho aperta, não podem dar a assistência conveniente aos filhos. E isto é tão nítido que

se observarmos as taxas de mortalidade infantil nos diferentes anos verificamos que a taxa mais elevada de 20 %, em 1941, corresponde o ano de 1939, com a taxa mais baixa dos últimos vinte anos, 14 % (número que é média do país, infelizmente). E se compararmos a evolução da economia da cidade, espantamo-nos que tenha sido precisamente 1939, o ano de maior miséria, o de menor taxa de mortalidade infantil, e o de 1941, o ano de maiores ganhos, o de taxa mais elevada de mortalidade infantil. A mortalidade infantil, assim, varia na razão directa dos ganhos, quando naturalmente deveria ser o contrário. Mas não admira; a mulher, trabalhando, não pode vigiar o filho, como convém, e entrega-o a mercenárias que o tratam como sabem e podem, ou não os tratam sequer, porque não o sabem. E a mulher, porque as necessidades da vida o impõem, esquece o filho, esquece que é mãe, perde o encanto maior que é característica da sua natureza.

Estudámos o assunto como soubemos, e já em 1945, em relatório apresentado, chamávamos a atenção, lembrando que urgia dar remédio quanto antes, porque a situação se tornava alarmante. Houve quem nos ouvisse e quando a Comissão Instaladora do Instituto Maternal procurou estudar o problema para Setúbal, tivemos a satisfação de poder fornecer os elementos, conclusões do nosso estudo, e isso serviu de base para rapidamente se poder dotar Setúbal com mais um serviço de grande utilidade, e espero que de enorme eficiência. Hoje Setúbal tem a Subdelegação do Instituto Maternal, funcionando desde Dezembro de 1945 com constante trabalho, com frequência cada vez maior e com resultados que podemos esperar serão valiosos.

Não pôde a Subdelegação de Saúde agir, mas pode estudar e dar colaboração, essa colaboração que é base da coordenação assistencial, que é, como já disse, necessária.

Estamos chegados ao fim do relatório. Através de mal alinhavadas palavras procurou-se explicar-lhes o trabalho realizado na Subdelegação de Saúde, trabalho realizado por todo o pessoal que ali presta serviço. Se ele não foi tanto quanto necessário, a culpa não é nossa, que a vontade de todo o pessoal foi boa e não menor o desejo de ser útil.

Maio de 1946.

Curso de Visitadoras Sanitárias

(CONTINUAÇÃO)

Programas

Deontologia

1— Conceito. 2— A consciência profissional. 3— A vocação social. 4— Os deveres profissionais :

- O dever de formação técnica
- O aperfeiçoamento pessoal
- O cumprimento integral da tarefa.

5— O trabalho social :

- O campo social
- Os obreiros sociais.

6— O trabalhador social e a pessoa humana. 7— O trabalhador social e o segredo profissional. 8— O trabalhador social e a vida. 9— O trabalhador social e a colaboração.

Economia Doméstica

1.º)— O orçamento familiar : nos meios urbano e rural.

Como e em que regime de economia familiar vive a gente das nossas aldeias e as famílias da cidade (dificuldades de aquisição ; a ajuda dos vizinhos ; os produtos da terra, etc.).

O que se entende por situação desafogada, remediada, pobreza e miséria.

2.º)— Orçamentos equilibrados e desequilibrados.

Oscilação da situação económica das famílias por causas provenientes da vida familiar : desemprego, doença, morte, etc., por razões extrínsecas à vida familiar : custo de vida, crises, estações, etc.

- 3.º) —
- | | |
|-----------------|---|
| O conselho para | <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> {saber arrumar
» limpar
» aproveitar
» poupar
» arrecadar
» comprar} </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 4em; margin: 0 10px;">}</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> Maneira de os utilizar na
alimentação, vestuário e
lida da casa. </div> </div> |
|-----------------|---|

Necessidade de uma contabilidade familiar.

- 4.º) — Princípios de uma boa economia familiar.

Aproveitamento do tempo.

Luta contra: os desleixos, os desmazelos (pessoais, familiares, má organização das tarefas domésticas, etc.).

As superstições: bruxas, endireitas, mulheres de virtude, como elementos perturbadores da vida e orçamento familiar.

Luta contra a má administração: os penhores, as compras e vendas a prestações, os empréstimos, os juros, as trocas, os presentes, o luxo e a moda.

Os divertimentos e a educação no orçamento familiar.
As despesas de primeira necessidade para a educação e instrução.

- 5.º) — Princípios a observar no auxílio financeiro ou material.

Perigos do auxílio financeiro quando não há conhecimento profundo dos casos individuais ou familiares.

As necessidades reais e virtuais.

- 6.º) — Modalidades de auxílio económico: donativo e subsídio (empréstimo em dinheiro e em géneros).

A vigilância do auxílio.

O método indirecto.

A compreensão do auxílio e o seu valor educativo.

Higiene Geral

Noções Sumárias

I — Higiene. Definição. Seus capítulos e importância social e individual. Alguns exemplos históricos sobre o seu valor. Papel dos médicos, das visitadoras, das enfermeiras, dos professores, de toda a gente culta na luta higiénica.

- II — O meio natural. O solo. A atmosfera, flora, fauna, as águas, os produtos alimentares e o que pode trazer-lhes perturbações. O meio social. Factores anti-higiénicos verificados em qualquer meio.
- III — Epidemiologia geral. Doenças transmissíveis, não epidémicas. Intoxicações, avitaminoses, infecções e infestações colectivas. Exemplos concretos e típicos (Ergotismo, intoxicações devidas a ingestão de mariscos, a gases tóxicos, raquitismo, pelagra, etc.).
- IV — Defesa anti-infecciosa geral. Isolamento. Desinfecção individual e colectiva de objectos e de locais. Desinfecção e desinfestação.
- V — Doenças sociais. Ideias gerais. Tuberculose, sífilis, doenças venéreas, alcoolismo, cancro, reumatismos. Higiene pré-natal, da gravidez, da primeira infância, escolar.
- VI — Higiene industrial e suas dificuldades, que a visitadora pode remover. Estabelecimentos insalubres.
- VII — Águas, esgotos. Salubridade.
- VIII — Higiene individual e doméstica. As criadas como agentes de contágio e defesa sanitária. Sua orientação.
- IX — Serviços de Higiene Pública. Sua organização e articulação com os restantes serviços públicos e com entidades que podem auxiliá-los. Leis, regulamentos e posturas de ordem sanitária. Necessidade de as conhecer. Autoridades sanitárias.
- X — A higiene ao serviço da assistência. Perigos de contágio e de quaisquer perturbações da saúde, por maus alojamentos ou funcionamento defeituoso das obras. Dispensários anti-tuberculosos, anti-venéreos, anti-alcoólicos, de higiene mental, anti-cancerosos, etc.
- XI — A higiene e os seus meios de acção (obras de saneamento, vacinas, educação sanitária, polícia etc.) Síntese geral. Defesa da saúde e o papel que nela desempenham as visitadoras.

Higiene pré-natal

- I — Importância da hereditariedade: Doenças e perturbações hereditárias. Constituição. Temperamento. Biotipo (Noções sumárias). Probabilidade de boa e má geração.

- II — Modo de evitar as doenças ou predisposições congénitas. Sífilis. Hemofilia. Afecções mentais. Tuberculose, etc. Alcoolismo. Perversões. O que a educação pode suprir ou não pode impedir.
- III — Exame ante-nupcial. Inquéritos pré-nupciais. Exames durante a gravidez. Tratamentos e procedimentos eficazes.
- IV — Higiene e medicina preventiva pré-natal. Papel da visitadora e seu campo de acção.

Puericultura

- I — Definição e âmbito da puericultura. Puericultura pré-natal. A defesa da criança ao nascer. Modo de evitar males irremediáveis. Primeiros cuidados a ter com as crianças. Mortalidade infantil. Suas causas e suas consequências. Debilidade congénita. Suas causas e prevenção.
- II — Higiene geral da criança e de quem com ela lida.
- III — A amamentação. Suas regras e perturbações.
- IV — O aleitamento artificial e misto.
- V — Desmame. Dentição. Crescimento e evolução da criança.
- VI — Vestuário. Berço. Sono. Chôro.
- VII — Vacinações. Defesa contra as doenças da primeira infância. Preconceitos prejudiciais às crianças.
- VIII — Educação das criancinhas. Doenças que toda a gente deve saber suspeitar.

Higiene Alimentar

- I — Importância do conhecimento da higiene alimentar. Exemplos das consequências da ignorância. A composição geral dos alimentos. Hidratos de carbónio, gorduras, proteínas. (Noções sumárias).
- II — Noção de caloria. Cálculo das calorias, em exemplos simples. Fermentações e alimentação.
- III — Água e sais minerais.
- IV e V — Vitaminas.
- VI — Noções gerais sobre digestão, absorção e metabolismo.
- VII — Produtos alimentícios: Carnes, aves, peixes, mariscos, ovos, vegetais e frutos.

- VIII—Cereais e farinhas: pão, massas, bolachas. Gorduras: azeite, manteiga, banha e margarina. Queijos. Bebidas.
- IX—Leites. Sua garantia. Certificados. Pasteurização. Leite esterilizado. Aparelho de Soxhlet. Leites concentrados e em pó.
- X—Processos de cozinhar. Defesa da saúde nos cozinheiros.
- XI—Higiene alimentar das crianças, adolescentes e velhos.
- XII—Higiene alimentar dos adultos, sãos. Higiene alimentar dos doentes. Campos abertos à visitadora no campo da higiene alimentar.

Bacteriologia e Parasitologia

- Resumo histórico das noções de microbiologia.
- Conceito de micróbio e de bactéria.
- Noções gerais sobre célula.
- Classificação elementar de bactérias e outros microorganismos vegetais.
- Métodos mais vulgarmente usados para o estudo das bactérias.
- Descrição sumária de algumas bactérias patogénicas para a espécie humana.
- Reacções do organismo infectado: fagocitose, imunidade, etc.
- Conceito de parasitologia. Classificação e estudo de alguns parasitas.
- Esterilização e antissépsia; sua importância em bacteriologia.
- Relações da bacteriologia e da parasitologia com a clínica e a profilaxia das doenças infecciosas e parasitárias, através o laboratório.

Profilaxia das Doenças Transmissíveis

- I—Causas gerais das doenças. Causas averiguadas e causas ignoradas. Doenças transmissíveis e vias possíveis de transmissão. Epidemias. Endemias. Intoxicações. Avitaminoses. Óbitos de causa ignorada. Motivos disso.
- II—As infecções mais mortíferas. A tuberculose. As enterites infantis e suas causas diversas. A gripe. Meningite.
- III—Varíola. Febres tifoides e paratífoides. Sarampo. Tosse convulsa. Sífilis e doenças venéreas.

- IV — Difteria. Tifo exantemático. Sezonismo. Escarlatina. Enterites em adultos. Outras doenças transmissíveis.
- V e VI — Defesa geral contra as doenças transmissíveis. Tipos de organização dessa defesa. Vacinas utilizadas. Medidas de salubridade. Isolamento.
- VII — Instituições portuguesas de defesa contra as doenças transmissíveis. Legislação e autoridades a quem recorrer.
- VIII — Papel das visitadoras na defesa contra as doenças transmissíveis.

Flagelos Sociais

- I — Doenças individuais e doenças sociais. O que o médico pode fazer e o que exige colaboração dos não médicos. Papel da visitadora. Os grandes flagelos sociais e a sua repercussão na saúde individual, na família e na raça.
- II — Tuberculose, doença social típica.
- III — Alcoolismo.
- IV — Sífilis e doenças venéreas.
- V — Cancro. Reumatismos.
- VI — Outros flagelos sociais, combatíveis pelos meios médico-sociais (doenças do coração, sezonismo, doenças mentais, mortalidade infantil). A medicina preventiva e a profilaxia social da doença, da invalidez precoce, do crime, da prostituição e da miséria. Importância da missão da visitadora.

Assistência Social

- I — Conceitos de assistência individual e social. Caridade e filantropia; esmola. Erros correntes e especulações devidas a ignorância. Necessidade da educação social em matéria de assistência social. Papel da visitadora. Função geral e especial desta (sanitária, escolar, de luta contra os flagelos sociais, contra as epidemias, o sezonismo, a tuberculose, o cancro, as doenças mentais, de profilaxia social, das cadeias, das tutorias, do serviço de inquérito assistencial, etc.).
- II — As causas da miséria. Necessidade de as combater depois de bem averiguadas. Perigos de actuar sem conhecimento delas.

- III — Profilaxia da miséria material e moral. Previdência. Preservação. Assistência individual e social. Exemplos de tipos de instituições.
- IV — Classificação das instituições de assistência portuguesa. Assistência pública e particular.
- V — Princípios de estatística aplicável ao estudo da assistência social. A assistência num distrito de Portugal.
- VI — Instituições onde a visitadora pode prestar serviço (Centro de Inquérito Assistencial, Assistência à Família, Centros de Assistência Social, Centros de Saúde, Dispensários, Hospitais, etc.). Bibliografia.

Administração Sanitária

O Subsecretariado de Estado da Assistência Social. O Decreto-lei n.º 35.108. Linhas gerais da organização sanitária estabelecida. Direcções Gerais. Conselho Superior de Higiene e Assistência Social. Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge. Serviços Técnicos.

Orientação do ensino.

O que pode interessar a uma visitadora sanitária em matéria de administração sanitária. Administração sanitária e legislação sanitária. Aspectos fundamentais das legislações sanitárias e razões da sua necessidade.

Noções de administração sanitária de que podem carecer as visitadoras.

A legislação e a administração, e os problemas da nosologia, da profilaxia, da salubridade. A prevenção das doenças infecciosas e sociais.

Higiene e salubridade.

Um ponto de partida que é uma base incomparável. O Regulamento de 24 de Dezembro de 1901.

Um primeiro problema: quem tem deveres sanitários? Autoridades sanitárias. Comentário dos art.ºs 49.º e 50.º do Regulamento. Subdelegados de Saúde. Delegados de Saúde.

Médicos exercendo clínica. Os seus deveres sanitários; importância.

Análise e comentário dos art.ºs 59.º a 63.º do Regulamento; sua actualização. As disposições correspondentes do Decreto-lei n.º 32.171.

A participação de doenças. Doenças de participação obrigatória. Evolução. A Tabela oficial actual. Fundamentos nosológicos.

Análise, comentário e actualização do art.º 68.º do Regulamento. As disposições correspondentes do Código Administrativo. Médicos municipais.

O art.º 74.º do Regulamento. Análise detida das suas disposições, seu comentário, e referência em paralelo das disposições e possibilidades actuais.

Números 1.º a 8.º. Serviços Técnicos de Profilaxia; sua intervenção e actuação.

N.º 9.º O Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

N.º 10.º A vacinação anti-variólica. Outras vacinações. Febre tifoide. Difteria.

N.º 11.º Profilaxia da raiva. Serviços Técnicos de Defesa Anti-Sezonática. Serviços de Saúde e Serviços Pecuários. A protecção do leite. Carbunculo. Bruceloses. Os médicos veterinários no Código Administrativo.

O n.º 12.º e os n.ºs 10.º e 21.º (1.ª parte).

N.º 13.º Valor dos Dispensários de Higiene Social.

N.º 14.º A Direcção Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar.

N.º 15.º Serviços Técnicos de Higiene da Infância. Puericultura. O Instituto Maternal.

N.ºs 16.º, 17.º, 18.º e 19.º Serviços Técnicos de Salubridade. Engenharia Sanitária. Serviços Municipais de Engenharia. As disposições do Código Administrativo que respeitam à salubridade. A Junta Sanitária de Águas. A Direcção Geral dos Serviços de Urbanização e as suas Secções. A Portaria n.º 6.065. Alvarás. Alvarás Municipais e Industriais. Decretos de 1863 e n.º 8.364. Serviços Técnicos de Higiene do Trabalho e das Indústrias. Trabalho de menores e de mulheres; grávidas e mães. Os aspectos especiais da Higiene rural.

N.º 20.º Serviços Técnicos de Higiene da Alimentação e Bromatologia.

N.º 21.º Aspectos actuais das suas disposições.

N.º 22.º Cemitérios.

N.º 23.º Serviços técnicos de defesa internacional, de portos, aeroportos e fronteiras e transportes colectivos.

N.º 24.º a 32.º Visão de conjunto. Amplitude de acção que permitem.

Cooperadores e auxiliares dos serviços de saúde.

Importância dos auxiliares dos serviços sanitários. Fiscais e agentes sanitários. Visitadoras sanitárias. A visita sanitária na profilaxia e na puericultura.

Princípios de Sociologia, Diagnóstico Social e Serviço Social

Definição e conceito de sociologia. Sua importância e sua aplicação.

Estudo de alguns meios:

O meio familiar.

O meio escolar.

O meio rural.

O meio operário.

Noções elementares sobre serviço social.

Relação da sociologia com o serviço social.

O serviço social em alguns casos especiais (casos de doenças agudas, doenças crônicas, doenças sociais, etc.).

O serviço social e a infância. Crianças normais e anormais; delinquentes infantis.

Noções Elementares de Enfermagem

Aulas Teóricas

O papel da verdadeira enfermeira. A acção da visitadora sanitária. A enfermagem em Portugal.

Habitação do doente. Quarto e seu arranjo.

Cuidados com o doente e com quem o cerca. Sintomas objectivos e subjectivos.

Conforto do doente. Instruções à pessoa que o trata; responsabilidade da enfermeira.

Banho. Tratamentos vários. Desinfecção, esterilização. Limpeza da humidade.

Primeiros socorros e de urgência. Pensos, ligaduras. Transportes de feridos.

Regimens alimentares. Breves noções de nutrição e dietética. Necessidades do organismo humano.

Aplicação de colírios, cataplasmas, sanguessugas. Banhos de luz e de sol.

Doenças infecciosas; seu contágio e isolamento

Higiene infantil. Cuidados pré e post-natais. Vacinas.

Plano e Professores do Curso

Deontologia. Economia Doméstica.

D. Maria Leonor Botelho e D. Adriana Rodrigues
12 lições teóricas — 6 práticas

Higiene Geral.

Dr. Américo Cortez Pinto
12 teóricas — 6 práticas

Higiene Pré-natal e Puericultura.

Dr. Francisco Fernandes Homem
12 teóricas — 6 práticas

Higiene Alimentar.

Dr.^a D. Maria José Arrobas
12 teóricas — 8 práticas

Bacteriologia e Parasitologia.

Dr.^a D. Helena Ávila
10 teóricas — 10 práticas

Epidemiologia e profilaxia das doenças transmissíveis.

Dr. António de Carvalho Dias
10 teóricas — 20 práticas

Flagelos sociais. Profilaxia social. Assistência social.

Dr. Fernando Correia
10 teóricas — 10 visitas

Administração Sanitária.

Dr. Carlos de Arruda Furtado
10 teóricas — 10 práticas — 5 visitas

Princípios de sociologia. Diagnóstico social e serviço social

Dr.^a D. Helena Ávila
12 teóricas — 12 visitas

Noções Elementares de Enfermagem

D. Madalena Lopes Taveira
10 teóricas — 20 práticas

Um grande epidemiologista: Ricardo Jorge ⁽¹⁾

Quis o ilustre presidente da Sociedade das Ciências Médicas, Prof. Celestino da Costa, ter a amabilidade de me convidar a proferir nesta sessão algumas palavras evocando a figura do Prof. Ricardo Jorge, como representativa da influência em Portugal das sábias descobertas do grande Pasteur.

Medindo desde logo a responsabilidade do empreendimento, confesso que hesitei em nele me lançar, não por minguia de entusiasmo e admiração pela figura do Mestre, mas pela convicção dos meus fracos recursos para a apresentar com o brilho a que tem jus. Considerei porém, que só um verdadeiro dever do cargo que ocupo poderia explicar a gentileza do convite, envolvendo também a devoção de o aceitar.

Caminheiro despretensioso, na peregrinação pelas árduas e espinhosas veredas da chamada Saúde Pública, seria esta uma das mais suaves e atraentes obrigações, no momento em que se presta homenagem a um grande criador de uma ciência, vir exaltar a memória do médico português, que com tanto brilho a cultivou, dedicando-lhe toda a energia do seu potente arcaboço de higienista eminente.

Permita-se pois a um apagado adepto da mesma ciência, entoar a sua modesta e breve evocação, despida de pretensões e de coloridos de erudição, mas impregnada do desejo sincero de corresponder com simplicidade à intenção expressa no convite.

(1) Conferência realizada na Sociedade das Ciências Médicas na sessão em que foi prestada homenagem à memória de Pasteur e, ao mesmo tempo à de Câmara Pestana e de Ricardo Jorge, conforme o voto aprovado por unanimidade em sessão da mesma Sociedade a respeito deste último.

Ex.^{mo} Sr. Presidente da Sociedade das Ciências Médicas
Minhas Senhoras
Meus Senhores

Ricardo Jorge formou-se na Escola Médica do Porto em 1879, a qual, breves meses decorridos, lhe abriu as portas do professorado.

Pouco tempo antes, em 1877, como fecho de quase 20 anos de investigação transcendentemente luminosa e fecunda, Pasteur lançara com fulgor e segurança científica as fundações de uma ciência nova.

Apoiando com a sua autoridade, as então tão discutidas investigações de Davaine sobre o bacilo do carbunculo, estuda e apresenta os processos que permitem cultivar as bactérias patogêneas. É todo o fundamento da Bacteriologia, que rapidamente germinará em luxuriante desenvolvimento.

Aos seus estudos sobre especificidade das fermentações, que prova serem originadas por seres vivos, sucede-se a noção da etiologia das doenças infecciosas e do método laboratorial que permite o estudo dos seus agentes.

As investigações sobre a doença dos bichos de seda, que permitiram a Pasteur instituir a sua hipótese do *parasitismo como mecanismo patogénico*, conduziram-no também a estabelecer o *princípio do isolamento*, como medida preventiva.

Por dedução directa das descobertas pasteurianas, enriquece Lister o arsenal sanitário com a arma da desinfecção, criando a antiseptia pelo ácido fénico.

O génio de Pasteur faz ainda surgir a concepção da *imunidade artificial*, posta brilhantemente em prática para o carbunculo e para a raiva.

Um foco potente de luz nova e criadora ilumina um vasto sector da medicina. Embora alguns se ofusquem com luminosidade tão intensa, a que as suas pupilas recusam adaptação, logo muitos outros se deixam inundar por esta luz abençoada, seguem-lhe a esteira, com espírito revigorado e alma em deleite.

A patologia infecciosa, dominada até então por concepções fantasistas, absurdas e até sobrenaturais, recebia uma preciosa dádiva — a *noção etiológica*. A refrangência deste novo prisma de observação, cria fulgores espectrais de transcendental projecção, cujas consequências vão surgindo. São novas concepções epidemiológicas e profiláticas, é uma verdadeira ressurreição da Higiene.

Ricardo Jorge, que dava ainda os primeiros passos na sua vida profissional, foi seduzido pelas radiações do novo astro que então ascendia para o Zenith.

Eram ideias novas, revolucionárias, uma ciência em remodelação; essas ideias enfeitiçavam-no, compreendia lhes o enorme alcance para a humanidade. Aqui, não se media ainda esse alcance, não se deduziam as suas consequências lógicas, havia demora em se lhes colher os benefícios. Era preciso lutar, pregar o novo evangelho, gritá-lo com alma, com convicção, sacudir o marasmo do comodismo retrógrado; urgia que se estendesse até nós o bafo acariciador das novas descobertas, transmutadas nas suas ilações benéficas, algumas já seguras e outras a prever.

Lança-se no apostolado, com toda a sua lúcida energia de lutador intemerato e inicia em 1884, a série de conferências de Higiene Social. Abre a primeira com uma verdadeira profissão de fé: "Duas cousas, dizia Leibnitz, devem servir de fito às nossas preocupações, a *virtude* e a *saúde*. Estas palavras solenes, emanadas dum espírito soberbo, daqueles que, faróis da humanidade, projectam a sua luz vivificadora séculos a dentro, merecem ser rememoradas, como insígnia directa de toda a tarefa, cuja aspiração seja a utilidade comum.

De facto, revigorar o carácter e temperar o corpo, modelar as normas do comportamento moral pelas leis do justo e do bem, e pautar o comportamento físico pelas leis da saúde, relacionar o homem, já com o meio social, já com o meio ambiente, de modo a assegurar a vitabilidade e perfectibilidade do indivíduo e da espécie, tais são os mandamentos essenciais e irredutíveis de toda a acção civilizadora. „

Perfeição de síntese que contém todo um programa de acção social. Mais adiante, diz: "Encadeada à sua positividade concreta, a higiene só podia traçar a sua organização definitiva no século científico por excelência, naquele que bem pode denominar-se o século das ciências biológicas.

Mas o império da ciência desabrocha ainda; um passado inteiro de preconceitos, crimes e loucuras abate de frente o seu poderio.

O triunfo se ele vier, será tardio; mas esta luta titânica não repouza, e a higiene avançará progressivamente no caminho luminoso da influência culminante que lhe cabe na direcção suprema da acção individual e colectiva „.

Visão clara das realidades e preito de culto ao seu ídolo!

Depois de fazer uma análise crítica das mais importantes legislações sanitárias anteriores, afirma à laia de síntese do que entendia serem então os Serviços de Saúde:

“Escalpelado o corpo combalido da higiene official e saciados de lhe examinar as minúcias de organização — se organização se pode apellidar a um amontoado caprichoso e disforme de peças heterogéneas e desconexas — tentemos apanhá-la agora em alguns dos seus momentos fisiológicos; estampemos-lhe os movimentos insólitos e o bracejar coreico e destemperado quando o terror lhe estimula a atrôfica musculatura e lhe desengonça as semianquilosadas juntas. Por um fenómeno atávico fixo por longos processos de hereditariedade, o corpo mole da higiene administrativa sacode sòmente o longo sono da hibernação, quando ameaça gravíssimo perigo. É uma espécie de vida oscilante de que a epidemia bate o compasso.

Paira nos ares o micróbio e entra em crise o funcionalismo sanitário; e Oh! que temerosíssima crise!

Se por um longo e sólido processo anterior de cerebração consciente, a mísera higiene nacional tivesse sistematizado um plano geral e firme de defesa e de medidas sanitárias, na hora desejada, no momento do perigo, todos os seus actos sairiam coordenados, metódicos e seguros, inspirando a confiança devida „.

Empunhou agora o alvião demolidor com aquela energia crua do seu espírito construtivo de reformador e lançou-se na obra legislativa que foi notável. Esta, focou-a recentemente com brilho, na sua conferência, um dos nossos mais ilustres sanitaristas, o Dr. Arruda Furtado. Não há mais que dizer; sejam-me permitidas apenas algumas ligeiras considerações de ordem geral.

Subordinar a orgânica e legislação aos postulados científicos, dentro do critério de uma verdadeira política sanitária, na acepção pura e nobre do termo e libertá-la na sua aplicação, de falsas

é vulgares noções pejorativas, que na ânsia de relevo individual atrofiam a pureza da noção de conjunto, são os primeiros bordões a que se pode arrimar, com segurança, qualquer ideia de organização da Higiene Pública.

Porém, por mais perfeita que ela seja, por mais clara e desempoeirada a concepção que ela traduza, estará sempre condenada irremediavelmente à falência, se não for acolitada por uma série de elementos, seus companheiros inseparáveis, dos quais deriva a sua própria força.

São eles: *os meios de acção, os executadores da acção e a preparação do meio de acção.*

Os defeitos de uma concepção deficiente, podem atenuar-se por uma realização perfeita, que acabará mesmo porventura por criar o ambiente próprio para aferir a concepção inicial.

Inversamente não há concepção orgânica e legislativa, por maior que seja a sua perfeição, por mais científicos os seus fundamentos, que possa sobreviver a uma realização imperfeita ou deturpada, quer pela sua qualidade, quer pela sua pobreza.

A análise dos defeitos qualitativos de realização, revela muitas vezes a intervenção, na sua periferia, de uma multidão de imponderáveis que é preciso anular, verdadeira ferrugem de velhas engrenagens há largo tempo entregues a si próprias, sem a necessária assistência. São muitas vezes linhas de força, em trabalho isolado, que por isso mesmo se torna com frequência divergente, senão contundente.

Dar sentido convergente e ritmo ao sistema em si próprio e nas suas relações com sistemas subsidiários e colaterais é todo o trabalho complementar e fundamental necessário para conseguir eficiência de realização de qualquer concepção orgânica.

Em matéria de Higiene Pública, *os meios de acção*, são tudo.

Poderá imaginar-se um sistema ferroviário, sem estação central, sem estações e apeadeiros intermediários? Alguém concebe tal sistema sem combóios e estes sem um sistema motor que os reboque e pessoal que os conduza? E, para que servirá ele, se o público não aquiescer a utilizá-lo?

Atente-se no que escreveu, entre outras cousas, Ricardo Jorge, no relatório preambular da reforma de 1926, a propósito da Direcção Geral de Saúde: "a singeleza e pobreza desta instância, chamada superior, mas na realidade inferiorizada,

forçam-na a ser tantas vezes imbelemente, a triste testemunha de males que não tem modos de remediar. Por toda a parte esta rodagem é a mola real da higiene aplicada — ali se estuda, se vigia e se promove tudo o que é ou precisa de ser higiene.

Querê-la uma simples secretaria é condená-la à nulidade e esquecer que a sanidade pública é uma ciência e uma arte, hoje especializadas ao máximo, e até um feixe de especialidades.

Quem ali exerça responsabilmente a direcção tem de dispor à roda de si de gente adestrada, de instrumentos de investigação e apetrechos de combate. Dali saiem as expedições que têm de acudir onde surge uma epidemia de importância para atalhá-la. Ali têm de receber-se e apurar-se os dados que permitem avaliar dia a dia, do estado sanitário do País; ali têm de medir-se, graduar-se e fiscalizar-se o esforço da sanidade periférica e a actividade dos seus serviços „.

A Higiene moderna, libertada dos postulados empiricos dos tempos passados, pelo espírito renovador que invadiu as ciências biológicas desde o final do século XIX, adquiriu verdadeiros foros científicos baseados nos dados da experimentação. Tornou-se um verdadeiro “feixe de especialidades „ na expressão feliz de Ricardo Jorge, feixe policrómico que reúne em agregado inextrincável uma multidão de conhecimentos absorvidos, em colaboração feliz de numerosas outras ciências; é a Medicina através da fisiologia, da bacteriologia, da parasitologia, da patologia, da terapêutica; são as ciências físico-químicas e naturais com a química, física, geologia e a antropologia; é a matemática principalmente com a estatística; juntamos ainda a geografia, sociologia, economia política e não teremos a pretensão de ter completado o balanço de toda a irradiação científica que converge centripetamente para dar força e vida, pela união em laço único, ao organismo sanitário.

Desta complexidade resulta, entre outras, uma ilação — a Medicina Sanitária não se faz só com médicos. Na necessidade de recrutamento de técnicos extra-médicos para o organismo central.

Também muitas das suas atribuições executivas pertencem, mesmo com muito maior propriedade e eficiência a técnicos sanitários que, bem adestrados, instruídos e dirigidos são auxiliares preciosos. Estão neste caso: o fiscal sanitário, o agente sanitário e a visitadora sanitária.

Estas noções, que também Ricardo Jorge pregou, estão bem consignadas na nossa actual reforma (Decreto-lei n.º 35.108).

Também está no seu espírito e no programa revigorador que paira sobre este organismo combalido, o encarar as suas necessidades materiais.

Tenhamos fé!

Tende cada vez mais a Medicina Preventiva moderna para uma remodelação profunda nos seus meios de actuar, fugindo aos métodos policiaes de legislação compulsiva e penal, que suscitam retraimento e opposição, para marcar como ideia central do esforço sanitário a propaganda e educação.

Esta directriz fecunda, não deve todavia limitar-se propriamente à "instrução higiénica", isto é, à propaganda das regras e medidas higiénicas aconselháveis para evitar doenças e manter uma boa saúde de corpo e espírito. Pretende-se ir mais além, penetrar mais fundo, fazer verdadeira educação, actuando então na criança desde os primeiros anos de vida, de modo a conseguir a adaptação inconsciente, automatizada, aos hábitos higiénicos.

Por este caminho se chegará a atingir aquele estado colectivo a que se chama "consciência higiénica", verdadeira base que cria o terreno apto para que a máquina sanitária atinja plena eficiência.

Sem a compreensão geral, aceitação e colaboração activas, por melhor que seja a orgânica legislativa e os meios de acção, com os mais competentes executores, o rendimento global, a finalidade sanitária e económica que se procura atingir, de economia de vidas humanas, melhoria da capacidade de trabalho e correspondente aumento da riqueza do País, será sempre fraco e desproporcionado. Urge que se entre por esse caminho, decididamente, com método, persistência e unidade de acção. Não se concebe um serviço moderno de Higiene Pública, que não esteja apoiado por um bom serviço de propaganda e educação.

É preciso meter pelos olhos e pelos ouvidos as noções higiénicas elementares, escolhendo o método consoante o meio de actuação.

A imagem estática sob a forma de cartaz, a imagem animada, folhetos simples e curtos, a voz de leigos com ascendente nas massas, previamente industriados, como o pároco, o professor, o contra-mestre etc., são entre outros, meios bem conhecidos a pôr em prática.

Estas noções que também Ricardo Jorge preconizou, estão bem consagradas na nossa actual forma. De resto, já n.º 35 1081. Também está no seu espírito e no programa investigador que para sobre este organismo combatido, o encerra as suas

Ricardo Jorge dominou a higiene em todos os seus múltiplos aspectos, embora um dos seus sectores, porventura o mais importante, se apresentasse como particularmente grato ao seu espírito sedento de investigar — a *epidemiologia*. Foi um grande epidemiologista e inscreveu brilhantemente o seu nome na história dessa ciência, cuja evolução à luz dos conceitos novos da era Pasteuriana o interessou profundamente, pode mesmo dizer-se que com ânsia apaixonada, ao atentarmos na enorme actividade mental que lhe dedicou e de que são testemunho insofismável os seus numerosos trabalhos.

A noção epidemiológica não era nova, vinha da antiguidade. Hipócrates, Galeno, mais tarde Sydenham entre muitos outros tiveram dela uma visão precisa, embora interpretada e exposta segundo os conhecimentos científicos da respectiva época.

Verificava-se que existiam doenças colectivas, desenvolvendo-se por vagas ameaçadoras, descortinavam-se mesmo influências de vária ordem, mesológicas, ectárias, etc., a que elas deviam subordinação, mas os espíritos perturbavam-se perscrutando a sua interpretação.

Para umas era evidente o contágio, como elo de ligação para o seu começo e desenvolvimento, impondo a noção de *doenças contagiosas*. Para outras não se vislumbrava com nitidez esse traço de ligação, geravam-se e cresciam por modo insólito; vá de incriminar o ar, então suposto conspurcado por vagos agentes maléficos, a que se chamaram *miasmas* causadores das *doenças miasmáticas*. E, quantas vezes, perante as grandes calamidades pestilenciais, se não caiu no recurso de invocar influências sobrenaturais para as explicar.

Em presença da doença infecciosa expressaram sempre, porém, os médicos duas tendências espirituais distintas. Para uns é preocupação central e obsediante a ânsia do pormenor, o interesse em esmiuçar o caso isolado, explorando-lhe toda a sua riqueza sintomática; domina e interessa apenas o sentido utilitário, encarando a doença infecciosa no seu aspecto individual, através do conhecimento do modo de início, da evolução e da sua terminação no indivíduo atacado. A atenção é absorvida

pelo *estudo nosológico*, e para etess a doença infecciosa não é uma só, há tantas quantos os indivíduos atacados. como imagens kaleidoscópicas que se vão sucedendo.

Para outros, é a visão larga que se desentranha, desprendendo-se do pormenor individual, pondo de lado o rebuscar de pequenas particularidades. Interessa sim, fixar caracteres fundamentais, comuns, que permitem englobar uma cadeia de casos individuais no mesmo quadro dêmico. Atentando na predilecção que apresentam estas doenças para se generalizarem nas colectividades e em como esta incidência colectiva lhes confere características especiais e comuns, de comportamento, de gravidade e de expansão, colocam-se num plano superior de observação, apreciando-as por visão de conjunto.

Esta verdadeira patologia infecciosa colectiva, sobrepõe à doença do indivíduo, a doença da "espécie humana", procurando destrinçar através das exteriorizações sistemáticas variáveis consoante o resultado do conflito entre o agente e o poder reacional dos indivíduos, aqueles traços comuns e fundamentais que lhes conferem aquilo a que se pode chamar a "individualidade epidemiológica".

A sua projecção no espaço é marcada pelo estudo de cada surto epidémico. A sua projecção no tempo é marcada pelo estudo da sucessão dos surtos epidémicos e sua comparação no aspecto epidemiológico. Verifica-se então, que através dos tempos, estas doenças têm uma verdadeira vida; ao passo que umas, como que envelhecem, depauperando-se ou mesmo extinguindo-se, outras nascem, ou simplesmente vivem e revivem.

Já há muito que Anglada e mais recentemente Charles Nicolle chamaram a atenção para esta vida das doenças infecciosas.

Ricardo Jorge, aborda também o assunto, dizendo:

"Estas *evoluções, involuções e revoluções* das doenças dêmicas, contam entre os factos mais interessantes que regista a patologia colectiva, e para o epidemiologista levantam uma questão transcendental, a das leis e causas que presidem às eclosões, extinções e ressurreições, das epidemias, causas envolvidas em geral num mistério muito difícil de penetrar. A doença aparece especificamente e sintomaticamente a mesma, através os seus *avatares*; reduzida a uma fraca endemia, a casos esporádicos e raros ou chegada ao auge de uma epidemia, o seu "*facies*", é na essência o mesmo. Não há a invocar, em regra geral, como

se diz muitas vezes duma maneira vaga, diferenças de virulência que, de resto, também não encontrariam explicação satisfatória. A virulência não varia sensivelmente, porque as reacções mórbidas que ela determina se assemelham nas suas modalidades e na sua intensidade. O valor patogénico conserva-se pois identico, apesar das suas oscilações, mas um coeficiente o afecta o qual é verdadeiramente variável por natureza: é o coeficiente de propagação, de difusão, de expansão — *a epidemicidade* — numa palavra, e sobre este factor a etiologia actual nada nos diz ou quase nada, mesmo para as doenças cujo segredo infeccioso melhor está desvendado pela análise experimental, graças à descoberta dos agentes produtores e transmissores.

Os antigos chamavam "génio epidémico", a esta qualidade oculta, este *quid* misterioso e caprichoso que rege a aparição e desaparecimento das doenças entre os povos. A expressão deve conservar-se, pelo menos como simbolo das condições desconhecidas, quaisquer que elas sejam, de ordem biológica, mesológica ou social, que regulam as transformações das entidades patológicas.

Das duas maiores infecções que afligiram terrivelmente os povos da Idade Média, a *lepra* e a *peste*, uma subsiste apenas aqui e ali como simples "reliquat", do antigo flagelo, que não poupou nenhum recanto; a outra, depois de ter abandonado a Europa, volta a visitá-la passados séculos, em disseminação pandémica, mas tendo perdido a "vis insita", de propagação e de devastação d'outrora. Quando eu me apercebi da sua eclosão no Porto em 1899, supus — e os sábios que acorreram de toda a parte para observarem o novo hóspede, também o pensaram — que a peste bubónica entrada por esta brecha ia fazer a conquista da Europa ocidental.

É verdade que ela assaltou alguns portos, aqui e acolá, conduzida por via marítima, mas ficou desprovida de expansibilidade tanto nos territórios como nas populações.

Poderia dizer-se que estas duas infecções não se puderam acomodar senão a estados inferiores de civilização e seriam impotentes para se desenvolverem plenamente na vida social moderna.

Mas aconteceu exactamente o contrario com o *cólera* asiático.

Denunciado pelos portugueses na Ásia, no século xvi, nunca se deixou comboiar até à metrópole nos navios da Índia,

apesar da acumulação e sugidade de bordo; esperou o século XIX para rebentar em vagas sucessivas.

É singular que no nosso século, as duas pestilências exóticas mais temidas marquem uma retrogradação manifesta, da qual nem mesmo a guerra as fez sair. Presentemente, a mais ameaçadora, depois de ter sido julgada em via de extinção, é o *tifo exantemático*, mesmo nos países afastados dos focos orientais onde, com as desgraças da guerra, ele se desencadeou com um ímpeto formidável „.

Foi notável o labor de Ricardo Jorge na ciência epidemiológica à qual se entregou de alma e coração. Disse algures: "Desde 1894, que me apanhou por officio à rede dos diagnósticos de epidemias. Sem pretender infalibilidades, de nenhum tive de me arrepender até agora, embora alguns me tenham custado infelizmente bem caro „.

Percorrendo os seus notáveis trabalhos, e os referentes a epidemiologia acusam considerável predomínio, fica-se impressionado pelo inconfundível cunho pessoal que de todos eles ressalta.

É o observador cauteloso e preciso no estudo nosológico, para a caracterização de uma doença nova, como sucedeu, por exemplo, com a *mialgia epidémica* e a *febre exantemática* (escaro-nodular), procurando sempre com afinco a destriça exacta dos elementos nosológicos com interesse epidemiológico.

Surpreende e traça com mão de mestre as características epidémicas, fixando-lhe com exactidão os traços fundamentais e através destes o possível parentesco ou pelo contrário a nítida diferenciação com outras entidades nosológicas. Na ânsia de um conhecimento completo, dentro do plano superior de concepção que caracteriza toda a sua obra, envereda resolutamente pela investigação histórica apreendendo a vida epidemiológica através dos tempos em trabalhos de verdadeira epidemiologia comparada de alto interesse científico.

Como que a aguçar e a ferir o seu instinto e capacidade nesta matéria deparou-se-lhe logo no início da sua carreira a epidemia de *peste* do Porto de 1899, da qual diz: "peste de que eu tive a desgraçada honra de ser o descobridor „.

Honra sim, porque rapidamente coligiu os elementos para um inquérito preciso e completo, caracterizando-a clínica e epidemiologicamente, apesar da sua inicial incerteza que resultava

de não lhe apreender a origem. A completar este estudo trouxe a prova etiológica, com a caracterização laboratorial do bacilo de Versin, confirmada pela comissão internacional que acorreu ao Porto.

Mas, "desgraçada honra", por razões cuja história é bem conhecida como exemplo da mais feroz e conturbada perturbação dos espíritos quando, movidos por falsas noções de interesse, recalcam no fundo recôndito da alma os mais elementares sentimentos de gratidão.

Ficou-lhe porém a curiosidade aguçada para o estudo deste mal e a ele volta com frequência até que em 1933, publica a "Sumula Epidemiológica da Peste", estudo completo de alta ténpera, no qual expende vários pontos de vista pessoais. É talvez o seu trabalho epidemiológico de maior envergadura.

Outra grande pestilência que vivamente o interessou foi a Febre Amarela e são numerosas as suas intervenções em reuniões internacionais, sobre todos os aspectos do seu estudo clínico e epidemiológico, nas 3 modalidades que sinteticamente lhe distingue: a urbana, a rural e a selvática. Esta última, sua afilhada de baptismo, por adopção do termo de "selvática", por ele já proposto para caracterizar a peste das regiões desérticas, merece-lhe um longo e completo estudo evidenciando a sua importância epidemiológica.

O seu relatório sobre Variola e Alastrim, apresentado ao "Comité de l'Office International d'Hygiène Publique", em Outubro de 1924, que tão vivas discussões suscitou em várias sessões, entre unicistas e dualistas, mereceu a seguinte apreciação ao ilustre delegado inglês, Sir George Buchanan: "estudei atentamente o relatório do Sr. Jorge e admirei as pesquisas epidemiológicas e históricas por ele realizadas, a solidez das suas informações e dos seus raciocínios, enfim toda a filosofia que ressalta da sua muito precisa comunicação, a qual constitui o fecho da abóbada da nossa documentação sobre o alastrim. Este relatório, representa quanto a mim, uma obra de valor considerável".

Surge por essa época, um acidente inesperado da vacinação anti-variolica — a encefalite post-vacinal — que origina vivas discussões quanto à sua etiologia.

Era um elemento novo que impunha a necessidade da revisão detalhada dos conhecimentos sobre Variola em todos

os seus aspectos, nosológico, epidemiológico e profilático. Ricardo Jorge é convidado pelo Comité de Higiene da Sociedade das Nações, a apresentar um plano de inquérito e pesquisas, que depois de discutido é aprovado, e ao mesmo tempo de presidir à Conferência Internacional de Haya de 1926 a qual reuniu os sábios e técnicos especializados em assunto de Varíola, com o fim de preparar a realização do inquérito.

É a marcha ascensional para as máximas honrarias da consideração dos meios científicos internacionais.

Em 1919, surge entre nós a Encefalite letárgica, cujo forte poder expansivo lhe conferiu os atributos de verdadeira pandemia. Era uma doença nova? tinha verdadeira individualidade nosológica ou era uma simples sequela gripal, como alguns pretendiam?

A investigação histórica radica-lhe a conclusão de que a doença já tinha existido entre nós no século XVI, como depreende das descrições que deixaram Amatus Lusitanus e Gomes Pereira.

Copiosa argumentação de ordem nosológica e epidemiológica levam-no a tomar posição entre os defensores da sua individualidade noso-epidémica.

Suscitou-lhe particular interesse o estudo desta doença, pelo aspecto proteiforme da sua exteriorização clínica no qual se não podia distinguir, como é hábito, um síndrome fundamental, mas sim uma série de síndromas distintos, tornando particularmente difícil a sua caracterização noso-epidémica.

Ao pretender traçar o seu quadro noso-gráfico mercê de um rigoroso espírito de análise, exprime as dificuldades da empreza na seguinte visão de conjunto, que pelo seu interesse de precisão e colorido descritivo não resistimos a transcrever:

"A síntese noso-clínica não tem que se ocupar somente com a presença de sintomas principais, mas também com a maneira como eles se encandeiam e evoluem. É uma verdadeira encenação na qual as personagens mais ou menos numerosas, entram e assim à vontade do mais caprichoso dos contra-regras.

Umas vezes o drama mórbido reduz-se a uma cena única; os sintomas entram quase ao mesmo tempo e caminham juntos até ao declinar. Há uma espécie de concordância pré-estabelecida.

O movimento mórbido faz-se inteiramente em conjunção harmónica nos três estados de ascensão, estado e declinação.

Pode acontecer que um sintoma determinado domine a tal ponto que os outros se tornem apenas sensíveis, quase ou totalmente apagados; seriam as formas *monosintomáticas*, de facto formas frustes nas quais não resalta senão um traço visível da neuro-infecção — o sono, a paralisia ou a mioclonia. Nas formas *polisintomáticas* que são correntes, em lugar da justaposição sincrónica, na qual os fenómenos decorrem simultaneamente, pode haver dissociação, tendo cada sintoma uma aparição e um desenvolvimento próprios. A evolução mórbida é incoerente; cada manifestação tem a sua forma diversa para aparecer, instalar-se ou retirar-se. Esta falta de unidade de acção vai até à *polifasia*, isto é, que a doença toma uma forma *ondulante ou recorrente*, trocando-se e substituindo-se os grandes sintomas em cada étape „.

Seria trabalho de grande tomo, que nos levaria longe, a análise minuciosa de todos os trabalhos epidemiológicos de Ricardo Jorge, que em todos se pode dizer que deixou rasto da sua inconfundível personalidade.

Teríamos então de prolongar demasiadamente a nossa palestra e por isso nos limitamos a citar as suas publicações sobre Difteria, Influenza, Tifo exantemático, Leishmaniose, Febre Ondulante, Febre Tifoide, Icterícia epidémica, etc., etc.

* * *

É pesada a endemicidade infecciosa do nosso país; é longa a lista das espécies reinantes, em terreno verdadeiramente conquistado e volumosa a incidência percentual de cada uma delas.

À lenta acção depauperadora e devastadora das endemias, minando constantemente a principal riqueza da nação, somam-se com frequência surtos epidémicos, de maior ou menor intensidade, que a maioria das vezes não são mais do que explosões paroxísticas, fugazes, como que assomos de fúria destruidora a lembrar males existentes que persistirão quando sobrevier a acalmia.

Os ânimos excitam-se e amedrontam-se quando a explosão é mais foga. Só nesse momento a intensidade do estímulo alcança o limiar de uma excitabilidade até aí adormecida e condescendente.

Clama-se, exige-se, critica-se e acorre-se então a pedir e seguir conselhos e medidas para dominar o incêndio.

Já mal se completa o seu rescaldo e sobrevém aquela doce e suave calma que só é perturbada pelo zumbido intermitente das estatísticas de morbilidade, letalidade e mortalidade.

A ânsia das medidas combativas lança quase ao ostracismo os meios preventivos. Estes, demandam um esforço persistente de organização e acção, conjugado com uma compreensão e colaboração gerais que não estão nos nossos hábitos.

É um esforço demasiado apagado e lento, é luz que tremula e não ofusca com seus revérberos, as imaginações excitáveis, fomentando aplausos pelos reflexos animadores de artifícios cénicos.

Só a utilização conjugada de uma série de elementos bem organizados permite a eficaz acção preventiva e combativa de um Serviço de Profilaxia.

Os meios de acção que se podem desdobrar, em medidas preventivas e medidas de acção directa, têm que ser elaborados e dirigidos por um Serviço Central complexo servido por vários elementos trabalhando em conjunção harmónica. São eles, essencialmente :

Notificação — Visitação — Hospitalização — Laboratório — Estatística — Propaganda e educação.

Sem uma colaboração compreensiva e decidida de toda a classe médica que por sua vez possa encontrar no Serviço de Saúde meios de auxílio desinteressado para aqueles que mourejam e se sacrificam por entre dificuldades sem par, não é possível conseguir êxito seguro em matéria de Notificação das doenças transmissíveis. Todavia é ela um dos alicerces mais valiosos de qualquer serviço de profilaxia, representando como que alguns milhares de postos de observação, enviando constantemente mensagens preciosas.

Em nome do bem comum apelamos para esta colaboração.

A *Visitação-Sanitária*, que entre nós conta já tantas colaboradoras prestantes, conhecedoras e dedicadas, representa um meio suave, mas seguro e valioso, de investigação e acção. É do maior interesse o seu desenvolvimento, com melhoria de condições materiais que desentorpeçam os seus movimentos.

Neste conjunto ocupa lugar importante o — *Hospital de Isolamento* — directamente dependente do Serviço Central de Profilaxia.

Representa o armamento máximo de tal serviço, conferindo-lhe possibilidades de estudo, investigação, ensino e treino de pessoal, ao mesmo tempo que colabora na luta, permitindo o isolamento de doentes e contactos. Não é de conceber serviço de epidemiologia, digno desse nome, que não disponha dos ensinamentos clínicos fornecidos pelo Hospital de Isolamento e de possibilidades de diagnóstico e investigação colhidas num bem apetrechado Laboratório, com técnicos competentes nas suas várias secções.

São duas necessidades instantes.

O Serviço de Estatística Demografo-sanitária, conjuga e sintetisa uma série de dados preciosos, que são base indispensável a um conceito epidemiológico verdadeiramente científico.

A educação do meio, por intermédio da propaganda, em acção tenaz, persistente e metódica, é elemento primordial destinado a procurar conseguir aquela colaboração consciente, sem a qual a eficácia de todo o sistema é perturbada, numa luta inglória, na qual as energias se gastam e só não falecem por um prodigioso esforço de vontade.

É esta máquina aparentemente complexa, com as suas peças bem torneadas e em articulação perfeita que pode gerar um serviço de Profilaxia eficiente.

Não é um maquinismo de concepção fantasista, caminhando para a utopia, longe disso, as suas engrenagens são banais, andam já por aí quase todas; não seria obra de tomo, fundir as que faltam, brunir as que existem e articular o conjunto. É no fundo uma aspiração simples e banal.

Só exigirá, como todo o bom motor, dispositivos que impeçam a penetração de grãos de areia e os cuidados constantes de lubrificação.

Serve-nos de guia o evangelho que o Mestre pregou incansavelmente, com o brilho e fulgor do seu elevado poder expressivo. Já que a sina nos lançou no mesmo apostolado, deixando-nos ao abandono de qualidades que sequer o arremedem, a ele recorreremos de novo transcrevendo uma das suas luminosas sínteses, proferida na sua conferência em 1923 — “A propósito de Pasteur”: “Quase um quarto de século se

dobou já sobre a data inaugural dessa tentativa de ressurgimento da sanidade nacional. Pasteur dera corpo e alma nova à higiene pública, forjando as armas da profilaxia anti-infecciosa. Festeje-se nas Faculdades médicas e não médicas o dia de S. Pasteur, porque santo foi até nos milagres, festividade que por ordem superior se oficializou, mas no meio do estrondo oratório tendam-se os tímpanos para a voz impertinente que perguntar: "e a propósito: como vamos de saúde pública? estaremos de contas saldas com a memória do festejado?". Os dias de festa são-no também de confissão e penitência „.

O paralelo é manifesto. Fala-se muito actualmente na necessidade de renovação da sanidade nacional. Saldaremos desta feita as velhas contas? Que se não poupem esforços para o conseguir.

Tenhamos novamente fé!

* * *

Perante a vastidão da ciência epidemiológica e espírito ávido de saber de Ricardo Jorge, desde cedo a quiz explorar em toda a sua extensão, dominando-a no espaço e no tempo.

A epidemiologia internacional fornecia-lhe um vasto campo de estudo, um somatório adicional de conhecimentos, novos materiais de erudição, a elaborar pela sua prodigiosa cerebração. Mergulhando no tempo, a investigação histórica grangeava-lhe novos subsídios de identificação e comparação, de cujo estudo extraia aqueles quadros sintéticos de rara perfeição que ora lhe traziam ajuda à fixação de caracteres epidemiológicos, ora lhe patenteavam o mistério da evolução das doenças epidémicas.

Por outro lado a sua rápida integração nas novas concepções da era Pasteuriana e os seus reflexos nas medidas de Profilaxia internacional, cujo atrazo de adaptação feria o seu temperamento fogoso e irrequieto, lançaram-no na luta pela reforma das medidas de sanidade internacional.

O pânico causado pelas frequentes arremetidas de três grandes pestilências — a peste, o cólera e a febre amarela — trazia, aos diferentes países a necessidade de uma permanente posição defensiva perante esse inimigo a cuja violência de ataque se aliava o efeito da surpresa. O desconhecimento dos seus métodos

de ataque, vislumbrados através de concepções fantasistas, meramente deduzidas sobre premissas falsas, gerava medidas de defesa atrabiliárias e tirânicas que não vergavam nem mesmo perante a frequente constatação da sua ineficácia. Campeavam principalmente duas medidas profiláticas — *as quarentenas e os cordões sanitários* — remédios drásticos de efeito ilusório, impostos mais pela tradição do que por outra convicção que não fosse o seu efeito moral de satisfazer às populações sempre ávidas de assistir ao combate dos males com medidas aparatosas.

Mas, surgia um génio que prescrutava os métodos de ataque do inimigo e no seu rasto outros desvendavam sucessivamente, em rápida progressão, os mistérios da sua tática ofensiva.

Impunha-se tirar as necessárias ilações para a defesa, rompendo com a tática defensiva tradicional que não podia resistir aos conhecimentos científicos já seguros.

Estavam em jogo dois pilares fundamentais do sistema social, que se entrechocavam — a defesa da saúde e o tráfico comercial — e já havia elementos que permitiam fixar-lhes as relações recíprocas em bases científicas, ajustando-as em equilibrada condescendência.

No regulamento de 1901, Ricardo Jorge, lança a fórmula que se tornou a sua bandeira de combate e largos anos a agitou em sucessivas reuniões internacionais. Ei-la:

“Ora, as exigências do tráfico e da saúde — mal iria aos povos e à higiene se assim não fosse — podem casar-se felizmente, e a fórmula da união varia, conforme as descobertas e os métodos práticos da profilaxia, e conforme o meio nacional, complexivamente olhado na intensidade comercial, na feição climática, na posição geográfica, no agrupamento populacional e na organização sanitária „.

Inspirado nestes princípios de imaculada transparência e perfeita ideação, traça os capítulos regulamentares referentes à sanidade internacional e com tal justeza de critério e fundamento científico que, em 1906, a propósito da conferência de Paris de 1903, podia escrever com certo orgulho: “...o nosso país tinha liberdade de dotar-se de um regimen que pudesse ao mesmo tempo satisfazer aos últimos ensinamentos da ciência e aos seus pontos de vista e conveniências de ordem intranacional e internacional. Foi uma obra isolada de defesa sanitária precedendo a obra colectiva das nações. Tratou-se aí de pontos

semelhantes cujas soluções foram quase sempre semelhantes e mesmo muitas vezes idênticas. Antecedendo as sábias e autorizadas decisões do grande congresso diplomático e sanitário de 1903, o regulamento português de 1901 tem o direito de fazer valer o seu papel de precursor da Convenção de Paris. É o que a exegese comparada dos seus textos vai mostrar numa rápida exposição „.

Saltemos sobre o pormenor, porque o não permite o âmbito desta nossa palestra e fixemos apenas o aspecto fundamental que, honrando o grande higienista português, honra também o país que em boa hora escolheu tão brilhante representante.

Já muito se tinha conseguido nesta luta contra os excessos da profilaxia internacional, abria-se forte brecha na arbitrariedade do sistema quarentenário, mas ficavam ainda de pé alguns baluartes representativos dos velhos sistemas.

Não podendo assistir à conferência de 1911-1912, por motivo de doença, é a Gonçalves Braga que cabe a honra de aí pelejar pela mesma bandeira, "conseguindo que algumas das suas sugestões sejam adoptadas „.

Ei-lo de novo, quando da revisão geral da Convenção Sanitária Internacional de 1912, intervindo largamente na discussão, fiel ao mesmo princípio de actualização das medidas sanitárias em relação com as aquisições científicas, com adaptação aos outros interesses sociais. Sem prejuízo das medidas que a ciência e o bom senso impunham o seu espírito não tolerava aquilo a que chamou "a intransigência sanitária inspirada por higienistas endurecidos „.

O que foi a sua actividade nas reuniões científicas internacionais está bem expresso nas palavras proferidas na sessão extraordinária do Comité permanente do Office International d'Hygiène Publique, reunido em Paris em Abril de 1946, pelo seu presidente Hugh Cumming, ao evocar a memória dos membros do Comité permanente falecidos durante os anos de guerra: "algumas semanas apenas depois das últimas reuniões do Office, faleceu o professor Ricardo Jorge, delegado do Comité desde 1912. Nenhum dos que o conheceram poderá esquecer o papel eminente que ele desempenhou nas nossas reuniões, assim como nas conferências internacionais em que participou. A sua erudição ao mesmo tempo profunda e vasta, a arte com

que ele exprimia os seus pontos de vista, a sua intuição excepcional e muitas vezes profética tornavam-no um dos mestres mais escutados da Higiene. Os seus estudos, principalmente sobre a peste, a febre amarela e a varíola, constituem um monumento que atestará o raro valor deste sábio. Ele sabia também ser o homem mais afável e cortês que se pode encontrar e as relações com ele eram sempre impregnadas da mais deliciosa cordialidade „.

Esta apreciação póstuma, do ilustre higienista Norte-americano, precisa, concisa e justa, é símbolo do elevado conceito que Ricardo Jorge conquistou nos meios científicos internacionais.

A sua alta envergadura mental impunha-se à consideração dos que o escutavam. É o epílogo da sua vida pública.

O lutador vencido, porque o foi e galhardamente o soube reconhecer, refugiou-se em outros domínios de acção onde os seus méritos o impuzeram como crêdor de uma dívida de gratidão, por bem servir e colocar em posição elevada o prestígio do seu país.

AUGUSTO DA SILVA TRAVASSOS

Erros e deficiências da obstetrícia e puericultura concelhias ⁽¹⁾

Ex.^{mos} Senhores Subdelegados de Saúde
Meus Colegas:

Foi com justificado sentimento de satisfação que recebi o convite para me encarregar, pela segunda vez, da palestra deste Curso dedicada à Assistência Materno-Infantil.

Com efeito isso assevera-me que há um ano consegui satisfazer as finalidades que de mim se esperavam.

Por outro lado assusta-me a ideia de que a repetição da incumbência aumenta a minha responsabilidade por ter de corresponder à confiança em mim depositada. Mais faz que me arreceie o facto de me ter sido dado um mote e a sua glosa me obrigar a focar certos aspectos que houvera preferido deixar em quiescente claro-escuro de mal esboçados contornos.

De qualquer forma cumpre-me agradecer ao Ex.^{mo} Sr. Director Geral de Saúde que aceitou a designação do meu nome quando dispunha de categorizados técnicos dentro dos seus próprios serviços e fora deles. Porque apesar de tudo entendeu que, se dera boa conta uma vez, devia continuar a servir. Bem haja!

(1) Lição proferida no Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, realizado em 1947 no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge.

Iguais agradecimentos devo e dou de coração amigo ao Ex.^{mo} Sr. Dr. Fernando Correia por todo o interesse e bom conselho com que me tem acompanhado. Apesar das apagadas qualidades deste seu amigo sempre tem tentado trazê-lo a lume da água com os mais denodados esforços.

O meu reconhecimento vai também para os nossos Colegas que no ano transacto frequentaram este Curso e tiveram a gentileza de responder ao questionário circular que lhes enviei.

Dado o título da palestra a realizar, eu, médico citadino, não me sentia bem com a minha consciência se não obtivesse um feixe de informações fidedignas sobre o que se passa em obstetrícia e puericultura nos concelhos provincianos do País.

A precisão, prontidão e interesse das suas respostas, o fogo e vibratibilidade das suas observações, sugestões e críticas, são documentos que atestam dignamente a elevação e a humanidade dos médicos portugueses e certificam-nos de que ao serviço da Direcção Geral de Saúde há um grupo de técnicos e de homens que forcem a nossa admiração. Eu, que não pertenço a nenhum quadro, posso dizer que me fica pena de não pertencer a este.

Esse questionário permitiu reunir dados sobre 27 dos nossos concelhos, abrangendo todos os distritos do Continente e várias sugestões valiosas, algumas diferentes das ideias que tinham surgido no meu espírito, e que vieram a ser aproveitadas agora, sem que isso signifique uma apropriação. Mais tarde, se houver para isso ocasião, será dado o seu a seu dono.

Meus Colegas:

É sabido de há muito que em Portugal mais de 80 % da população nasce, vive e morre para lá de Lisboa, Porto e Coimbra. A forte natalidade portuguesa é devida ao contributo provinciano pois que as grandes cidades mal equilibram o seu orçamento fisiológico que chega mesmo a ser deficitário.

Por outro lado também sabemos que a vergonhosa taxa de mortalidade de gestantes, a morti-natalidade e a mortalidade infantil são mais acentuadamente apanágio dos nossos pelourinhos rurais.

Na palestra do ano passado analisei as causas universalmente consideradas responsáveis pelos males que atacam as mães e filhos durante a primeira infância mas fi-lo duma forma geral e como em esquema. Não repetirei o que ficou dito! Seria um velho chá de Tolentino mais uma vez refervido. Não quero repisar os conhecidos lugares comuns que nos dizem ser a primeira riqueza da nação a sua população. Todos os que aqui estamos fazemos mais do que dizer essas palavras consagradas. Dedicamo-nos de todo o nosso coração e vontade e com o pouco ou muito que sabemos e valemos a corporizá-las em factos.

Por isso desta vez, em lugar de me alargar em considerações teóricas, irei estudar o que se passa, no dizer do Dr. Lopes Dias, para além de Lisboa, Porto e Coimbra, nos nossos casais, aldeias, vilas e cidades provincianas.

* * *

Desde tempos imemoriais se encontram na história dos povos referências à preocupação que para todos representou e representa o nascimento e criação dos filhos. Em todos os cantos do mundo se estabeleceram regras, fundadas geralmente em ditames religiosos, com a quase comum aspiração de aumentar a população e de estabelecer uma selecção capaz de assegurar às suas pátrias um capital humano em condições de se perpetuar, de se defender e mesmo de se impor aos seus vizinhos.

No dia de hoje, apesar do rolar dos séculos, continua a ser da sabedoria das nações que só subsistem os povos numerosos, fortes, com intensa vitalidade e essa verdade continua regra e fundamento duma política que não seja sinónimo de intriga e interesse imediato.

O advento da máquina e do cientismo puzeram novamente em equação os problemas da propagação da vida e vimos a efflorescência de doutrinas de decrepitude, doutrinas de vencidos, que mais ou menos encapotadas nos empurraram para a beira da banca-rôta e da derrota. Por isso estamos ameaçados de absorção e escravatura por povos menos civilizados mas que, talvez por isso mesmo, cada vez mais nos sobrelevam em número

é — quem sabe? — em qualidade, embora duma qualidade diferente do que idealizamos, que um dia será considerada a boa porque dominará se nós deixarmos.

Os nossos raciocínios mostram o perigo.

O nosso coração, a nossa alma de cristãos, de ocidentais, de homens livres que não abdicam do seu arbítrio que os coloca na escala humana muitos côvados acima da turba informe e gregária, revoltam-se contra a ideia da decadência e da dominação.

Resta-nos um caminho, que não é de recuo porque o tempo passado não volta. Voltam as ideias, renascem sob outra forma e a nossa experiência histórica nos dirá as que devemos preferir. Abandonemos os ídolos falidos que nos levaram à auto-destruição e voltemos à sã e clara civilização que fez a grandeza do Ocidente.

Entre essas ideias mestras há a do respeito da vida na sua clara alegria. É nos campos, longe da máquina fatídica que em vez de libertar o homem do rude trabalho do dia o escravizou a uma nova mística inhumana, que encontramos a semente ainda intacta da vida. Cultivemos essa semente esquecida, demos-lhe o cuidado que nos merece pelas promessas que contém. Apliquemos em seu benefício todo o saber que adquirimos nas longas peregrinações que fizemos pelos infernos dantescos das aberrações ideológicas em que mergulhamos, para o proteger e lhe proporcionar condições de ideal desenvolvimento.

* * *

Embora procurasse, não encontrei em parte alguma elementos concretos e gerais para apreciação do que se passa em maternologia e puericultura por esse mundo além e muito menos nos nossos burgos isolados. É portanto duma forma indirecta que terei de architectar na mente uma imagem que não se afaste por demais da verdade.

As publicações oficiais fornecem-nos as taxas da mortalidade, mas nada nos dizem da morbilidade em cada uma das suas rubricas. Ora, com o progresso técnico da terapêutica, cada vez se afastam mais esses dois aspectos do mesmo problema. Só podemos concluir que se morre menos ou que se morre o

mesmo, mas não sabemos se se adoece menos ou mais. A lógica parece dizer-nos que se adoece o mesmo ou mais!

Aceitando como índice, sujeito a correcções previstas, os números fornecidos pelas estatísticas, verificamos que em 1944 — e fazendo a exclusão dos grandes núcleos urbanos — morreram 48 355 mulheres entre 15 e 50 anos, isto é, nas idades capazes de reprodução. São atribuídas a condições ligadas com a gestação 617 mortes, o que deve ser sensivelmente inferior à verdade porque se ignora a proveniência de doentes graves, enviadas da província em mau estado de saúde e que vêm morrer nas maternidades e hospitais dos grandes meios cirúrgicos, excluídas destas contas.

Apesar da deslocação das doentes em piores condições, a mortalidade devida à gravidez e suas consequências é de 93,2‰ se nos reportarmos sòmente às idades fecundas.

Se em vez de nos referirmos à mortalidade global, por nela entrarem factores estranhos ao problema que nos preocupa, o fizermos ao número de partos, verificamos que em relação aos 190.000 que se deram no ano considerado pela nossa Província, a mortalidade feminina atingiu 3,2‰, deduzidos, evidentemente, os tais que vieram terminar tristemente nos nossos hospitais e maternidades.

Em 1943, no conjunto português, morreram por causas ligadas à parturição 75‰ das mulheres entre 15 e 50 anos.

Em 1944, excluindo as grandes cidades, a permilagem foi de quase 100.

Pretendendo um termo de comparação com o que a técnica permite nos dias de hoje podemos confrontar estes favorecidos 3,2‰ do nosso País com os 0,62‰ de East-End-Maternity Hospital em regimen de partos domiciliários e várias outras organizações de largas estatísticas.

Mesmo sem nos referirmos a entidades especializadas vemos que na Suécia, Dinamarca e outros países a mortalidade global, não ia, já em 1928, além de 2,75‰, antes portanto dos reais avanços terapêuticos dos últimos anos.

No que se refere às crianças até aos 5 anos — fundado em informações das mesmas origens — vemos que nas grandes cidades a mortalidade é de 19,9‰ ao passo que na Província chega a 34,1‰. Fazendo a destriça clássica das causas de morte nos três grupos, congénito, digestivo e infeccioso, obteremos o

seguinte quadro de valores aproximados que é suficientemente eloquente :

	Lisboa	Porto	Província
Causa congénita	18%	19%	19%
digestiva	22%	36%	65%
infecciosa	56%	44%	26%

Dentro das respectivas proporções é elucidativo notar o predomínio das doenças digestivas nesta última.

Quere dizer, o esforço puerícola que se tem verificado nos meios urbanos fez-se sentir mais especialmente no grupo digestivo, embora também agisse nos outros campos em menor escala, e por isso estes apresentam mais volume na proporção mas não no conjunto, visto que a mortalidade global decresceu para metade.

Se de facto a descida não foi paralela, isso deve-se a que nos centros urbanos a contagiosidade é maior por mais variadas e frequentes relações sociais, pela acumulação e pelas más condições habitacionais de promiscuidade e consequentes falhas higiénicas.

O perigo congénito também não foi influenciado de forma notável porque na realidade ainda pouco se tem feito de forma racional para o prevenir.

E de supor que a melhoria esperada na Província seja mais equilibrada e proporcional do que a apresentada aqui.

Se quisermos também têmos de comparação vemos que em Inglaterra, de 1910 a 33, a mortalidade total até um ano de idade baixou de 117‰ para 64‰ e em França, de 1901 a 35, de 139‰ para 65‰ ao passo que ainda em 1943 a nossa era da ordem dos 132‰.

Para completar este bosquejo temos ainda a considerar que a nado-mortalidade nas grandes cidades é de 4,3‰, ao passo que na Província sobe a 5,6‰.

Este valor é de ligar ao perigo congénito cujas causas etiológicas são idênticas em 73‰ dos casos. Ambas terão de ser encaradas na assistência à grávida de forma simultânea.

Este resumo do que se passa em matéria de mortalidade infantil não carece das mesmas correcções que se tornaram necessárias para os partos, porque raramente as crianças doentes são enviadas para os hospitais e o seu número pouco influiria na estatística.

É o momento de expor quais as causas que justificam os números expostos ou, o que equivale, os erros e deficiências a que se refere o título deste trabalho.

As qualidades e defeitos são comuns a todos os homens e por isso não me repugna servir-me do único inquérito feito em larga escala em que se tenta sistematizar as responsabilidades pelas mortes das grávidas. Esse trabalho foi levado a cabo pelo Ministério da Saúde inglês em 1928 e já tive ocasião de me referir às suas conclusões num artigo publicado no Boletim da Assistência Social, n.º 31 a 34.

Examinadas as histórias clínicas de 5805 mortes de grávidas, parturientes e puérperas, foram postos de lado 1150 casos de doenças intercorrentes ou coexistentes que só por si explicavam a morte. As restantes são atribuídas a :

Septicémias	37,1%	Hemorragias	14,3%
Eclampsia	11,6%	Embolia	6,8%
Outras toxicoses	6 %	Aborto	12,4%
Schock operatório	9,9%	Gravidez ectópica	1,6%

É de notar que as septicémias se devem dividir em dois grupos, o das consecutivas a um parto normal com 44% e o daquelas em que havia já outras doenças ou complicações ou... em que foi aplicado um forceps baixo sem verdadeira razão clínica.

O relatório a que me reporto assegura que, nas condições actuais de vida, 50% das mortes eram evitáveis pela simples utilização da organização existente e que 75% o poderiam ser se fossem utilizadas as possibilidades técnicas actuais e aplicáveis na prática social.

As culpas das mortes que se consideraram evitáveis na prática são distribuídas da seguinte forma:

- 1.º — Falta ou inadequado exame pré-natal 15,5%
- 2.º — Erro do médico (forceps prematuro ou não justificado, mau tratamento da toxemia ou infecção, etc.) 19,1%

- 3.º — Falta de organização (parto em más condições habitacionais ou higiénicas, falta de auxiliar nas intervenções etc.) 5 a 8%
- 4.º — Negligência da paciente ou dos familiares (chamada tardia, falta de assiduidade, etc.). 7,7%

Tenho pena que não seja possível observar com a mesma minúcia o que se passa em Portugal nesta matéria, mas estou certo de que teríamos de escolher, designações idênticas para a classificação das responsabilidades e talvez os valores não andassem longe dos apresentados, visto que apesar da pouca precisão dos dados do Anuário Demográfico, as septicémias deram origem a uma mortalidade de 40%, comparável com a de 37% indicada na estatística do relatório inglês.

Além destas causas, que podemos considerar de ordem técnica e psico-profissional, temos a considerar as de natureza económica e dependentes do nível de vida, dos hábitos regionais de alimentação e das facilidades ou dificuldades de comunicações. Já por várias vezes se têm feito experiências e estudos tendentes à demonstração evidente da influência exercida por uma alimentação racional e rica sobre a diminuição da mortalidade materna. Numa delas conseguiu-se a baixa de 7‰ para 1,6‰ por este único meio.

Certamente encontraríamos nesse estudo a razão da mortalidade de mais do dobro nos distritos do Sul do Tejo sobre os do Norte.

No que aos infantes se refere, e admitida a classificação corrente da etiologia mórbida que os ataca nos três grandes grupos a que já nos referimos, é de admitir no primeiro, isto é, no perigo congénito, a falta de vigilância pré-natal em vários aspectos; no combate da sífilis, da tuberculose, do alcoolismo, do trabalho exagerado e prolongado, da alimentação materna inadequada. É notável também a falta de assistência técnica ao recém-nascido e o pouco interesse que em certas regiões se evidenciava pela criança.

Mais adiante, e é este o grande mal da província, o perigo alimentar rouba-nos milhares das crianças nascidas e as razões vão desde a ignorância mais completa, à miséria, à superstição e à hereditariedade mórbida. É unânime o clamor contra o desprovimento em que se encontram os meios rurais quanto a

armamento técnico de terapêutica e prevenção, quanto a armamento económico, que impedem, pela sua escassez ou ausência total, a salvação de 13.000 crianças todos os anos.

As causas etiológicas são fundamentalmente duas: o abandono da amamentação e a má higiene da alimentação artificial. Por razões de ordem sanitária, umas vezes, outras de ordem educacional, outras ainda de ordem económica, o nosso povo sofre um tremendo desgaste de vidas que seriam dignas de melhor sorte,

No fim deste cortejo ainda temos as infecções mostrando os efeitos da ignorância profilática, da promiscuidade em que vivem inúmeras famílias e quanta falta faz a assistência médica a tempo e horas em vez daquele simulacro que muitos só procuram pela necessidade legal duma certidão de óbito ou a que é fornecida a correr por um ou outro mau médico ou enfermeira, pagos a baixo preço, e que procuram na rapidez e multiplicação de actos médico-comerciais a compensação da escassa remuneração de cada um deles.

* * *

Senhores Subdelegados de Saúde:

Das respostas ao inquérito a que procedi podemos fazer dois grupos, a um lado as de 5 cidades e ao outro de 22 concelhos rurais, sendo alguns destes dos arredores de Lisboa, de forma que na apreciação ainda merecerá diferenciá-los dos outros.

Da leitura do questionário se conclui que nos 16 concelhos rurais — excluídos os vizinhos da Capital — nada existe para vigilância organizada das grávidas, havendo ao todo e por junto 3 parteiras diplomadas e com partido municipal.

A assistência por elas prestada aos partos nos seus concelhos varia na pequenina proporção de 2 a 10% sem a menor interferência dos médicos, salvo nos casos de distócia ou infecção graves.

Não há regras para essa assistência e o material disponível é rudimentaríssimo. Os medicamentos por elas usados são antiquados — digamos assim — ou dum atrevimento inconsciente.

Próximo de Lisboa nota-se a mesma ausência de codificação, mesmo consuetudinária, salvo em dois concelhos em que existem

maternidades. O número de parteiras é apreciável, sendo 24 com pulso livre e 4 com partidos municipais. Em tudo o resto o estado é o dos seus congêneres, a não ser nos que têm as maternidades onde a proporção de partos com assistência é já de 40 %.

No grupo das cidades que responderam, e nelas estão incluídas algumas favorecidas da sorte, existe, em quase todas, vigilância pré-natal possível, só escassamente aproveitada pela população, mas é completa a separação destes serviços e das parteiras municipais porque a quase todas os médicos consideram abortadeiras.

A instalação dos serviços pré-natais e das enfermarias de partos é regular e a assistência médica e medicamentosa suficientes.

De todos os lados vem a afirmação de que os partos com « curiosas », « comadronas », « vizinhas », etc., se fazem nas piores condições.

Como era de esperar, as doenças mais frequentes da gravidez são das que é possível evitar por uma assistência bem orientada. São citadas como frequentes a pré-eclampsia, a eclampsia e as infecções; depois seguem-se as hemorragias e os vômitos.

Traduzindo a falta de parteiras competentes são citadas muitas rasgaduras do períneo e mastites.

Nas doenças inter-correntes temos a notar a sífilis, a tuberculose, as anemias e, mais raramente, o paludismo e febre tifoide.

Quanto à assistência infantil a carência é talvez menos gritante mas, apesar desta impressão do conjunto, nota-se que nos concelhos rurais não existe nenhuma espécie de vigilância puerícola e que se em 3 localidades é possível contar com alguma assistência em leites e farinhas esta se faz sem o paralelo ensino de regras dietéticas.

Próximo de Lisboa encontramos 6 povoações com dispensários ou postos de puericultura amparando 5 a 10 % das crianças, insuficientíssimas portanto, servidas por um pessoal auxiliar deficientemente formado, pois que as visitadoras de que dispõem não têm uma preparação técnica eficaz.

Mas a verdade é que, embora rudimentar, já alguma coisa existe capaz de servir de núcleo a futuro desenvolvimento, digno de ser tomado em consideração ao serem estudados os esquemas de amanhã.

O provimento de médicos é cuidadoso e mesmo, em certos casos, nitidamente especializado.

Por seu lado a enfermagem destes postos está servida por largo treino que bem equivale a um título que não era possível obter até agora, o de puericultora.

As cidades inquiridas também aqui mostram a vantagem já revelada, sendo de notar que numa delas se faz exemplarmente a vigilância de todas as crianças e em outras três há, com bom fundamento, a possibilidade de mais tarde isso conseguirem. Quer pelo número de instituições de vigilância aberta, quer pela preparação dos médicos e de algum pessoal auxiliar, o seu apetrechamento já é considerável. Com efeito em quase todas existe médico especializado, visitadoras ou assistentes sociais. Dispõem de R. U. V. e de suprimentos alimentares vigiados.

Tanto nas cidades, como nas vilas e aldeias as medidas anti-infecciosas de profilaxia são aplicadas graças, sobretudo, aos esforços das Delegações de Saúde fazendo-se a vacinação anti-variólica e em muitos casos a anti-diftérica e anti-tífica.

Como resultado do que fica exposto vemos que nos meios rurais predominam as doenças digestivas seguidas das infecciosas; nas vilas vizinhas da Capital, as infecciosas seguidas das digestivas e da tuberculose. O mesmo se passa em quatro das cidades enquanto na quinta, a melhor servida, seguem-se às doenças infecto-contagiosas as de natureza congénita, aparecendo as digestivas só em quinto lugar.

São frequentes o raquitismo e o escorbuto infantil entre os rurais e raros nas cidades.

Nos campos encontram-se indistintamente todos os vícios alimentares, ao passo que nas cidades estes se reduzem aos dois mais difíceis de combater e desenraizar, faltas de horário e abuso dos hidro-carbonados.

Se observarmos estas respostas com um espírito de crítica concluímos que as cidades consideradas já têm um equipamento razoável, quanto à variedade, mas que em muitos casos o seu aproveitamento ainda não cobre as necessidades e que a orgânica não permite a ligação e articulação do existente. É o que acontece, por exemplo, com as parteiras que trabalham sem «contrôle», com os consequentes riscos e o desenvolvimento das práticas abortivas, cada dia mais difundidas, e o recurso ao médico e ao hospital só ser aceite em condições quase desesperadas, conti-

nuando a ser raros os internamentos preventivos de grávidas patológicas.

No capítulo infantil há vigilância nas cidades, mas só numa delas é completa. Nas outras atinge uma quantidade mínima de crianças e por isso vemos que naquela o predomínio mórbido passou, como era de esperar, para as doenças congénitas e infecciosas, com baixa da mortalidade global, ao contrário do que sucede nas outras.

O inquérito revela que lhes faltam as condições de técnica médico-social, não existe cadastro nem visitação e não têm pessoal especializado.

Em resumo, pode-se concluir que têm o esqueleto da sua assistência materno-infantil mas que lhes falta ainda a projecção e desenvolvimento necessários.

Nas vilas próximas de Lisboa o caso é peor, mas já se vislumbra alguma estrutura, e a vizinhança da cidade supre muitas deficiências.

Pela província além é que a situação é calamitosa de carência, tanto no aspecto maternal como infantil!

Tudo falta, desde o material à orgânica, e até — seja dito sem desprimor — uma técnica eficiente.

Assim se compreende que as mais frequentes causas mór-bidas nas crianças da província sejam as de origem gastro-intestinal e que dos 190.000 partos que se deram nos concelhos provincianos nada menos de 132.490 fossem sem assistência qualificada.

E que era de esperar?

O « Inquérito de Higiene Rural » de 1942 informa que existiam em Portugal concelhio 128 parteiras diplomadas. Admitindo que de facto todas tinham um curso oficial, não acentuando que a maior parte exerce nas capitais distritais e que muitas são especializadas em abortos, assassinando mais do que salvando, a ponto de um dos médicos ouvidos sintetisar: « ao lado do estabelecimento de puericultura no seu afan de poupar vidas, a maternidade secreta... a fabricar abortos, paga pelos municípios... eis o quadro actual da Província!... » ⁽¹⁾ são nitidamente insuficientes para os 302 concelhos do País.

(¹) Dr. Lopes Dias — Castelo Branco.

Diz também o « Inquérito de Higiene Rural » que abstraindo dos grandes centros universitários, mas incluindo todos os outros de tipo industrial, havia só 41 Creches, sendo algumas privativas e sem contróle de funcionamento. Havia também 12 Dispensários de Puericultura e Pediatria, 7 Lactários e um número indeterminado de subsídios alimentares não vigiados.

Na imprecisão da designação e na variabilidade do critério se filia a falta ou exagero da informação citada.

É claro, só se dispõem de elementos completos referentes a menos de 10 % dos concelhos mas os oficiais, embora incompletos, fazem crer que o quadro se repete por toda a parte.

De então para cá alguma coisa se tem feito mas a verdade é que muito mais falta fazer, seguindo um plano racional prévio, rigorosamente cumprido.

* * *

Erros e deficiências são termos que implicam uma crítica, mas esta só é admissível se pretender servir de fundamento construtivo.

Vimos como é justificado e oportuno que essa crítica se inicie, visto que é a forma de conhecer o que há e não há. Esta que ora se faz é orientada na generalidade. Depois dela devem vir a lume por quem tenha autoridade para tal as que se particularizam em cada modalidade e também as mais vastas, abrangendo todo o conjunto da assistência médico-social.

Os erros e deficiências da obstetrícia e puericultura concehlias podem ser consideradas em quatro grupos:

- de organização ;
- de material ;
- de educação ;
- de funcionamento ;

Erros e deficiências de organização:

A legislação existente é extensa e permite resolver os problemas que se põem. O Código Administrativo dá latitude às Câmaras para cuidarem dos expostos e abandonados (art. 48, 145 e 150) e doentes. Entrega a assistência maternal e infantil às Misericórdias e só em 58 dos 302 concelhos do País elas faltariam.

As Juntas de Província e as de Freguesia (art. 314 e 254) têm, de uma forma ou outra, obrigações da mesma natureza.

Também o decreto-lei n.º 23051 prevê funções de assistência materno-infantil em benefício das associadas das Casas do Povo e das Caixas de Previdência.

Na moderna legislação de assistência e saúde é larga a cota parte dedicada a este capítulo. Assim se criou na Direcção Geral de Saúde um serviço técnico de Higiene da Infância, ao qual compete em especial «orientar a assistência médica à infância, tomando as medidas aconselháveis para favorecer o revigoramento da raça» (dec. n.º 35108 — art. 15.º B).

O art. n.º 75 do decreto-lei n.º 35.108 atribui às Comissões Municipais de Assistência a função de promover a criação de Centros de Assistência Social. Estes são considerados organismos especiais de assistência e como tais gozam de autonomia administrativa, podendo ser geridos por entidades particulares.

Pelo mesmo documento legislativo são criados os órgãos coordenadores da assistência, entre os quais o Instituto de Assistência à Família e o Instituto Maternal. Compete ao primeiro «fomentar a criação de estabelecimentos de assistência rural e postos de consulta», «difundir as noções de higiene da gravidez» e sua profilaxia própria e divulgar as noções de higiene e puericultura para reduzir a mortalidade infantil, etc.

Compete ao Instituto Maternal «coordenar, efectivar e aperfeiçoar a assistência à maternidade e primeira infância».

Sob o ponto de vista económico, além do que já estava consignado na legislação anterior, temos a juntar o disposto nas Bases XXVII e XXVIII da lei n.º 1998 que permite às Câmaras o lançamento de derramas, de taxas sobre espectáculos, indústrias que empreguem mulheres, estâncias de águas, sobre os celibatários ou casais sem filhos, disposições essas que foram concretizadas no Socorro Social.

Não vale a pena alongar ou especificar as citações porque estas bastam para mostrar que as disposições são largas e ainda completadas pelas que se referem ao Plano Hospitalar e reforma do ensino da enfermagem.

É verdade que ainda subsiste uma natural incerteza na delimitação de funções e que os Institutos não se têm encaminhado na direcção que por lei principalmente lhes compete de facto, a de orientação e coordenação, preferindo a execução.

Não são conhecidas as normas a que se atêm e por isso é prematuro qualquer juízo, que se pode fundar somente nas poucas notícias dos jornais.

Esses não são erros e deficiências concelhias e por isso não entro na sua análise.

O que é certo é que a carência ou deficiência verificadas nos centros rurais não dão lugar a erros de organização pela simples razão que pouco ou nada há para organizar.

Nas cidades e vilas da província esboça-se essa organização mas, nos casos meus conhecidos, reflete-se a hesitação que ainda reina por vezes entre alguns organismos coordenadores, que não fornecem elementos para aquele mínimo de planificação necessário a todas as coisas.

Erros, há alguns, deficiências há muitas, mas a sua origem deve ser procurada longe dos meios concelhios porque a centralização directiva lhes tira em grande parte a autonomia e as possibilidades económicas, pouco oferecendo em contra-partida.

É minha interpretação da lei nesta matéria que junto das Misericórdias, quando fôsse possível, ou ao abrigo das Câmaras Municipais de cada concelho, as Comissões Municipais de Assistência procurassem pela congregação económica e das boas vontades, a formação dum Centro de Assistência Social, de que faria parte, em mais larga escala, a secção materno-infantil, dispondo de equipamento completo de assistência pré e post-natal, incluindo nas suas possibilidades o uso dum abrigo maternal onde fossem possíveis as mais correntes intervenções obstétricas e tendo sala anexa para débeis e prematuros (1).

(1) Dr. Rocha e Sá — Melgaço.

É também indispensável a existência de pequena enfermaria com « boxes » isolados para crianças.

Em cada aglomerado populacional de mais de mil almas, ou de menos quando o isolamento e dificuldades de comunicação o justificassem, seria estabelecido um posto rural com consultas periódicas de obstetrícia e de puericultura, executadas por pessoal do Centro do concelho respectivo.

Os Centros de Assistência Social devem estar ligados funcionalmente aos Hospitais de categoria correspondente, havendo nos distritais delegações bem especializadas de cada Instituto. É hoje doutrina bem assente em medicina social a necessidade de transformar o hospital de simples depósito de casos clínicos em elemento activo de recuperação social, para o que ele próprio necessita dos Centros de Assistência Social.

As Câmaras Municipais, valendo-se da possibilidade de lançar derramas e recolher dinheiros de outras proveniências destinados à assistência, fariam o provimento de parteiras-enfermeiras para os Centros na medida proporcionada ao número de postos, mas dependentes técnica e disciplinarmente da Direcção destes, única forma, juntamente com a polícia, de combater eficazmente a maternidade criminosa e o aborto pagos por entidades oficiais. (1)

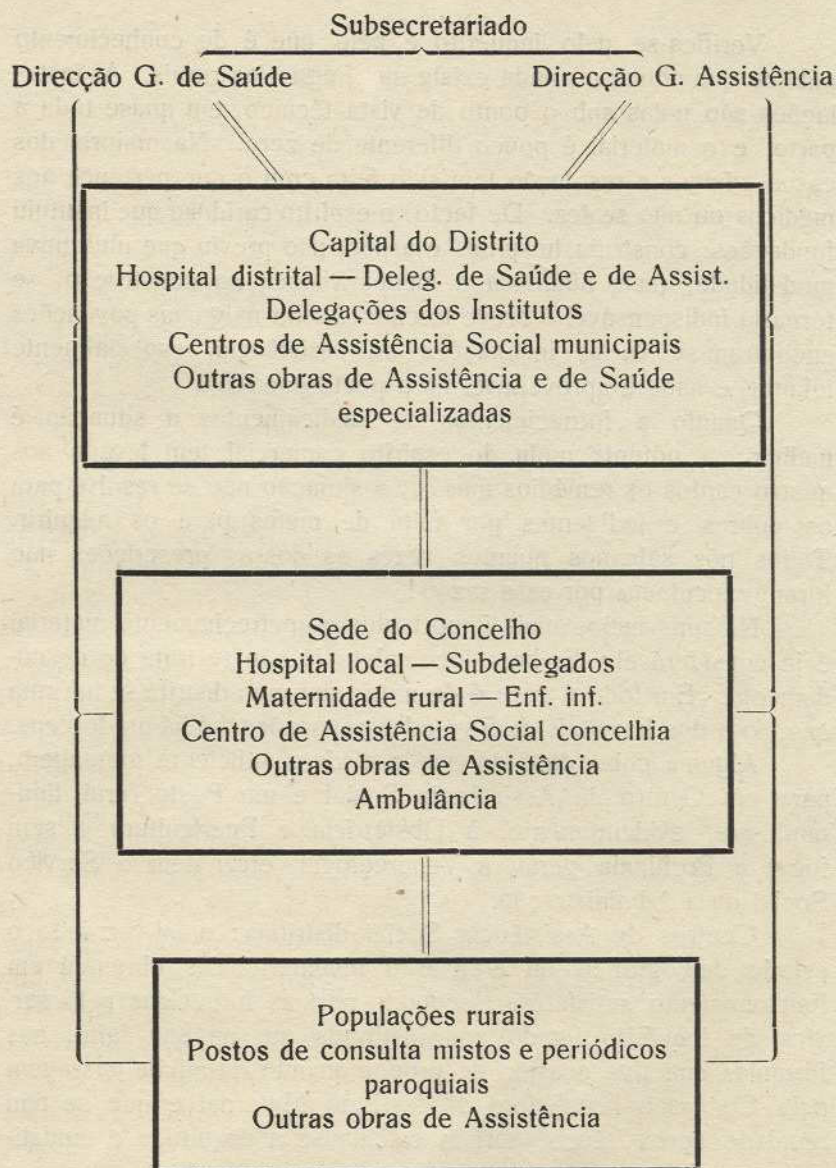
À medida da sua formação seriam preferidas para estas funções as novas enfermeiras puericultoras, de melhor estrutura moral e profissional.

Também às Câmaras viria a competir o pagamento da assistência aos indigentes e pobres. Seria possível às Casas do Povo ou outras organizações utilizarem-se destes serviços mediante contratos.

Na impossibilidade prática de contar para já com a nova especialização que se impõe de médicos treinados em obstetrícia, puericultura, administração e medicina social, seria a chefatura dos Centros atribuída a médicos que, sob compromisso de nessa povoação se instalarem, fizessem cursos de aperfeiçoamento nos Institutos para tal habilitados com preferência sobre todos os outros tirocinantes sem esses compromissos. Mais adiante voltarei a este assunto.

(1) Dr. Teles Grilo — Chaves
e Dr. Teixeira Monteiro — Vila Real.

Vê-se o esquema proposto da seguinte forma :



Erros e deficiências de material:

Verifica-se pelo inquérito e pelo que é do conhecimento público que pouco ou nada existe nas freguesias rurais. As instalações são nulas sob o ponto de vista técnico, em quase toda a parte, e o material é pouco diferente de zero. Na maioria dos casos clínicos a resolução tem sido feita com o que pertence aos médicos ou não se fez. De facto, o espírito caridoso que instituiu fundações, construiu hospitais e asilos, não previu que uma nova modalidade, mais dinâmica e menos vistosa na construção, se tornaria indispensável a breve trecho. Assim nalgumas povoações encontram-se várias instalações de assistência, especialmente infantil, e nada é aproveitável no aspecto puerfcola

Quanto a fornecimentos de medicamentos a situação é melhor; a potente mola do espírito comercial tem levado aos quatro cantos os remédios mas... a situação não se resolve para os pobres e indigentes por falta de meios para os adquirir. Todos nós sabemos quantas vezes as nossas prescrições não foram executadas por essa razão!

Nalguns meios mais importantes o apetrechamento material é já considerável. Embora incompleto já não se trata do desnudamento. Em todo o caso é de notar que num distrito se informa que, fora dos hospitais de 5 grandes povoações, só há um forceps.

Alguma coisa direi do que considero suficiente montagem, para um Centro de Assistência Social e um Posto rural, limitando-me, evidentemente, à Obstetrícia e Puericultura e sem focar a Profilaxia geral, a Venereologia, etc., nem o Serviço Social ou a Administração.

Centros de Assistência Social distritais: uma vez feito o estudo demográfico da área e o inventário das obras já em funcionamento satisfatório, segundo normas fornecidas pelo serviço de inquérito ligado aos Institutos ou, na sua falta, nas fórmulas que tive ocasião de propor quando da minha passagem pela Comissão Instaladora do Instituto Maternal e que se têm revelado aproveitáveis, seriam calculadas a amplitude e modalidades em falta.

Supondo que há tudo a criar, é de considerar como mínimo indispensável, e guardadas as proporções numéricas: uma sala de espera, de entrada independente, com ficheiro de admissão;

anexas, instalações sanitárias e dois «boxes» de isolamento. Esta sala tanto poderia servir para as grávidas como para as crianças, desde que as consultas não fossem simultâneas. Passagem vestiário com prateleiras — «boxes» para despir e vestir as crianças, balanças de adultos e de bebés e craveiras; consultório ou consultórios só para a observação ou simultaneamente servindo de sala de tratamento quando se trate de pequenos centros de freguesia; o material necessário à observação clínica e obstétrica e na sala de tratamento o destinado a pequena cirurgia, a observação ginecológica, outro às vacinações, injeções e outras práticas terapêuticas. É conveniente prever uma pequena sala de estar e instalações sanitárias para o pessoal. Anexo, deve contar-se com instalações de R. U. V., R. I. V., Diatermia e Rádio-diagnóstico, assim como um pequeno laboratório de urgência e depósito de material de partos domiciliários, de farmácia e de leites quando não haja cozinha própria.

Próximo dos Consultórios e para uso exclusivo dos médicos deve haver um ficheiro clínico.

É conveniente a ligação económica do serviço de farmácia, leites e esterilizações com o hospital.

Estes Centros têm preocupações de ordem social que lhes impõem acordos e combinações com outras obras de assistência social. Ora, dentre estas, há algumas que requerem uma orientação médico-social. Refiro-me às creches, jardins de infância e refeitórios materno-infantis.

As creches, como elementos de assistência semi-abertos de crianças das primeiras idades, com mães impedidas, por razões de ordem vária, de as vigiar durante o dia, tomam o encargo perante as famílias e a sociedade de as cuidar com apurada técnica que não sofre deficiências. É necessário que sejam calculadas em número tal que, não excedendo as unidades de 40 crianças, número máximo admitido como permitindo boa vigilância, sejam suficientes para as necessidades populacionais.

Comportam uma sala de berços e outra de recreio, «boxes» para isolamento de suspeitos, refeitório para os maiores, cozinha de leite e outros alimentos, instalações sanitárias, logradouro com boa exposição e envidraçado para repouso. Deverá estar provido de roupas, jogos infantis e ter anexo um pequeno gabinete médico.

As divisórias devem ser envidraçadas de forma a que o pessoal de vigilância seja reduzido ao mínimo.

Os refeitórios materno-infantis requerem vigilância dietética para cálculo das rações apropriadas.

Os Centros de Assistência Social concelhios têm um equipamento menos complicado, ficando reduzidos, além do volume das instalações, do que se refere ao Rádio-diagnóstico, a diatermia e a individualização de cada serviço, que é menos nítida.

Salvo nas povoações industriais, as creches são menos necessárias.

Os Postos Rurais são simples instalações de emergência, sanitariamente satisfatórias, com mobiliário simples e em que o material especializado, valioso ou sensível, deverá ser levado pela « equipe » em cada visita periódica.

Erros e deficiências de educação :

Este capítulo comporta duas partes, a referente ao pessoal e a que diz respeito ao meio.

Começemos por aquela que me parece de primordial resolução.

A medicina liberal falhou em toda a linha na satisfação das necessidades sanitárias da população. É forçoso reconhecer que no fim de mais dum século de liberalismo profissional não há assistência médica suficiente no país. Julgo que esta afirmação é incontestável e embora o assunto merecesse uma cuidada análise não vou enveredar por esse caminho porque o tempo é escasso para o que resta dizer.

A sociedade humana tem-se modificado e a medicina não a acompanhou nas suas mutações. É doloroso talvez, aos médicos da escola que ainda hoje nos forma, admitir que aquela livre concorrência de que tanto se orgulham e na qual o triunfo individual era considerado um índice de superioridade, não poderá sobreviver na forma que tem. Não há dúvida que foi e é estímulo de progresso científico e acicate no cuidado e inteligência postos ao serviço do doente, mas a verdade é que essa maneira de fazer medicina não chega e a sociedade cada vez mais imperativamente exige, não só que a curem, mas que lhe afastem a doença do caminho, e mais, que o façam economicamente, com um mínimo de perdas.

É justa a reclamação e nós temos de ser obreiros dessa medicina social, sem que se perca o estímulo do progresso, criando uma mística cuja finalidade não esteja no dinheiro ganho ou nos louvores dos clientes.

Se percorrermos « in mente » a situação dos médicos ruralistas em conjunto, e a limitação não significa que aos cidadãos se não possa aplicar o comentário, reconheceremos que não têm a formação mental e social adaptável às novas formas de vida, das suas lutas, ideais e males. A clínica isolada que se faz, aqui e além, sem concatenação com o complexo social, deixa os médicos isolados perante a maré alta dos conhecimentos novos, impotentes perante a resolução dos problemas sociais que vêm sobrepor-se aos seus problemas clínicos, desesperados na sua solidão.

O médico de nomeada das grandes cidades ainda viverá alguns anos na euforia da sua vitória individual mas... está próximo o fim! Também aí a orgânica social cerceia dia a dia a sua liberdade. O estímulo da investigação não acabará porque sempre os que trilharam caminhos novos tinham um fogo interior que os impelia, mas a clínica livre ir-se-á debatendo cada vez em menos espaço.

Nós sabemos como é a obstetrícia na província. O inquérito também o diz: a parteira ou a « curiosa » recorrem ao médico em caso de distócia grave já complicada por manobras anteriores. Que fazer? Bem ou mal, conforme a preparação, o geito e a prática, o médico resolve ou tenta resolver. em péssimas condições materiais, um péssimo caso clínico. Que deveria ter acontecido em vez disso? A selecção prévia da distócia previsível para internamento oportuno: o tratamento profilático da toxicose possível ou a sua cura no início: a vigilância sistemática do médico sobre todo o parto, mesmo que delegasse os casos correntes em parteira capaz: a intervenção, a tempo, de colega mais especializado ou de auxiliar idóneo quando a intervenção se impuzesse.

Nada disso acontece, a grávida não é vigiada, como não foi estudada a nubente; a distócia não foi prevista e isso pode ser a morte, a doença futura ou uma intervenção que deveria ter sido mais inócua; a toxicose não foi tratada como devia e a grávida torna-se uma doente por eclampsia, por hemorragia, por sepsis, por aborto, etc.: as doenças existentes não foram com-

pensadas e a tuberculose matará as puérperas, a sífilis tirará vidas sem conta, etc.; o médico não vigiará o trabalho da parteira e esta esquecerá as regras da sua profissão, será absorvida por um naturalismo anti-racional e por uma estulta vaidade ou deformação profissional, considerando-se rival do clínico ou sua inimiga. À última hora nada está previsto e não há uma anestesia para um « forceps » por não haver anestesista; o clínico pouco treinado, que confiou na sua « boa estrela », verá morrer a doente por não ter o auxílio de colega em quem possa confiar sem quebra de prestígio.

Na puericultura é preferível não falar porque ela não existe praticamente no sentido profilático em que a encaramos. Pediatria ou clínica geral aplicada a crianças, sim, mas aí intervém outro factor, o meio imbuído de preconceitos e curandeirismos que impedem a acção do médico.

Reconheçamos que o espírito do nosso clínico não se adapta ao novo trabalho que se espera da medicina.

Como se poderia resolver esta dificuldade? Como prover os vários escalões que a orgânica criou?

Penso que nas capitais distritais deveria haver, como há, um delegado de saúde, e, como não há, um delegado de assistência social, quanto possível médico, dadas as características da maior massa das necessidades a atender.

Nos hospitais distritais, delegados dos Institutos especializados com larga preparação. É o pessoal que, no nosso caso, hoje está em preparação no Instituto Maternal e a cujo quadro continuariam a pertencer.

Para os Centros Sociais são necessárias novas modalidades de formação, a dos especialistas em Medicina Social, constituindo um quadro do Instituto de Assistência à Família, que teriam conhecimentos de obstetrícia e ginecologia, de puericultura e pediatria, de doenças sociais, administração sanitária e demografia, menos particularizados do que os de técnicos de cada um destes capítulos mas mais eficientes e completos para o que deles se exige. O seu recrutamento seria possível entre os médicos novos se nas Faculdades se criasse a Cadeira de Medicina Social ⁽¹⁾ e se depois de contratados e colocados

(¹) Dr. Lopes Dias.

fossem, na qualidade de bolseiros, obrigados à frequência dos vários serviços técnicos onde encontrariam precedência de treino de acordo com a urgência da sua falta. A posse do lugar e o seu exercício deveriam ser obrigatórios durante um número de anos determinado, salvo reposição total do que o Estado houvesse dispendido.

A hierarquia determinaria espontaneamente aqueles que haveriam de fazer as consultas dos postos rurais ou concelhos de maior ou menor categoria.

De facto, não podemos contar com os médicos do Instituto Maternal para Centros Sociais, primeiro pelo seu reduzido número, depois porque seriam desperdiçados, terceiro, porque a sua mentalidade não é a mais indicada para os meios rurais.

Quanto ao pessoal para-médico este recrutamento traria vantagens porque no aspecto social não vejo forma de se conseguirem assistentes sociais em número suficiente e assim os médicos as substituiriam provisoriamente.

A enfermagem é outro óbice a vencer visto que não há ainda enfermeiras-puericultoras, nem as haverá que bastem, por estes anos mais próximos.

Serão de aproveitar útilmente as parteiras e enfermeiras existentes, pois que o seu proceder depende fundamentalmente do médico director do serviço.

Em puericultura tornam-se indispensáveis as visitadoras como elementos de penetração e de inquérito em certos meios. Essas estão-se formando já hoje num ritmo que permite esperar a sua suficiência.

Outro factor educacional a considerar é o do meio em que haveremos de agir.

Há dois tipos de população a considerar em qualquer aglomerado de certa importância. A um lado aqueles que pela sua cultura, relações sociais e hábitos de espírito, estão preparados para aceitar uma orientação sugestiva e convincente, sobretudo se ela lhe fôr incutida pelo médico, modificando com facilidade costumes antigos. Essa preparação especial do espírito pode ser benéfica se quem o moldar tiver critério, saber e honestidade. Pode ser péssima por ir criar novos preconceitos com rótulo de última palavra do que se faz na América ou noutro país qualquer que tenha sido tomado para modelo.

O outro e mais numeroso grupo é o da generalidade do nosso rural. Todos nós lhe conhecemos a tendência para a rotina, para a superstição, para a fé no curandeirismo, ao lado da mais completa ignorância dos rudimentares princípios da higiene. Uma desconfiança tradicional em relação a qualquer inovação coloca muitas vezes os rurais, sobretudo os mais idosos, numa atitude de defesa que haverá de se vencer. Vai tão longe a sua influência, que mesmo nos dispensários de Lisboa vemos clientes preferirem ser assistidas por vizinhas e curiosas do que pelo pessoal habilitado de que possamos dispor.

Observamos muitas vezes uma teimosa expressão de resistência perante os nossos conselhos sobre a alimentação infantil racional que deixa transparecer nitidamente a intenção de não os seguir. Aceitam com mais facilidade uma prescrição medicamentosa, mesmo complicada, em pediatria, do que a influência do conselho de higiene.

... E a superstição continua... e sei bem que tenho visto e tratado doentes de sociedade com o curandeiro da Rua da Esperança! Ora o que me acontece com as emigradas da província fixadas na área do dispensário em que trabalho sucede também com as que ficaram nas suas terras.

Não é de admirar portanto que inscreva entre os erros e deficiências da obstetrícia e da puericultura concelhias este aspecto psicológico do meio em que haverá de influir.

A modificação tem de ser progressiva e não é de esperar que seja sensível antes de alguns anos.

É fundamentalmente o contacto com o pessoal médico-social persistente, teimoso na repetição, paciente até ser enganado dez vezes para que à décima primeira os clientes desistam de o enganar, sempre procurando o bem verdadeiro do conjunto, com doçura para todos, com a firmeza da própria fé naquilo que se ensina, que pode mais influir.

Propaganda por editais, por publicações, pelo cinema e rádio, pelos prémios ou outros benefícios, é ótima como adjuvante, mas só como adjuvante da acção pessoal e directa.

É de preferir que ela se exerça sobre as mais novas. O aproveitamento das raparigas de cada povoação para o próprio serviço auxiliar dos Centros e dos Postos rurais afigura-se promissor neste aspecto educativo.

Erros e deficiências do funcionamento:

Por último este capítulo dos erros e deficiências que mais não é do que a concretização final, a resultante, de todos os outros.

Não é possível nos curtos limites deste estudo encarar cada serviço em separado porque isso nos levaria longe de mais. Teremos de nos limitar aos planos gerais

Nos poucos sítios onde existem instituições do tipo preventivo materno-infantil o seu funcionamento é desconexo e desarticulado.

Pelo inquérito se vê que só numa cidade é satisfatório o estado existente, embora com deficiências na parte maternal, visto não estar estabelecida a ligação entre as parteiras e os serviços de prevenção. Nas outras não existe sequer o entendimento rotineiro entre as várias obras. Estas de resto são confessadamente insuficientes.

Mais próximo das povoações concelhias rurais a carência quase completa impede o simples estabelecimento de um funcionamento bom ou mau. Aqui e além, especialmente depois da publicação da nova legislação, aparece uma boa ordenação de serviços com as suas normas de trabalho concretizadas em estatutos e regulamentos internos. O mesmo sucedia antes nos poucos Centros de Saúde que se haviam instituído, mas as deficiências de material e de pessoal não consentem o cabal aproveitamento das normas consignadas. Por outro lado as sempre reduzidas verbas confinam a sua acção a áreas restritas. Formaram-se, num ou outro ponto, pequenas ilhas beneficiadas em que logo se sentiu a melhoria, mas não uma rede de malhas suficientemente densas que todos servisse.

Não se pode pretender sem utopia que tudo seja simultâneo mas pode-se prever uma realização progressiva em que só venham a influir as reais necessidades a atender.

É necessário estabelecer um plano progressivo e fundado em cálculos criteriosos para evitar uma dispersão de esforços e de dinheiros que a todos prejudica.

Cumpre criar os Centros de Assistência Social distritais por iniciativa das Comissões de Assistência :

Preparar rapidamente o seu pessoal médico-social nas condições já indicadas :

Pedir o esclarecimento dos atributos dos Institutos de forma a evitar a absorção das funções executivas por parte dos órgãos centrais, contrária ao espírito da lei que em vários dos seus passos pretende favorecer a atribuição desse encargo a entidades particulares mesmo que para isso tenham de receber subsídios do Estado.

Em segunda fase, e esperanças no início da execução da reforma hospitalar, fazer a ligação dos centros com o respectivo hospital e incitar a formação dos centros sociais dos concelhos por ordem decrescente das populações e suas necessidades.

Todo este estudo está feito na tese apresentada pelo Dr. Lopes Dias, no II Congresso da União Nacional, « Organização e técnica da Assistência Rural ». O que dissesse sobre este particular seria um comentário ao que aí ficou delineado e o desenvolvimento dum ou outro aspecto não modificaria o conjunto.

Simultaneamente haverá, por parte dos Institutos, que uniformizar técnicas de exploração económica eficiente, regulamentar serviços : consultas pré-nupciais, pré-natais, post-natais, partos domiciliários e regras sociais e médicas do seu funcionamento. Estabelecer as condições da utilização e compensação dos serviços prestados pelos Centros e em certos casos pelos médicos e enfermeiras : regulamentar o uso dos tratamentos : procurar pelo Serviço Social o auxílio doméstico durante a gravidez, o parto e o puerpério e codificar as próprias obrigações das assistidas.

Para os infantes também se terá de proceder no mesmo espírito, com as modificações necessárias. Será preciso reger o funcionamento das « creches » e das amas, a visitação e as vacinas, as consultas de pediatria e puericultura, as inspecções das crianças pré-escolares, etc.

... Em tudo não se poderá esquecer que há uma superior doutrina eugénica a executar e que todas as particularidades se integram no seu largo âmbito !...

* * *

O serviço médico antigo é, como se demonstrou, insuficiente e isto não só em Portugal como em todo o Mundo. Por isso Cabot e depois dele inúmeros médicos e sociólogos, enveredaram por outro caminho, sistematizando o que o bom senso aconselha a todos verdadeiros clínicos, o conhecimento das condições sociais particulares de cada doente.

Foi esse proceder empírico que elevou tanto o valor do médico da família.

Hoje é impossível contar com o tipo do João Semana, conhecendo todos e a quem todos conheciam, mas o seu espírito deve iluminar-nos adaptando-se à grande massa humana que o século XIX trouxe à maioridade social. Para isso há que modificar toda a estrutura da medicina e fornecer ao médico, metódicamente, os elementos de que pessoalmente dispunha em tempos.

Para isso serve o Serviço Social com o inquérito e com a aplicação das suas técnicas de auxílio ao próximo para que ele se auxilie a si próprio, conseguindo-lhe a reintegração fisiológica na sociedade:

Para isso existem as organizações médicas, dispondo dos complicados agentes de cura que hoje se usam:

Para isso se procede, cada vez em mais larga escala, à previsão da doença.

Termino citando Fiessinger, o grande professor de Clínica francês, a propósito da medicina preventiva: « Esta é a verdadeira, a única verdadeira, medicina social. Prever para prevenir. Protecção maternal e infantil, medicina de escola, dispensários anti-tuberculosos e anti-venéreos, medicina do trabalho, vacinações. Em toda a parte o mesmo princípio: a colectividade obriga o indivíduo a aceitar a disciplina médica, exames de selecção e « contrôle » vigilância da saúde, vacinações preventivas.

Em resumo, o médico torna-se intérprete do colectivo para proteger o individual. É um belo papel, digno, nobre, mas tão perigoso!... O médico funcionalizado deve conservar, deve continuar, a sua obra com independência, iniciativa e fé, sem desfalecimento.

Exames monótonos, onde o anormal se esconde sob a normalidade, como agulha em palheiro, patologia menor, desanimadora na sua benignidade, sensação nítida de inutilidade e muitas vezes incompreensão dos superiores, evolução para o mínimo esforço, injustiça, ingratidão, desânimo...

Eis o risco, o perigo! A medicina social preventiva arrisca-se a cair no funcionalismo!

Ora isso não pode ser, porque em medicina preventiva é preciso entusiasmo, « élan », convicção e juventude...

FRANCISCO FERNANDES HOMEM

Nota — Várias outras sugestões podem ser reconhecidas pelos seus autores inspirando os dizeres desta palestra, porém, não se lhes faz referência especial porque já haviam sido dadas à publicidade em escritos anteriores.

LUGARES SELECTOS

Prostituição e Profilaxia Antivenérea

Um Projecto de Decreto (1)

I. — Se há instituição a reclamar golpe certo e fundo do braço reformador da República, é o regime policial das prostitutas; tudo o condena a ser justificado e arrasado.

Inteira e integradamente ilegal, existe sem lei, fora de toda a lei, e ao revés de todas as leis. O texto capital a invocar, como autorizador da regulamentação policial das meretrizes, é uma sêca alínea dos códigos administrativos, que, na edição de 1896, reza assim: "Tomar providências sobre a policia das mulheres prostitutas (artigo 251.º, n.º 13.º)". Pois esta vaga faculdade tornou-se nas mãos da autoridade administrativa um poder absoluto e ilimitado, quebrando o mais elementar fôro individual calcando as garantias consagradas do direito penal e civil. Imposta a marca de meretriz como um ferrete pelo poder discricionário investido, a mulher passava a ser um ente à parte, sem foros sociais, castigável e colectável a talante dos seus senhores.

(1) *Este projecto foi mandado prontificar, durante o Governo Provisório, por determinação do ministro do Interior, o Ex.^{mo} Sr. Dr. António José d'Almeida, e sob as suas vistas se elaborou e redigiu. Não chegou porém a termos de promulgação; a reforma frustrou-se; mantendo-se a chamada policia sanitária mais ou menos nas condições do statu quo ante.*

Fazia parte este projecto dum programa seriado de providências legislativas de hygiene social, sobre habitações de classes pobres, saneamento das cidades, sanidade das indústrias e do trabalho operário, etc.

— RICARDO JORGE.

Esta jurisdição, aberrante de todas as normas políticas e humanas, não constitue, valha a verdade, apanágio nosso; em grau diverso, encontra-se imanente ao regime prostitucional de vários países onde vigora ainda o velho sistema regulamentarista; por toda a parte, também o condena o espírito jurista como negação despótica do direito comum. Assim, em França — exemplo mais aduzível que qualquer outro, porque de lá importámos a espécie e o conteúdo do livrete sanitário — praxistas notórios, como Faustin Helie, Sarrigny, Chauveau, e mais recentemente os professores Charles Gide e Jalabert, teem estigmatizado a absoluta ilegalidade que preside ao procedimento e aos actos da policia dos costumes.

Mais propriamente nosso e característico do sistema português, é a multa sempre impendente sobre a algibeira da pobre meretriz, pautada e contada segundo uma escala meticulosa de imposições e transgressões. A titulo talvez de brandura, à pena corporal substituiu-se a pecuniária, e Reuss, ao analisar num livro conhecido o nosso regulamento tipo, o regulamento Braamcamp de 1865, destacava elogiosamente como vantagem sobre o congénere francês, a prática da punição a dinheiro. Pura ilusão impressiva. A meretriz e o prostíbulo tornaram-se uma fonte impura de réditos oficiais e officiosos, à moda das mancebias peninsulares de outrora, imitadas do famoso bordel valenciano, de onde a realeza, as comunas ou os privilegiados não se dedignaram de auferir rendas, torpes mas pingues.

A alcavala teceu uma rede diabólica de propinas e multas, de malhas indestrinçáveis; uma joeira de coimas, inventiva e rendosa, como não há memória. É pasmoso como, da conjunção da escala inquisitorial das multas com as tabelas de emolumentos de toda a espécie, manam receitas indefinidas. Até de cada mudança de residência, a titulo de propina de licença, tem de largar dez tostões a desgraçada; havia-as que oito e dez vezes por ano pagaram esta espórtula. Se quer passar a teúda e manteúda, tem que desembolsar, entre outras verbas, 6\$000 reis em Lisboa e 12\$000 reis no Porto, tão sòmente para obter a simples suspensão dos efeitos da matrícula: o próprio alívio moral e material da situação de meretriz, esse mesmo é comprado como resgaste de um cativo.

Sobre o peguielho incessante das multas impostas pela policia sanitária enrola-se o novelo das custas da policia judiciária; a

condenada, se não pagava de contado, via as taxas a dobrar e tresdobrar. Cada processo, e bastos eram eles, rendia termo médio 5\$000 reis para a polícia, cálculo que a errar é por deficiência (sindicância de 1909). Seria um nunca acabar, aduzir os modos todos da cobrança tributária que, a título mais ou menos regulamentar, a almotaçaria das meretrizes impõe.

Decididamente, sobre a banquinha da alcova impura está de plantão cravada a garra do fisco policial, e de entre as harpias fisgadas ao corpo da prostituta, não é das menos sugadoras e repugnantes a dos agentes do Estado, que consente, reconhece e autoriza este *jus utendi et abutendi* que amealha nos cofres da polícia uma renda avultada na roda do ano, distribuída a rodos em gratificações e estipêndios.

Não houve meio de apurar dados seguros sobre o montante de tais receitas; os que tentaram em vão desembrulhar a meada na polícia de Lisboa, saíram com a impressão de uma cifra superior a 20 contos. O que melhor se enxerga, são as vias por onde os benesses se escoavam em percentagens múltiplas, em vencimentos de pessoal próprio e até alheio à polícia sanitária e judiciária. Havia empregados do Governo Civil, do porto de Lisboa e de outras partes, que de ali se sustentavam ou participavam, um parasitismo a maior que só à sua banda levava o melhor de 300\$000 reis por mês (sindicância de 1909).

A prensa de espremer dinheiro do corpo das meretrizes tem funcionado à maravilha sem empeno nem entraves. Há cerca de três anos baixa do Governo Civil sobre as toleradas a intimação de não divagarem pelas ruas desde o meio dia às 11 horas da noite, sob pena de desobediência — mais um recurso engenhoso de cardar proventos. A infeliz que saísse à rua nas horas vedadas, para satisfação de uma necessidade que fosse, para buscar alimento ou remédio, arriscava-se à captura. Só num semestre, de abril a setembro de 1908, foram presas por andarem fora de casa 698 mulheres; à volta do ano, esta nova rede varredoura, a pretexto de limpeza de bons costumes na via pública, despejava, segundo se calcula (sindicância citada) cerca de 6.000\$000 reis no pátio da polícia judiciária — uma pesca milagrosa!

Quem não tivesse com que tapar as fauces desta boca insaciável, ia parar aos ferros de el-rei; e a desventurada, perseguida a toda a hora pelo infernal chorrilho de alvarás, licenças, termos, emolumentos, multas e custas, descia aos últimos

sacrifícios, desfazia-se de quanto tinha, da própria roupa do corpo; sem camisa, se pranteava uma pobre creatura que tivera de apresentar-se à revista semanal, não lhe restando mais que vender nem que empenhar.

Era neste suor de sangue, sem dó que se matava a sede de um fisco hediondo. De tão cruel tributação nada revertia em favor de qualquer obra protectora das infelizes; para secar lágrimas, abafar angústias, amparar a invalidez e aliviar misérias, nem um real sequer.

E tolera-se este proxenetismo official das toleradas; tolera-se e patrocina-se. Poder intangível, mais inviolável que a constituição do reino, gosa do mais religioso respeito. Nem as próprias leis da contabilidade o afrontam, sem ousio de intrometer-se na cobrança das receitas e na fiscalização das despesas; um recesso secreto e sagrado.

O sistema podia ser, muito embora, ilegal, iníquo e imoral por princípio, mas desempenhar-se a coberto das fórmulas estabelecidas, de um modo tolerável, correcto e humano; não, o pecado original maculava-a até na execução abusiva e tirânica. De vexações, imoralidades e extorsões o acusava a opinião, e às vezes o grito era tão forte que o poder central, abalado pelos clamores, despachava uma sindicância — nunca em vão para descobrir desmandos, sempre em vão para coibir atentados. Ainda últimamente uma devassa apertada (sindicância citada), veio desvendar escândalos e abominações de toda a casta, desfiados desassombradamente em relatório documentado — crónica flagrante da polícia dos costumes. Quem for ao arrepio dos anos compulsar inquéritos sepultados nos arquivos, lá encontrará passagens análogas a sublinhar indignadamente os mesmos vícios, abusos e excessos. Já em 1871 a sindicância denunciou factos escandalosos, agora reeditados quarenta anos depois, num grau pavoroso de incorrecção e aumento. O mal passara a hereditário e incurável.

II. — Não cabe nas forças do Estado decretar o império da virtude e o desterro do vício. A prostituição é um mal infundável, produto de causas fisiológicas e sociais irreductíveis: um mal necessário até, tiveram de confessá-lo os próprios moralistas mais austeros, antigos e modernos. Não pode a lei aboli-la, o que seria utópico, nem ignorá-la, o que seria hipócrita; o que

não pode, nem deve, é deixar à solta a sua exploração e a sua facilitação.

Reveste essa exploração duas formas, ambas florescentes e rendosas — o bordel e o alcouce; aquele, casa montada de prostitutas aliciadas ao ganho da patroa; este, porta aberta à prostituição de passagem. A ambas confere a regulamentação foros oficiais, passando-lhes alvarás de licença, a título de casas de tolerância e passe, tal como se se tratasse da mais lícita e honesta das indústrias. Mercadeja-se com a devassidão à sombra protectiva do Estado, que deixa apor o selo e cobrar o tributo ao comércio da carne feminina; sob os auspícios da polícia, faz-se o escambo da compra e venda das mulheres, à custa da qual medra a proxeneta, logrando por vezes a aquisição de avantajadas fortunas. O pessoal recruta-se por toda a parte, recova-se da província, importa-se mesmo do estrangeiro.

O tráfico das brancas, tão estigmatizado, contra o qual se armam cruzadas internacionais, exerce-se às escâncaras, sob o olhar paternal da autoridade pública. Conventos de meretrício, a Alemanha condenou-os desde o código penal de 1871; e a experiência subsequente não fez senão aplaudir essa saudável supressão (Dr. Koeffel).

As casas de passe fomentam a prostituição clandestina, arrastam à dissolução solteiras e casadas, atraídas pelo ganho fácil, desviadas da honestidade pelo amor do luxo e da preguiça, ou arrastadas pelo vício e pela miséria. Todos esses bazares de carne feminina, sede da mais torpe das veniâgas, têm de ser evacuados e cerrados em nome da dignidade humana e do respeito público.

E façam-se recolher às suas procedências as prostitutas estrangeiras; Berlim afugentou dos seus muros essa espécie. Acabe-se com esse comércio de importação de brancas, que em Lisboa e Porto tem atingido tamanha escala.

Foram-se os tempos em que a prostituição assumia, perante os rigores de uma lei desapiedada, as proporções de um delito. Reprova a moral, mas não pode proibir a lei, que a mulher disponha do seu corpo a troco de dinheiro. “Nem a repetição do acto prostitucional, nem o lucro percebido, diz o jurista suíço Bridel, podem transformar o acto, por imoral que seja, num acto ilegal e delituoso”. Quando o direito medieval pretendia castigar aquelas que «façam mal de seus corpos», cometia

uma atrocidade; mas era justa a ordenação manuelina, salva a modalidade da pena, quando oferecia às alcaiotas açoites públicos com barão e pregão. O proxenetismo, esse sim, seja um delito; quem explore a prostituição alheia ou exerça o místico de media-neiro da devassidão, responda penalmente pelo feito. Coarcta-se um factor poderoso e repugnante de corrupção de costumes — a corretagem do vício.

O Código Penal visa o lenocínio no artigo 406.º, mas pune-o apenas quando exercido sobre menor de 21 anos; esse caso passa a ser uma agravante da responsabilidade criminal a impor em geral, qualquer que seja a idade da pessoa desonestada. Aos agentes do delito, individuados no código, ascendente, marido e tutor (artigo 405.º) acrescenta-se o irmão e o patrão, para o agravo da culpa.

Fica assim ampliado, como satisfação de legítimas injunções morais e sociais, o conceito penal do lenocínio.

III. — A matrícula policial das prostitutas, para efeitos de revista sanitária, iniciou-se entre nós em data relativamente recente, tendo a sua consagração definitiva no Regulamento Braamcamp de 1865, reedição melhor ou pior do estatuto parisiense. Não fizemos mais que imitar o modelo regulamentista, ao tempo sancionado como prática corrente nos países estrangeiros, onde a repressão da prostituição e a defesa contra a propagação das moléstias venéreas foram entregues à polícia com poderes latitudinários.

A consciência moral entrou de revoltar-se lá por fora; surgiram apóstolos fervorosos contra a acção perversiva e ominosa do Estado, criando a servidão oficial da prostituta, degradando a mulher, regimentando o vício; em vez da protecção social e da reabilitação honesta, o Estado perpetra afrontas e violências, precipita e consuma a perdição feminina.

Filósofos, moralistas, feministas, juristas, sociólogos e médicos organizam associativamente um movimento poderoso, que, mercê da opinião eleitoralmente expressa, vinga na Inglaterra um triunfo clamoroso; em 1886 era rasgado nas casas do parlamento o *Contagious Diseases Act*, que ninguém mais, até agora, se esforçou por arrancar do limbo da legislação obsoleta.

Estreme ou mitigada, a prática abolicional foi-se implantando total ou parcialmente nos países escandinavos, nos cantões

suiços, na Dinamarca, na Holanda, no Brasil, nos Estados-Unidos, na Espanha, etc.; nos congressos e sociedades de prevenção e combate dos males prostitucionais e venéreos, a corrente do abolicionismo voga em onda crescente, sob o impulso simultâneo de filantropos e médicos. E se há ainda espíritos irredutíveis, crentes, em princípio, na legitimidade e eficácia do sistema antigo, esses mesmos entram no concerto das increpações quando se trata de profligar o *statu quo* da polícia dos costumes.

Se em si e nos seus efeitos repugna o registo de meretrizes, que dizer das malfetorias da matrícula coerciva, abandonada à regalia arbitrária do poder administrativo?! Um cadastro de horrores simplesmente, registado em todos os inquéritos.

Resaltam os casos de mulheres honestas, submetidas à inscrição forçada das meretrizes, ou por descuido de investigação ou por malignidade de propósito; tanto a sindicância de 1871 como a de 1909, narram entre nós destes atropelos. Toleram-se o registo de raparigas de 16 anos ou mesmo de menoridade, ainda impúberes, desde que o abandono ou a exploração as relaxa ao vício; nem as crianças se poupam ao carimbo da depravação registada. Às vezes a rede policial caça-as ainda inocentes, e não têm faltado agentes crapulosos que as desfloram (sindicância de 1909).

Este regime dantesco de misérias, abjecções e torturas, merecerá ao menos a justificação de um fim de defesa social? Haverá que imolar tantas desgraçadas à barbarie regulamentar e extra-regulamentar para garantir a preservação colectiva contra um contágio minador da família e da raça? Por muito que doa à nossa sensibilidade moral, não será um remédio duro e cru a aplicar implacavelmente para nos resguardarmos dum mal maior e geral, o perigo venéreo? Isso sim; essa vexante profilaxia não passa de uma improficuidade duplamente condenável, porque não preenche, aproximadamente sequer, o seu fim preventivo, e porque cria uma perigosa ilusão de segurança.

Ao recrutamento policial escapa uma boa parte do exército de Vénus; a falange das toleradas é igualada senão sobrepujada pela prostituição clandestina, encoberta e descoberta. São as meretrizes *outlaw*, livres da imposição da revista, e como tais, livres transmissoras da infecção.

Manterá ao menos a fiscalização policial mais expurgado o rebanho confiado à sua guarda? Pretendeu-se prová-lo estatís-

ticamente, mostrando que o índice da sifilização era bem mais elevado nas soltas que nas regimentadas. Blaschko, um dos mestres mais autorizados em prostitucionismo, reduziu a nada o argumento; muitas das matriculadas sifilizaram-se antes da inscrição, estando já imunizadas quando entram na revista periódica.

O exemplo buscado nos países onde a abolição se introduziu, também não colhe. Têm-se esmerilhado e brandido as estatísticas inglesas, sem o mínimo proveito demonstrativo para a tese; se alguma cousa provam, é a inanidade do regime regulamentar. Invoca-se o caso da Itália que pela lei Crispi revogou em 1888 o sistema restritivo, que se viu obrigada a restaurar em 1891 para sustar o incremento do venéreo; o Prof. Tomasoli e outros isentaram a lei Crispi dos males imputados e denunciaram a precipitação com que foi abrogada.

Quem souber em que consiste praticamente essa revista, único fim legitimável do organismo policial da prostituição, perderá toda a fé no seu valor profilático. De que serve uma inspecção sumária, superficial e mecânica? De pouco ou nada. Ou no domicílio onde faltam as condições de exame, ou nos dispensários falhos de material, não passa em regra de um mero expediente.

Ainda aí a pobre mulher se vê aviltada e espesinhada. No dispensário não falta a patroa descaroadada, a especular sordidamente com as revistadas. A quem falte à chamada semanal, multas em barda, somente relevadas com a apresentação de atestado médico dentro de 24 horas; enfermas, quantas vezes se não arrastam até à banca da revista sem meios de pagar certidão ou multa. A gravidez de sete meses ressalva do espéculo, ou antes permite a dispensa, mas desventurada houve que nem assim escapou (sindicância citada) e se viu violentada a comparecer à revista pouco depois de parida, tão fraca ainda que teve de ir amparada ao braço caridoso das camaradas da má sorte.

IV. — Liberdade de prostituição não quer dizer liberdade de escândalo nem liberdade de contágio. Sobre a abolição radical do existente importa ensaiar um novo regime de correcção moral e defesa preventiva. Nem à devassidão se pode consentir a livre mostra, nem ao mal venéreo o livre câmbio. Ao Estado e à lei

incumbe essa dupla tutela de higiene social; ao desempenho desse dever visa a reforma decretada.

Proíbem-se em público as manifestações desonestas, as provocações à devassidão, as ofensas ao pudor e à decência. As pessoas que praticarem tais actos, podem ser detidas preventivamente, nunca por mais de 12 horas, para que a autoridade inquiria do seu comportamento moral, condições de vida e de família. O procedimento será todo paternal, educativo e correctivo. Recorre-se à família, promove-se a colocação no trabalho honesto, utilizam-se os estabelecimentos de protecção social, destinados à correcção de menores e à regeneração de maiores. Apela-se enfim para a intervenção de associações ou pessoas que se interessem pelo socorro destas misérias e auxiliem a autoridade pública na sua minoração e remédio. Só nos casos extremos, e tratando-se de pessoa adulta de maioridade, é que se aplica a pena de prisão judiciariamente.

Um pensamento domina em absoluto todas as prescrições da lei, um pensamento de justiça igualitária, o repúdio de imposições privativas do sexo feminino, tornado a vítima expiatória da profilaxia anti-venérea. Finda a distinção de sexos, um cominado, outro isento, em matéria sanitária, e restabelece-se como Neisser o reclamava no Congresso de Bruxelas, o direito comum igual para o homem e para a mulher.

A pessoa detida por provocações em público (*racolage*) tem de sujeitar-se ao exame sanitário, e, no caso de infectada, ao tratamento médico no dispensário ou no hospital. A mesma revista se poderá impor às pessoas detidas por vadiagem, embriaguez, desordem, etc., uma sondagem preventiva no meio especial onde a infecção mais grassa.

Que a são e salvo se perpetre a comunicação de moléstias venéreas e sifilíticas, não se faça com a cumplicidade do silêncio da lei. Considere-se como um dano incurso na reparação pecuniária e como um delito sujeito à pena judiciária. Entra nesta justa e protectiva cominação a sifilização das amas e crianças pela lactação, facto tantas vezes criminal e actualmente impunido.

Moléstias transmissíveis, o venéreo e sífilis deviam reduzir-se ao denominador comum da profilaxia estabelecida para as doenças congéneres — a declaração obrigatória com o cortejo subsequente de medidas preservativas. Um preconceito enraizado

veda a plena aplicação deste princípio hoje consagrado de saúde, pública: são *moléstias vergonhosas, males secretos*, obrigados ao mais cerrado sigilo profissional. A higiene social tem batido fortemente este reduto do mistério, à sombra do qual o flagelo vige e viça, prejudicando o esforço colectivo e consciente para eliminação de tamanha peçonha. Em meios onde a doutrina francesa deonto-jurídica do segredo médico se não professa, onde a profissão se não arroga privilégios conducentes à propagação indefinida do mal, onde o direito individual abdica perante o direito social, a legislação, na Dinamarca por exemplo, institui sobre a denúncia médica um sistema completo de estatística e profilaxia do venéreo e da sífilis. Não temos ainda chegada a hora da adopção integral desse molde, o mais recente e perfeito; o ensaio actual tende apenas a aproximar esse advento.

Aos médicos impõe-se o dever de uma notificação confidencial, com os resguardos devidos de identificação; bastará notar que na Noruega a notificação há meio século que vigora. Suscita-se-lhes o dever de por todos os meios ao seu alcance atalhar ao contágio. À sua consciência profissional e moral se confia a responsabilidade duma missão que só pode ser exercida pela assistência clínica, à qual compete pôr em prática a cruzada do progresso social, prègada pela medicina, em favor da higidez e da melhoria da raça.

O dispensário e o hospital, amplamente abertos e organizados, são os grandes baluartes da defesa antivenérea; cuidados prontos, eficazes, bem dirigidos, assistência pontual e plena, consultas quotidianas e até noturnas, constituem a melhor arma da profilaxia geral. Aqui, como para moléstias congéneres, a boa higiene depende da boa cura. A criação de dispensários públicos, à altura do que a praxe venereológica hoje em dia exige, constitue uma incalculável melhoria, que vale bem o sacrifício que ao Estado impõe a sua instalação. As somas fiscais extorquidas e dissipadas, nem para isso serviram; no que aí existe, o título de *dispensários* soa como uma irrisão à medicina e à humanidade.

Se há ramo na arte de curar em que o charlatanismo floresça, é este; enxameiam os curandeiros de toda a casta e as panaceias de reclamo — uma exploração escandalosa, nociva sanitariamente, contra a qual é necessário, sem complacências, vibrar o golpe da lei.

V. — Um poder unívoco imperava até agora; cassado ele, renascem as competências legais e legítimas postergadas.

À polícia geral, e não à especial de costumes, incumbe a guarda dos lugares públicos, no tocante à manutenção da decência, e à vigilância externa na execução deste decreto. Limita-se a esfera administrativa ao que é do seu domínio próprio; julgamento de multas e penas é foro da autoridade judiciária. A direcção do serviço de profilaxia moral e sanitária vai encaixado a quem de direito, ao médico higienista. Os próprios regulamentistas, acossados pela acusação perene dos desmandos da tutela das meretrizes, apelaram para o médico. O nosso decreto investe a medicina pública nessa missão superior de reforma social e restauração física.

Invoca enfim o Governo os naturais e imprescindíveis auxiliares desta salutar empresa — as forças associativas de educação e assistência, em pró dos abandonados à corrosão moral, à viciação do mundo. Das boas almas que se devotem à remissão de tamanhos males, se socorrerá o Governo para a realização do seu objectivo. Serão partícipes e colaboradores no serviço oficial; a polícia sanitária deixará de ser para todo o sempre um antro inquisitorial, ofensivo de todo o sentimento humano.

I — Revogações e supressões

Artigo 1.º É proibido em todo o território da República, o estabelecimento de bordéis, onde as prostitutas vivam em comum, dirigidas e administradas por donas de casas ou patroas, e o de "casas de alcouce ou de passe", onde vão pessoas dum e doutro sexo entregar-se a actos de devassidão.

Art. 2.º As casas de tolerância, autorizadas e licenciadas na conformidade do regime anterior, serão, sob pena de desobediência, encerradas dentro dum mês a contar da publicação do presente decreto.

§ único. A pena será imposta cumulativamente ao dono da casa de tolerância e ao proprietário do prédio.

Art. 3.º Os donos de hospedarias, casas de pernoitar, tabernas, restaurantes e outros estabelecimentos, que consentirem nessas casas o exercício da prostituição, serão condenados na pena de um a três meses de prisão e multa correspondente.

Art. 4.º É abolida a matrícula das prostitutas e anulada a faculdade tomada pelas autoridades administrativas e policiais, em face do n.º 13.º do artigo 251.º do Código Administrativo, caducando imediatamente todos os regulamentos, alvarás e serviços de qualquer ordem, até agora promulgados ou praticados, a título de polícia sanitária ou tutela de meretrizes.

Art. 5.º As toleradas, registadas à data do presente decreto, que sejam de nacionalidade estrangeira, serão entregues aos respectivos cônsules para o efeito da sua repatriação.

§ único. A mesma disposição se aplicará, em qualquer tempo, a todo o súbdito de nação estrangeira que exerça ou explore a prostituição, depois de cumpridas as penas em que haja incorrido por efeito deste decreto.

Art. 6.º As multas, ainda não pagas, que por virtude do regime anterior hajam sido impostas às toleradas, ficam desde já sem efeito algum, e será imediatamente levantada a prisão das prostitutas que estiverem encarceradas por mandado policial.

II — Procedimento e penas

Art. 7.º Às autoridades administrativa, sanitária e judicial, dentro da competência e procedimentos determinados nas leis gerais e no presente decreto, incumbe o exercício da profilaxia moral e higiénica, com o fim de reprimir a prostituição pública e a propagação das moléstias venéreas e sífilíticas.

Art. 8.º Aquele que nas ruas, lugares abertos ao público ou expostos ao público ofender por qualquer forma a decência e fizer provocações desonestas, será detido policialmente, por um prazo nunca superior a doze horas, e repreendido.

§ 1.º A autoridade deverá inquirir das condições profissionais e familiares do delinquente, e empregar todos os meios ao seu alcance para encaminhá-lo ao viver e trabalho honestos, recorrendo, conforme o caso e a oportunidade, à comissão de protecção de menores criada pelo decreto de 1 de Janeiro de 1911, às comissões de patronato moral, indicadas no presente decreto, ou a instituições análogas de assistência social, formadas pela iniciativa particular.

§ 2.º Nos casos de infracção repetida, o delinquente será submetido, por decisão do juízo competente, ao internamento

obrigatório, durante o tempo que for julgado necessário, em casas de correcção, de trabalho, de regeneração e estabelecimentos semelhantes. Quando o delinquente seja maior ou reincidente, incorre na pena de oito dias a um mês de prisão.

§ 3.º O disposto neste artigo não prejudica o efeito do artigo 420.º do Código Penal, quando o acto tiver revestido manifestamente o carácter de ultrage à moral pública.

Art. 9.º Aquele que exercer o proxenetismo, explorando a prostituição alheia, ou por hábito ou lucro excitar e facilitar a devassidão ou corrupção de qualquer pessoa para satisfazer os desejos desonestos de outrem, será punido com a prisão de um a três meses e multa correspondente. Se a pessoa desonestada for menor de vinte e um anos, a pena será de três a seis meses de prisão, e de seis meses a um ano se for menor de dezasseis anos. (Substitue o artigo 405.º do Código Penal).

Art. 10.º Quando o delito, sobre que dispõe o artigo anterior, tenha sido cometido por meio de fraude, violência, abuso de autoridade, ou qualquer meio de coacção, ou quando o agente do delito for ascendente, irmão, marido, patrão, tutor ou qualquer outra pessoa encarregada da educação ou guarda da pessoa desonestada, a pena será de um ano a dois de prisão, multa correspondente e desterro.

§ único. Esta condenação, para o pai e tutor, tem por consequência a perda do poder paternal e tutelar, tanto a respeito da pessoa desonestada como de outros filhos ou pupilos. Sendo tutor, o condenado não mais poderá exercer funções de tutela; e sendo professor, as do ensino ou de direcção em qualquer estabelecimento docente. (Este artigo e seu parágrafo substituem o artigo 406.º do Código Penal).

Art. 11.º A coabitação de pessoas com o fim de exercer a prostituição em comum é proibida e punida com a pena de três a quinze dias de prisão e multa.

§ único. Fica sujeito à mesma pena aquele que scientemente der casa de arrendamento para o exercício da prostituição em comum.

Art. 12.º As pessoas detidas por efeito das disposições anteriores serão submetidas a exame sanitário para se averiguar se estão ou não afectadas de moléstia venérea ou sifilítica.

§ único. Sujeitar-se-hão ao mesmo exame preventivo, sempre que seja julgado necessário, os indivíduos detidos como

vadios, vagabundos, desordeiros, ébrios, e ainda as pessoas condenadas à pena de prisão.

Art. 13.º Todo o indivíduo que a inspecção sanitária der como infectado, tem de ser recolhido ao hospital, desde que a segurança profilática assim o exija.

§ único. O venérico ou o sífilítico que obtenha alta hospitalar, na possibilidade de reincidências de forma contagiosa, tem de submeter-se à inspecção nas épocas que lhe sejam determinadas ou apresentar a declaração do seu médico assistente.

Art. 14.º Qualquer pessoa pode voluntariamente submeter-se à inspecção sanitária, com o fim de obter atestado médico da sua indemnidade venérea.

Art. 15.º Todo o indivíduo venérico que se apresente à consulta pública dos hospitais, misericórdias, dispensários, etc., será internado hospitalarmente nas condições do artigo 13.º, desde que a segurança profilática assim o exija.

§ 1.º Nenhum hospital geral poderá recusar as suas consultas externas e enfermarias à admissão de venéricos ou sífilíticos, sob pretexto da natureza da moléstia ou da qualidade do enfermo, ou do preenchimento de quaisquer formalidades de admissão.

§ 2.º A direcção dessas instituições clínicas enviará semanalmente à inspecção da polícia sanitária a nota de movimento dos casos observados, indicando as iniciais do nome, sexo, idade, profissão e domicílio do enfermo, o diagnóstico feito, o princípio e o termo do tratamento.

Art. 16.º De cada caso de moléstia venérea e sífilítica que observe ou trate na sua clínica particular, fará o facultativo notificação confidencial, sem indicação de nome, ao médico inspector da polícia sanitária, mencionando o diagnóstico da doença, o sexo, idade, profissão e rua do domicílio do doente.

§ único. O clínico deve prevenir o doente dos perigos do contágio e dos meios de evitá-lo, assim como da responsabilidade jurídica e moral em que incorre, transmitindo a doença. Nos casos em que o médico entenda em sua consciência profissional e moral que o doente carece de ser tratado hospitalarmente, tanto por vantagem de cura, como por segurança profilática, promoverá o seu internamento directamente ou por intermédio da inspecção da polícia sanitária.

Art. 17.º Aquele que comunicar a outrem moléstia venérea ou sífilítica, incorre na reparação pecuniária por perdas e danos;

tendo porém o conhecimento de que estava afectado de moléstia contagiosa, incorre ainda na pena de quinze dias a seis meses de prisão.

Art.º 18.º Uma criança sifilitica não pode ser amamentada senão pela mãe ou por ama também sifilitica, e a ama sifilítica não pode amamentar uma criança sã; quem infringir estas disposições, fica sujeito à responsabilidade e à pena do artigo anterior.

Art.º 19.º Aquele que, por anúncio em periódicos ou em prospectos afixados em lugares públicos ou abertos ao público, ou distribuidos em domicilio, inculcar específicos, depurativos ou quaisquer especialidades para a cura de moléstias sifilíticas, seja qual for o nome com que designe tais doenças, será condenado na pena de prisão até um mês e multa correspondente.

§ único. Ao pharmaceutico, legalmente habilitado, é facultado anunciar nas gazetas profissionais quaisquer especialidades para o tratamento daquelas doenças, desde que a venda de tais remédios esteja autorizada; não podendo no entanto ministrá-los ao público senão mediante receita formulada por facultativo competente.

Art.º 20.º A prática dos curandeiros, que se entregam ao tratamento das moléstias venéreas e sifilíticas, será perseguida segundo as leis que regem o exercício médico-profissional, devendo considerar-se como agravante a circunstância de se exercer sobre tais moléstias.

III — Inspecção

Art.º — 21.º Para o cumprimento das medidas profiláticas e repressivas, instauradas pelo presente decreto, é criada em Lisboa e Porto a inspecção médica de policia sanitária, dirigida por um subdelegado de saúde efectivo, sob a dependência da delegação de saúde.

§ único. O inspector de policia sanitária terá com adjunto um subdelegado de saúde substituto.

Art.º 22.º É instituido em Lisboa e Porto um dispensário central, destinado ao exame dos inspecionados e à consulta pública diária de moléstias venéreas e sifilíticas.

§ único. O pessoal do dispensário consta do inspector e seu adjunto, uma médica, um analista, um enfermeiro e uma

enfermeira. Os subdelegados de saúde, se as necessidades assim o exigirem, farão serviço por escala.

Art.º 23.º Fica consignado à prática da venereologia e da dermatologia o Hospital do Desterro, onde serão abertas consultas diárias de moléstias venéreas e cutâneas.

Art.º 24.º À autoridade administrativa e policial compete a execução deste decreto na via pública, lugares públicos ou abertos ao público, estabelecimentos sujeitos à fiscalização policial.

Art.º 25.º Fora de Lisboa e Porto, a inspecção da polícia sanitária incumbe aos subdelegados de saúde, auxiliados pelos facultativos de partido, e a instalação dos dispensários pertence às câmaras municipais.

Art.º 26.º O Estado protegerá e auxiliará as instituições associativas de iniciativa particular, destinadas à prevenção da prostituição e à reabilitação das pessoas viciadas.

§ único. Para os efeitos do artigo 8.º o Govêrno recorrerá aos representantes dessas instituições, desde que seja reconhecida a sua utilidade pública, autorizando-os a tomar parte no serviço de polícia sanitária, e na sua falta criará comissões de patronato moral, constituídas por pessoas idóneas de ambos os sexos.

Art. 27.º São extintos todos os lugares actuais de polícia sanitária, incluindo os dos facultativos especialmente estipendiados para inspeccionarem e visitarem as antigas toleradas.

Art. 28.º As infracções e transgressões do presente decreto serão acusadas officiosamente pelo Ministério Público em processo de polícia correccional.

Art. 29.º O Governo, pelo Ministério do Interior, promulgará as disposições complementares que forem necessárias para a execução do presente decreto.

Janeiro de 1911.

RICARDO JORGE

3.º Curso de aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde (1947)

Com a mesma orientação do de 1946, realizou-se, de 8 de Abril a 6 de Maio do corrente ano, um curso de aperfeiçoamento para subdelegados de saúde concelhios do Continente, aproveitando os recursos e ensinamentos colhidos nas experiências anteriores.

Assim, tal como em 1946, não teve o Instituto que preocupar-se com o programa das lições sobre doenças infecto-contagiosas, visto ser possível fazer coincidir a execução do seu plano com a do curso realizado no Hospital do Rego sob a direcção do Prof. Doutor Fernando Fonseca, inscrevendo nele todos os subdelegados.

Em 1946 verificara-se ser incómodo proferir e escutar as lições durante a época do calor, como foi de 15 de Junho a 15 de Julho; por esse motivo foi resolvido que este ano se começasse em 8 de Abril.

As primeiras lições foram as do Hospital do Rego, marcadas no programa das 9 às 11 horas, seguidas de visitas às enfermarias e demonstrações laboratoriais, das 11 às 13 e não à tarde, como no ano anterior, dada a distância a que fica o Hospital Curry Cabral e a dificuldade dos transportes, que em 1946 perturbaram a regularidade dos trabalhos laboratoriais.

O programa do 1.º ciclo de lições, que se realizou num dos pavilhões de madeira do Hospital, improvisado em sala de aula, foi o seguinte:

Terça-feira, 8:

às 9 h. — Prof. F. Fonseca: Vacinação antivariólica.

às 10 h. — Dr. Norton Brandão: Tinha.

Quarta-feira, 9:

às 9 h. — Dr. Arsénio Nunes: A inflamação serosa nas doenças infecciosas.

às 10 h. — Dr. Luís Figueira: Vacina antidiftérica.

Quinta-feira, 10:

às 9 h. — Dr. Silva Nunes: A broncopneumonia dos lactentes.

às 10 h. — Prof. Dr. M. Tapia: Formas agudas da tuberculose.

Sexta-feira, 11:

às 9 h. — Dr. Piedade Guerreiro: A doença do soro.

às 10 h. — Dr. Bernardino Freire: Tétano.

Sábado, 12:

às 9 h. — Dr. Oliveira Machado: Colecistite aguda.

às 10 h. — Dr. Baião Pinto: Complicações endocrinológicas das doenças infecciosas.

Segunda-feira, 14:

às 9 h. — Dr. M. Coelho: Oxiuroses.

às 10 h. — Prof. Cândido de Oliveira: Antígenos e anticorpos.

Terça-feira, 15:

às 9 h. — Dr. Pimenta Presado: Carbúnculo.

às 10 h. — Dr. Castro Amaro: Hepatite infecciosa.

Quarta-feira, 16:

às 9 h. — Dr. Leopoldo Figueiredo: Reumatismo.

às 10 h. — Prof. Toscano Rico: Modo de acção dos quimioterápicos.

Quinta-feira, 17:

às 9 h. — Dr. Andresen Leitão: Antibióticos (terapia geral).

às 10 h. — Prof. F. Cambournac: Paludismo.

Sexta-feira, 18:

às 9 h. — Prof. Fraga de Azevedo: Leishmanioses.

às 10 h. — Dr. Marques da Gama: Os antibióticos na febre tifoide.

Sábado, 19:

às 9 h. — Dr. Mendes Silva: Epidemiologia e diagnóstico laboratorial das bruceloses.

às 10 h. — Prof. Carlos Ramalhão: Surpresas e embaraços da clínica das doenças infecciosas.

Decorreu com toda a regularidade e com brilho não inferior ao do ano precedente este primeiro ciclo. Assisti a todas as lições e pude por isso apreciar o seu valor. Os Colegas inscritos no curso acompanharam os trabalhos com o maior interesse, tendo por isso dado o merecido apreço ao valor da *équipe* de colaboradores que, debaixo da competente e dedicada direcção do Professor Fernando Fonseca, levou a cabo tão útil iniciativa, tão útil em si mesmo como pelos ensinamentos de ordem prática que forneceu.

* * *

Em 21 de Abril iniciou-se na sede do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge o 2.º ciclo de lições, a que presidiu o Sr. Director Geral de Saúde.

Os subdelegados que tomaram parte no Curso foram os Drs.:

Fernando de Melo Costa e Almeida, da Anadia.

Augusto Mendes Leite de Castro, de Fafe.

Francisco António Rodrigues, de Moncorvo.

Angelo Henriques Vidigal, da Sertã.

Júlio César Lopes de Almeida, de Penela.

António Mendes Costa, de Oliveira do Hospital.

José Joaquim Dias Mendes, de Portel.

Júlio do Rosário Costa, de Portimão.

António Moreira da Cruz, de Fornos de Algodres.
António Jorge Ferreira, de Pombal.
José de Oliveira Santos, de Alenquer.
Adolfo João Lahmeyer Bugalho, de Castelo de Vide.
Américo Maio dos Santos Graça, de Póvoa de Varzim.
José Vasques Tenreiro, de Alcanena.
Vicente Marques Cadete, do Cartaxo.
D. Maria Laudelina Coelho Pereira Monteiro Barbosa, de
Rio Maior.
Acácio Alberto de Abreu Faria, de Alcácer do Sal.
José Eduardo de Oliveira, de Paredes de Coura.
Cristóvão Madeira Pinto, de Vila Real.
Gil Ribeiro de Almeida Cabral, de Vouzela.

Os seus nomes foram indicados pelos delegados de saúde dos distritos a que pertencem os respectivos concelhos.

Dado que não tomou parte no curso nenhum subdelegado de saúde do distrito de Beja, foi possível serem incluídos três do de Santarém e dois do de Coimbra, visto terem manifestado particular interesse por se inscreverem.

O programa das lições do 2.º ciclo foi o seguinte:

Abertura do Curso — pelo Director Geral de Saúde.

Erros e defeitos da sanidade concelhia, pelo Dr. Carlos d'Arruda Furtado.

Defeitos sanitários das termas e praias, pelo Dr. Armando da Cunha Narciso.

Carências alimentares, pelo Dr. António José de Moura Monteiro.

Os elementos concelhios de demografia e estatística sanitária, pelo Prof. Dr. João Avelar Maia de Loureiro.

Erros e defeitos das obras de salubridade concelhias, pelo Eng.º Agnelo Caldeira Prazeres.

Aspectos da higiene industrial, pelo Dr. Aníbal do Couto Nogueira.

Erros e deficiências da obstetrícia e puericultura concelhias, pelo Dr. Francisco Fernandes Homem Rodrigues.

Alguns aspectos da profilaxia anti-epidémica, pelo Dr. António Augusto de Carvalho Dias.

A assistência médico-social concelhia, pelo Dr. Fernando da Silva Correia.

Da ração alimentar, pelo Dr. Bernardino Alvaro Vicente de Pinho.

Profilaxia das doenças e acidentes profissionais, pelo Dr. Heitor Vasco Mendes da Fonseca.

A medicina e a higiene social num concelho, pelo Dr. José Ferreira de Sousa Fialho.

Bioquímica das águas residuais, pelo Eng.^o José Falagueiro Pinto Fonseca.

Desinfecção e desinfestação concelhias, pelo Dr. Manuel Rodrigues Mateus.

Aspectos sanitários dum distrito, pelo Dr. José Lopes Dias.

Um problema da higiene da habitação: — A casa salubre, pelo Dr. Manuel Marques da Mata.

O laboratório de Química e a saúde pública, pela Dr.^a D. Maria Ernestina da Silva Graça.

O laboratório de Bacteriologia e a saúde pública, pelo Dr. António Arnaldo de Carvalho Sampaio.

Aspectos da luta anti-sezonática, pelo Dr. Raul de Almeida Roque.

A colaboração veterinária na defesa da saúde pública, pelo Prof. Dr. Joaquim Barradas da Silva Fiadeiro.

Os defeitos correntes da higiene habitacional, pelo Dr. Henrique Jorge Niny.

Aspectos sanitários do Algarve, pelo Dr. Jaime Bento da Silva.

A medicina escolar concelhia, pelo Dr. Américo Cortez Pinto.

Aspectos do problema dos Dispensários de higiene social, pelo Dr. Alfredo Tovar de Lemos.

Encerramento do Curso.

* * *

Na sessão de abertura puz em destaque a importância destes cursos, a necessidade de eles se tornarem cada vez mais intensivos e práticos e o valor dos dois cursos anteriores, realizados, o primeiro em 1939, o último no ano anterior.

A seguir usou da palavra o Sr. Director Geral de Saúde, que proferiu as seguintes palavras:

"Decorre mais um curso de aperfeiçoamento para subdelegados de saúde. É um bom e útil pretexto para refrescar e afinar conhecimentos, para quem moureja longe dos grandes centros e ao mesmo tempo para estabelecer a convivência e conhecimento recíproco entre funcionários do mesmo serviço, que normalmente vivem afastados.

Além da afirmação do prazer de me sentir entre vós, colegas e colaboradores, que vos hei-de dizer?

Que atravessamos uma época, em que sentimos agitar os problemas da Saúde Pública, da qual vós sois os verdadeiros pioneiros, aqueles que mais directamente contactam com as grandezas e misérias de todo o viver social.

É sobre o subdelegado de saúde, misto de médico rural e funcionário sanitário, em geral mal ajudado e mal apoiado, que recai o principal esforço da acção sanitária no país.

Enquanto mais se não puder obter, e não pouparemos esforços para o conseguir, esperamos que com o desenvolvimento da acção das Delegações de Saúde distritais se possa realizar progressivamente um apoio moral e material às subdelegações.

É preciso ver no Delegado distrital, um amigo, não aquele conceito vulgar e dissolvente do amigo passa-culpas, mas no mais alto conceito da amisade que ajuda e ampara nos momentos difíceis. É este o nosso desejo, que em cada distrito se estreite o mais possível aquela colaboração que é indispensável para boa harmonia do trabalho, constituindo um verdadeiro bloco e que por sua vez todos estes blocos se integrem também harmónicamente no conjunto.

Não esqueçamos que a primeira condição para se poder exigir é saber-se cumprir, é possuir-se aquela força moral que por si própria se impõe e que mais tarde ou mais cedo acaba por sair vencedora. É erro cómodo e frequente proceder-se ao invés, por raciocínio deturpado que só conduz ao desprestígio.

Srs. subdelegados de saúde, a Direcção Geral de Saúde conhece as vossas dificuldades, tem em muita consideração o vosso esforço, que em muitos casos já tem tido ocasião de apreciar directamente, conta com a vossa dedicada colaboração

é para que não dizê-lo, com aquele espírito de sacrifício que é apanágio do funcionário sanitário.

É preciso aproveitar e mesmo excitar aquela tendência construtora que vemos esboçar e que conduzirá a um verdadeiro ressurgimento sanitário do país, que bem precisado dele está.,

Depois destas palavras do Sr. Dr. Augusto Travassos, deu a primeira lição do Curso o sr. Dr. Arruda Furtado.

* * *

Independentemente das lições teóricas, em que o programa foi cumprido, realizaram-se desde o dia 8 de Abril, como no ano anterior, sessões de estudo, em que cada subdelegado punha as dúvidas e apresentava os problemas sanitários que entendesse ou outros com eles ligados. Os assuntos expostos eram discutidos e esmiuçadamente analisados, tendo as discussões, tal como em 1946, despertado o maior interesse, não só por permitirem esclarecer dúvidas e aperfeiçoar critérios, como por revelarem os recursos intelectuais, conhecimentos especiais e gerais e espírito prático dos diversos subdelegados.

Tomaram particular interesse e distinguiram-se nas discussões os Drs. Acácio de Abreu Faria, Américo dos Santos Graça, António Moreira da Cruz, Angelo Vidigal, José Vasques Tenreiro e Adolfo Bugalho.

Além das lições técnicas e das sessões de estudo, realizaram-se visitas, respectivamente ao Hospital Curry Cabral, ao Instituto de Serviço Social, ao Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, ao Instituto Português de Oncologia, às obras do novo Hospital Escolar, ao Frigorífico da Comissão Reguladora do Comércio do Bacalhau, à Estação de tratamento das águas de Lisboa, em Campo de Ourique, ao Aqueduto das Águas Livres e Depósito das Amoreiras, ao Dispensário de Higiene Social da Praça do Brasil, ao Parque Sanitário, ao Hospital Júlio de Matos, e à Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

No dia 30 de Maio fez o Curso uma excursão ao Sanatório do Outão e a Setúbal, onde visitou a Delegação de Saúde, o Dispensário de Higiene Social e a Delegação do Instituto Maternal, tendo-se aqui realizado as lições dos Drs. José Lopes Dias e

Marques da Mata. Acompanhei todas as visitas, em que foram esclarecidos pelos directores dos respectivos serviços ou instituições, Senhora Dr.^a D. Custódia Alves do Vale, Prof. Cândido de Oliveira, Prof. Francisco Gentil, Eng.^o Jácome de Castro, Dr. António Torres Botelho, Dr. Bernardino Pinho, Eng.^o Ramiro Guedes de Campos, Dr. Tovar de Lemos, Prof. Barahona Fernandes, Dr. Carlos Carvalho Dias, Dr.^a D. Maria Luiza Van Zeller Dr. Mendes Dordio e Dr. Sousa Fialho.

*
* *

Na noite de 6 de Maio foi encerrado o Curso, dignando-se presidir à sessão Sua Excelência o Subsecretário de Estado da Assistência Social, com a assistência do Sr. Director Geral de Saúde.

Dei conta em breves palavras do rendimento do Curso.

Realizaram-se durante o primeiro ciclo 22 lições, além das visitas às enfermarias do Hospital Curry Cabral e de demonstrações laboratoriais.

Durante o 2.^o ciclo realizaram-se 24 lições, 12 sessões de estudo, 13 visitas e uma excursão a Setúbal, por Azeitão, Arrábida e Outão.

A pontualidade, a atenção e o interesse foram a regra.

Foi possível cada subdelegado revelar os seus conhecimentos sanitários e clínicos, a sua inteligência, o seu bom senso, o seu zelo, o seu cepticismo mesmo.

Através das discussões havidas nas sessões de estudo viu-se bem o seu espírito de sacrifício, apesar das dificuldades, obstáculos e míngua de recursos e de ambiente postos à sua disposição nos respectivos concelhos.

Todos forneceram elementos para actualização e rectificação dos dados recolhidos nos *Inquéritos rurais* e sobre *Águas e Esgotos*.

Entre os assuntos versados nas sessões de estudo e sobre os quais se estabeleceu discussão calma, embora por vezes viva e quase sempre fértil, destacaremos as que dizem respeito à *falta de independência dos subdelegados de saúde*, devida à sujeição à clínica, particularmente à municipal, ao *prestígio dos subdelegados*, a cada passo posto em cheque no meio, por inter-

ferência de vereadores etc.; ao *deficiente auxílio prestado pelas Câmaras e até pelos outros médicos municipais*; à necessidade de *revisão do problema dos médicos municipais, dos das Casas do Povo e dos Pescadores*; a aspectos vários da *higiene habitacional, infantil e industrial*; à *assistência médica, hospitalar e domiciliária*; aos problemas práticos da *medicina social e da higiene rural*; à *falta de médicos nas aldeias* e à dificuldade do seu alojamento ali; aos *meios de transporte* e às *vias de comunicação* em certas regiões; ao problema dos *óbitos de causa ignorada*, especialmente em casos em que houve assistência médica; à *acção dos secretários das Câmaras e dos funcionários do Registo Civil*; às *Comissões de Higiene* e sua acção e vicissitudes; às *obras de saneamento*, feitas pelas Câmaras e particulares sem ser ouvido o subdelegado de saúde ou contra o seu parecer, etc.

Não se pretendeu nas sessões de estudo esgotar os assuntos, antes ouvir sugestões e depoimentos, esclarecer dúvidas, estimular estudos e desenvolver o espírito crítico, afastado da maledicência, construtivo, transformando as sessões em pequenos congressos, em que as qualidades e segurança de conhecimentos de cada um se puderam patentear.

Confirmamos, como no Curso anterior, a ideia que há muito temos sobre o valor profissional e mental da grande parte dos subdelegados, apesar da falta de recursos, dos obstáculos e do predomínio da vida clínica nas suas ocupações.

A circunstância de se contarem entre os subdelegados dois que haviam sido presidentes de Câmaras, permitiu focar vários aspectos das actividades municipais, relacionadas com a defesa da saúde pública.

Assistindo a todas as aulas, foi-me grato, a par do valor da equipe dirigida pelo Prof. Fernando Fonseca, a que já me referi, ver confirmado mais uma vez o dos médicos dependentes da Direcção Geral de Saúde e dos estranhos que fizeram lições, não menos interessantes, valiosas e práticas.

É-me grato pôr em destaque esta circunstância, pois é bem sabida a injustiça com que em geral são julgados por quem não os conhece e ignora a sua acção e quais os obstáculos que a perturbam a cada passo.

Nas instituições visitadas muita coisa interessante puderam ver, despertando estímulos, desfazendo dúvidas e desenvolvendo o espírito crítico de cada um.

Ó Senhor Sub-Secretário de Estado da Assistência encerrou o Curso dizendo algumas palavras de justiça e incitamento a todos, regosijando-se pelo modo como decorreu e confrmando o seu propósito de dar todo o auxílio ao que contribua para o aperfeiçoamento e prestígio dos serviços de saúde e de quantos nele colaboraram, cuja acção bem conhece e aprecia devidamente.

*
*
*

No dia 7 os subdelegados que tomaram parte no Curso reuniram-se num almoço de confraternização, durante o qual afirmaram a utilidade do mesmo Curso e a necessidade de se averiguarem bem as condições de trabalho dos subdelegados para que, removidos os obstáculos, a sua acção e prestígio, livres de peias evitáveis, se tornem cada vez maiores.

F. S. C.

Curso de Visitadoras Sociais

Lista das diplomadas em 1946

Maria José do Carmo Piloto Rocha, Maria Noemi Coelho de Macedo Pinto Ventura, Maria do Céu Vasconcelos Dias, Aida Barrancos Vieira, Maria Clara de Barros Serra, Anelide da Silva, Carmina da Conceição Ferraz, Estela Rodrigues Dias, Adelaide Mariana Ribas de Carvalho Proença, Aurora dos Anjos Marruz Zorrinho, Maria Helena de Magalhães Cardoso, Maria de Lourdes Gomes Cardoso, Maria José Pinheiro Heleno, Maria de Carvalho Vitória, Maria Graciana Monteiro, Maria Luíza de Abreu e Silva, Maria da Graça de Sousa Ferreira, Silvina Gracio de Castro, Maria José Rodrigues Eusébio, Maria Bárbara Simões Gadanho, Maria da Conceição da Cruz Amante Abrantes Gouveia, Aurora Henriques de Pina, Maria Amélia Lopes, Delfina do Carmo Feliciano, Maria Francisca Formosinho Sanches de Abreu, Maria Joana Ferreira Grilo, Maria Adelaide de Almeida Costa, Eva Gonçalves de Oliveira Camacho, Branca Augusto Tenreiro, Maria Cândida Marques Paixão, Maria Rosália Severino Silva, Maria Helena Rodrigues, Leonor Tavares de Sousa, Maria Izilda de Sousa Alves Afonso, Maria Ernestina Baleia Leitão, Mariette Henriques de Pina, Maria da Purificação Briolanja de Queiroz de Tavares Valente de Azevedo Bourbon, Maria José Graça, Beatriz da Conceição Carvalho.

* * *

As classificações destas 39 visitadoras sociais foram :

Com 18 valores	1
" 17 "	4
" 16 "	2
" 15 "	6
" 14 "	4
" 13 "	10
" 12 "	8
" 11 "	2
" 10 "	2

Relação dos Médicos que fizeram exame do Curso
de Medicina Sanitária no Instituto Central de Higiene
Dr. Ricardo Jorge

(CONCLUSÃO)

João Lico Lopes, José Apolinário Paulino, José Diamantino de Lima, José Maria Valente Nogueira, José Mateus, Lázaro da Conceição Sales, Manuel Jorge Gomes Pinto Correia, Manuel Paiva da Silva Ramalho, António Guerreiro Fernandes, Mário António Geraldês Monteiro, Mário Mendes da Luz Chambel, Máximo Loff, Rogério Marinhos Lucas, Timóteo de Abreu Costa, Vergílio Nunes Tavares, Alberto Juliano Gonçalves Cota Guerra.

1941 — Alberto Xavier da Cunha Campos de Oliveira, Virgílio Bacelar de Oliveira, Fortunato Simões dos Santos, António de Lacerda Bâtista Pereira e Sousa, António Leal Bravo, António Pedroso Ferreira, António Rosado da Fonseca, Augusto Rosa de Vasconcelos Caires, Dionísio Augusto Vidal Coelho, Domingos Arnaldo Martins Nunes, Joaquim de Paiva Chaves, Rodrigo dos Santos César Pereira, Fernando Manuel Garcia Reis Moreira, Fernando Manuel da Silva Santos, António Godinho Mónica, Francisco José Figueira de Sousa, Gil Serpa Serrão de Carvalho, Hermínio dos Santos Carralves, Horácio Simões Barbosa de Oliveira, João Gonçalves Leitão, Ernesto de Melo Gomes, Joaquim Rosa da Paixão, José Albano Custódio de Mendonça da Cruz, José Schneeberger de Ataíde, Manuel Cordeiro Pereira, Nuno Bandeira de Lima Campelo de Andrade, Maria Josefina de Vasconcelos Casqueiro, Maria do Rosário Guerreiro Carmo, Mário Jacinto Machado, Mário José Lopes de Macedo de Sousa Romano, Martiniano Pereira dos Santos, Maria Augusta de Aguiar Alves da Veiga, Nuno Henrique da Costa Botelho de Andrade, Fausto Pessoa Elias da Costa, Rui José

Morgado, Alvaro Ferrão Antunes de Moraes, Alfredo da Veiga, Camarate de Campos, Alvaro da Cunha, Alvaro Honorato Gal-dino de Ramos Valadares, António Augusto Costa, Asdrúbal Cortez Baião Pinto, Artur Gomes Pereira, Carlos Manuel Amâncio da Silva, Elísio da Costa Neves, Fausto Raul de Almada Lencastre Cruz de Campos, Francisco Constâncio Evêncio das Mercês de Melo, Francisco dos Santos Martins Romão, Henrique Lubrano de Santa Rita Vieira, Ivaldo Medeiros Pereira Fonseca, João Filipe do Rego, Joaquim António Rosado, Joaquim de Bragança da Costa Luís, Joaquim Prates Ribeiro, Jorge Silvério de Sousa Vieira, José Amaro de Almeida, José Júlio Vila Nova, José Maria Carrilho Madeira, José Maria dos Santos, Luís Maria Estevão Cabrita, Manuel Freire Lobato de Miranda, Raul Jorge Palma de Figueiredo, Rui da Câmara Oliveira, Teófilo Casaca Sim Sim.

1942 — Adelino Alves Diniz, Álvaro José Leote de Ataíde, António Pessoa Lobato Cortesão, Francisco Humberto Coração de Jesus da Piedade de Abreu e Albuquerque, Francisco Raposo de Sousa, José Frederico Álvaro de Sousa e Brito, José Jales Ribeiro Tavares, José Lino Carracho, José Luís Domingues Ferreira dos Santos, Manuel Alberto Dias Rosas, Pundólica Datatria Sinai Gaitondó, Raul Baeta Henriques, Virgílio de Matos Rebordão, Abel Vasco de Noronha Wolfgang da Silva, Amadeu Teixeira Feijó Colaço, Alfredo Heliodoro dos Santos, Amadeu Ferreira Canário, António Maria Bâtista Fernandes, Bernardino de Almeida Faria, Carlos Gago da Silva, Carlos Lídio Miranda Mendes, João Francisco Lopes de Carvalho, Joaquim Bernardino Moreira de Sena Martins, Jorge Noronha Teixeira de Aguiar, José Avelino Gonçalves, José Duarte Fonseca, José Justino de Almeida, Manuel Soares Cabeçadas, Mário Alberto Mendes de Brito Puga, Mário Barreiros Maymone, Mário Marques da Gama, Vergílio Romão da Trindade Teixeira, Antonieta Zemira Verónica Gomes.

1943 — Alberto Alves de Oliveira, António Correia Pereira, António Francisco Urze Pires, António Pinto de Magalhães de Almeida Fernandes, António Ribeiro de Andrade, António da Silva Ramos de Magalhães, Armando Mendes Lorena, Artur do Vale Serra, Carlos Manuel Jordão Pereira, José Freire de Vas-concelos Carneiro e Menezes, Carlos Pereira da Silva Sardo, Fernando Tomás Gonçalves, Fernando Xavier Ferreira Coelho,

Francisco de Aguiar Rego Costa, Francisco Anselmo da Silva Matos, Francisco António de Aguiar, Gastão Furtado Pereira dos Reis, Henrique de Carvalho Gusmão, Humberto José Emílio Soares de Melo, João Heitor Marques de Andrade, João Pacheco Caramelo, Joaquim Pereira Pimenta de Castro de Carvalho, José António Fernandes, José Nicolau Cardoso Martins, José Telo Baptista, Lourenço Jorge Bernardo, Luís Carlos de Matos, Luís Eduardo de Almeida Ponce, Manuel Alberto Ruela de Almeida Ramos, Ricardo Sampaio Barradas de Noronha, Aleixo Mariano de Sousa, Aníbal José da Mota Figueiredo, Augusto Bastos Troni, Fernando Conrado Miravent Tavares e Almeida, Fernando Azevedo Carvão Gomes, Filipe Neri Floriano Álvares, Francisco Branco Nunes Correia, Francisco Ribeiro Pacheco Nobre, Helena Teixeira de Ávila, Henrique Santos, Hermínia Augusto Grijó, João Augusto dos Santos, João José Casimiro de Almeida Dias, Joaquim da Silva Pinheiro, José Luís Fernandes Mendes, Manuel Rodrigues Correia, António Waldemar de Lima Gomes Teixeira, Raul Estevam Constanciano da Silva, Silvestre da Costa e Silva, Francisco Filipe Rocha da Silva, José António Vasco da Gama Braga de Sá Teixeira, Marcela Remoura Fernandes, Vinaica Govinda Mardolcar, Arnaldo de Assunção Matos, Raul Baptista Godinho Carrega, Alberto Raul Ferreira Sales, Joaquim Franco Esguelha, José de Azinheira Pral.

1944—Alberto Calçada Bastos, António Eduardo Falcão Barbosa, Eduardo Matos Xavier Coelho, Fernando de Melo Caeiro, Fernando Alberto Braga dos Reis, João da Gama Pimentel Barata, Manuel da Silva Ribeiro Barbosa Martins, Joaquim Bação Leal, José António Pereira Nunes, José da Silva Barradas, Leonel de Oliveira Rodrigues, Manuel Sebastião Pedreira, João Salvador Marques da Silva Júnior, Maria de Lourdes Coutinho Guerreiro, Maria Paulette de Lourdes Dartout, Orlando Ribeiro de Carvalho, António Lopes Farinha, Jacques José Francisco Resina, José Arsénio Garcia Reis Moreira, José Ferreira Lopes, Manuel João Correia Branco, Raul Lima da Silva, António Gouveia Dias Rocha, Augusto dos Santos Macedo, António de Almeida Fernandes, José Manuel Fernandes Cardoso, Alfredo Mendonça Oliveira, Manuel Alves da Silva, Amadeu Carvalho de Almeida, Carlos Frederico Vieira Jorge, Carlos Pinto Coelho, Daniela Brazão Antunes, Fernando Alberto da Costa Barbosa, Jacinto Guerreiro Brito da Lança, João Carlos Guedes Mimoso Tapa-

dinhas, João Garrido da Costa, José Jacinto Coelho Puga, António Ferreira Gomes, José da Silva Marques, Luís Gomes da Silva, Maria Cristina dos Reis Jardim, Manuel Martins, Maria Margarida Fernandes Brito, Marília Sá Viana d'Alvarenga, Mário Natividade Guerra Roque, Messias dos Santos, Renato Mansinho da Graça, Renato Martinez de Valadas Preto.

1945 — Alfredo Manuel Amaro Nogueira, Maria Laudelina Coelho Pereira, Américo da Assunção Godinho, Amílcar Alves da Silva, Amílcar Costa da Cruz Moura, Angelo Delgado Guerreiro, Angelo da Fonseca Rosário Dias, António Alves de Freitas, António Domingos Filipe, António de Matos Fernandes Coito, Armando Alves Falcato Simões, Armando Bordalo de Andrade e Sá Donas-Boto, Armando Nunes Diogo, Artur da Cunha Alves, Augusto Mendes Tavares, José Manuel da Silva Granate, Carlos Silva, Celso Serrão França, Constantino Ferreira Esteves, Henrique Feliciano D'Hem Pereira dos Santos, Domingos Ferreira Afonso e Cunha, Eduardo Artur Botha Conde de Paiva, Elias Damião Pires, José Henrique Santos David, Eurico Fernando Bastos Guerra, Felisberto Matos Fernandes Coito, Fernando Brito Ramos, Fernando de Cisneiros Ferreira Horta e Costa, Fernando Eugénio da Silva Veiga Troçólo, Ferrer de Sousa Grave, Fernando Rosário Caldeira, Francisco João Fernandes, Francisco Lopes Vasques, Francisco Manuel Carlos da Maia, Frederico Eduardo Rosa Santos, Dário António Gândara Nunes, Ivo Cabral da Costa Abrunhosa, João Aníbal Guimarães Ramada Curto, João Martins da Fonseca, João Nunes da Silva, João Roberto de Vasconcelos Frazão, Joaquim da Silva Ribeiro Barbosa Martins, Jorge Dário Santos Lapa, José Aires da Veiga de Mira Mendes, José Constâncio Gabriel de Melo, José Manuel da Silva Rodrigues, Eugénio de Almeida Marques Lito, Carlos Manuel Fonseca Ferreira, José Duarte Gouveia, José Maria Gonçalves Guerra, José de Matos Fernandes, José Monteiro Lopes Guerreiro, José Parada Monteiro, José Quintino dos Ramos, José dos Reis Alcântara, Laurémio Santos Mendes, Manuel Seabra Carqueijeiro, Maria Cândida Teles da Silveira Menezes Gouveia, Maria Cecília Souto Patuleia, Álvaro Bordalo Amado, Mário da Cruz Fernandes Geraldês Barba, Olímpio Esmeraldo Nobre Martins, Renato Álvaro Fernandes Bottino, Rui Alvaro Vieira, Vítor Gonçalves Gaspar, Vivaldo Eurico Modesto da Rosa, António Gilberto Levy Mendes, Fernando

Leal, João Antunes da Cruz Leal, José João Águas de Mendonça Villalobos, Leonel Maria de Garcia Cabral, Leopoldo Maior, Mário Fernandes Coelho, Abílio Brito Canhão, António Tramela Conde, Ivete do Céu Lopes, Luís Joaquim Prats, Miguel Freire da Cruz, Félix Albano de Noronha.

Médicos veterinários:

1945 — António Augusto Ribeiro Cabral, Filipe Morgado Romeiras, José Nogueira Durão Leitão, José Sales Gomes.

A colaboração dos médicos e veterinários na saúde pública

Alguns aspectos do problema higiénico do leite alimentar ⁽¹⁾

As fontes de conspurcação microbiana do leite

SUMÁRIO

Importância do leite como alimento e matéria prima

as fontes de produção

consumo e capitação

aspectos higiénicos e sanitários da produção e do consumo

leite puro, vivo e são

A conspurcação do leite

Conspuração endógena:

O leite não é uma secreção assética

factores da carga microbiana inicial

importância do estado sanitário da mama — mastites

eliminação de germens patogénicos

natureza da flora endo-mamária

Conspuração exógena:

por germens patogénicos — do animal e do ambiente

por germens saprófitas

fontes de conspurcação e sua importância

O desenvolvimento da microflora do leite

período lacténico ou de inibição

fases de multiplicação logarítmica

influência da temperatura e da carga microbiana inicial

(1) Lição proferida no Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde concelhios realizada em 1947 no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge.

À amizade e gentileza do Sr. Dr. Fernando Correia, illustre director do "Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge," devo a oportunidade de vir, perante o curso de aperfeiçoamento professado neste estabelecimento, abordar um tema em que se ponha em foco a colaboração de médicos e veterinários na saúde pública.

Não é a primeira vez que um colega meu se desempenha de semelhante tarefa; ainda o ano passado colaborou neste curso o Prof. Neves e Castro, que, com toda a proficiência, abordou um assunto de grande actualidade — "As bruceloses animais e a sua transmissão à espécie humana".

É digna dos maiores encómios a iniciativa do Dr. Fernando Correia, constituindo ela já por si só, a confirmação basilar da complexidade dos problemas inerentes à saúde pública, e da estreita dependência da sanidade humana e animal. É, também, o reconhecimento oficial, entre nós, da necessidade de interessar elementos especializados no estudo de problemas de interesse público, para cuja solução contribuem médicos, veterinários, architectos, engenheiros, etc.

De facto, pode dizer-se que hoje em dia não há problemas, grandes ou pequenos, para o estudo dos quais se não reconheça a necessidade deste trabalho de équipe, dado o grande desenvolvimento que, dentro de cada especialidade, a Ciência tem tido. Cada um de nós, metido na sua esfera de acção, só tem portanto vantagem, em conhecer e aproveitar o que os trabalhadores de outros ramos científicos têm conseguido obter nos seus respectivos sectores.

Em assuntos de higiene pública, especialmente, vasto e complexo campo em que se interpenetram os elementos atrás referidos, justifica-se plenamente este critério, e o ditado latino — *Salus populi suprema lex* — pode aplicar-se perfeitamente a esta casa e à íntima colaboração das diferentes autoridades sanitárias.

E já que falámos em diferentes autoridades sanitárias, ocorre-nos a dispersão, a fragmentação, quando não, por vezes, duplicação de funções, o que só pode trazer desprestígio e ineficiência dos serviços, facto verificado em alguns sectores da higiene pública.

Verifica-se isso, por exemplo, nos problemas sanitários citadinos, desde a higiene e salubridade das ruas, às habitações;

das oficinas e estabelecimentos industriais e comerciais, aos serviços de abastecimento e distribuição de águas e alimentos; desde as fontes de produção, aos locais de venda e de distribuição. Sucodem-se por vezes as vistorias, com critérios opostos ou condicionados, etc.

Afigura-se-nos, pois, do mais elementar bom senso, que estas actividades dispersas se centralizassem e coordenassem.

Fugindo ao estreito âmbito de uma classe, e colocado o problema na escala dos interesses gerais, colectivos, a saúde pública é só por si motivo bastante para constituir um departamento com características próprias, e que, embora sob a chefia, daqueles técnicos que maior parcela ocupam, a orientação geral não deixe de ter a participação efectiva dos outros elementos que com eles colaboram.

Alguna coisa se tem feito em matéria dessa colaboração, e é já frequente encontrarem-se em juntas técnicas, os médicos, os veterinários e os engenheiros, razão de sobejo para que em comum estes técnicos estudem os problemas em causa.

No que se refere à participação veterinária nestes serviços, seja-me lícito roubar alguns minutos de atenção a V. Ex.^{as} para historiar rapidamente o que se tem verificado.

Pode dizer-se que apenas do meado do século passado em diante se vê um apreciável sector da hygiene pública, a cargo dos médicos-veterinários:

— Referimo-nos à inspecção de carnes nos matadouros. Não é que já antes lhes não fosse reconhecida essa função por pessoas competentes; — Não desejo deixar no esquecimento, o nome do médico Dr. José Pinheiro de Freitas Soares, autor de um tratado de polícia médica, publicado em 1818, e no qual ele pugnava ardentemente pela criação de um regulamento de sanidade pecuária e fiscalização de produtos alimentares de origem animal, a cargo de veterinários.

Nessa época, porém, ainda entre nós não havia veterinários, pois só 12 anos mais tarde foi fundada a Escola, e também só a partir de 1852 começou a havê-los em número suficiente para ocuparem, além dos lugares do Exército, as funções civis.

Não admira, portanto, que só em 1854 a Câmara Municipal de Lisboa inicie a fiscalização sanitária das carnes e construa

o Matadouro Municipal, exemplo seguido depois pelas principais cidades do continente e ilhas.

O matadouro que então se construiu, obra do veterinário Joaquim Eleutério Sabino de Sousa, foi uma realização notável para a época, dotado de todos os aperfeiçoamentos e condições higiénicas requeridas, a ponto de ser considerado o melhor da Europa.

A necessidade da colaboração dos serviços oficiais veterinários a bem da saúde pública é posteriormente confirmada entre nós por algumas medidas que rapidamente passaremos em revista.

Em 1865, a organização dos serviços de saúde cria as Juntas Consultivas, das quais faziam parte veterinários; em Lisboa, o vice-presidente do Conselho Especial de Veterinária, conselho que era constituído pelos lentes veterinários do Instituto Geral de Agricultura, e nas capitais de distrito, os Intendentes de Pecuária.

Continuando na mesma orientação, a Câmara Municipal de Lisboa cria, em 1885, a Comissão de Saúde e de Higiene, composta por sete membros, um dos quais era um delegado do Conselho Escolar da secção veterinária do Instituto Geral de Agricultura.

As reorganizações dos vários serviços que se fizeram a partir de 1886, deram lugar, entre outras inovações, à criação na Direcção Geral de Agricultura, da Junta Consultiva de Saúde Pecuária, organismo ainda hoje existente e do qual faz parte um delegado da Direcção Geral de Saúde.

Em 1889, é publicado o "Regulamento Geral de Saúde Pecuária", primoroso trabalho do professor veterinário Joaquim Inácio Ribeiro, o código sanitário mais completo e perfeito existente na época. Nele é posta em relevo a importância das medidas de polícia sanitária e de profilaxia veterinária, não só em relação às doenças dos animais, como, também, nas suas relações com a saúde humana. Apesar de antiquado, é ainda hoje o regimento seguido pela Direcção Geral dos Serviços Pecuários, embora se tenha reconhecido, de há muito, a necessidade da sua actualização.

Em 1899, são publicadas as primeiras medidas legislativas relativas à fiscalização e venda de leite e lacticínios, posteriormente regulamentados em 1900 e 1901, assentando em bases legais para estes produtos, o critério já adoptado em relação às outras substâncias alimentares de origem animal.

A legislação publicada já durante este quase meio século tem vindo confirmar, cada vez mais, a colaboração sanitária entre médicos e veterinários. Além dos diplomas que instituem as campanhas profiláticas contra algumas das zoonoses mais importantes, como o carbunculo e a raiva, esta última obrigatória em todo o País, devemos destacar os esforços dispendidos no sentido da profilaxia da tuberculose dos bovinos leiteiros e da higiene da produção de leite.

* * *

Nas suas linhas gerais, a colaboração sanitária entre os serviços de medicina humana e veterinária, o mesmo quer dizer, entre os seus servidores, pode verificar-se em quatro direcções distintas, embora, no fundo, sejam apenas modalidades da mesma forma, dado o tronco comum de onde divergem.

Em primeiro lugar temos o vasto campo da profilaxia daquelas zoonoses que são transmissíveis dos animais ao Homem, ou vice-versa, ou ainda daquelas que têm apenas no animal o seu veículo ou agente transmissor.

São mais de 30 os processos mórbidos nestas condições, à cabeça dos quais encontramos a raiva, a tuberculose, o carbunculo, as bruceloses, a peste, etc., para citar apenas os mais importantes.

Em segundo lugar temos outra forma já bem conhecida, da interferência veterinária na saúde pública — a actuação dos médicos-veterinários como inspectores de produtos alimentares de origem animal, feita nos matadouros, nos mercados, ou nas fontes de produção e de abastecimento, procurando evitar a utilização de substâncias que, pela sua natureza especial, constituem perigosos veículos, não só das zoonoses transmissíveis, como de produtos tóxicos que muito podem prejudicar a saúde humana.

A estas duas modalidades poderemos chamar *directas* em relação ao objectivo — a saúde pública.

As outras duas direcções da actividade veterinária que poderemos qualificar de *indirectas*, verificam-se: a primeira, na intervenção dos veterinários como técnicos especializados na produção, na tecnologia e na higiene dos produtos animais,

não só alimentares, como, também, industriais; a segunda, no que se refere à investigação científica, laboratorial e no campo, quer como investigação pura, quer aplicada à medicina, à higiene, à produção animal e à tecnologia.

De facto, no que se refere à primeira forma destas actuações indirectas, a saúde pública está intimamente ligada aos problemas da produção animal, e ao aperfeiçoamento técnico das transformações dos seus produtos: alimentação abundante e sã é corolário da melhoria das condições da produção da carne, leite, lacticínios, ovos, etc.; mais vestuário e calçado, é também problema de mais e melhor lã e coiro.

No que se refere à última forma de intervenção, última na ordem aqui posta, mas a primeira pela sua importância científica, verifica-se que a investigação veterinária tem contribuído para inúmeras soluções de problemas de sanidade humana.

Bastará citar entre as mais conhecidas a vacina contra a tuberculose, o B. C. G., em que interveio o veterinário Guérin; à investigação de Ramon, outro veterinário, se devem as anatoxinas tetânica e diftérica e as vacinas associadas; ao veterinário Waldman se devem muitos trabalhos sobre a estreptomicina; mas há, além disto, toda a patologia comparada, todos os benefícios que o estudo da patologia animal tem trazido, para esclarecer os males que afligem a humanidade; há toda a melhoria da técnica do fabrico e das aplicações profilática e terapêutica, resultantes da experiência *in anima vili*.

Qualquer dos quatro aspectos atrás referidos constituiria, só por si, assunto largo para focar o tema a que se deve subordinar esta exposição, não para uma, mas para muitas lições.

Mas eu creio que para V. Ex.^{as}, pela natureza especial das funções sanitárias que são chamados a desempenhar, será de maior utilidade imediata abordar assuntos concretos que estejam incluídos dentro das duas primeiras formas citadas de colaboração directa: as doenças dos animais transmissíveis ao Homem, ou a inspecção sanitária dos produtos alimentares de origem animal.

É nessa ordem de ideias que vamos abordar o tema escolhido para assunto desta lição.

Alguns aspectos do problema higiénico do leite alimentar

As fontes de conspurcação bacteriana

Os aspectos sanitários da produção e distribuição de leite, são alguns dos grandes problemas das sociedades modernas, dada a importância que esta substância reveste, quer sob o aspecto simplesmente alimentar ou dietético, quer sob a forma de matéria prima da indústria dos lacticínios.

Maravilhoso produto da actividade da glândula mamária das fêmeas domésticas exploradas na sua função galactopoiética; alimento-medicamento fisiológico especialmente indicado para as crianças, velhos e doentes; alimento rico em proteínas específicas, ácidos aminados insubstituíveis, gordura, compostos minerais, diástases e vitaminas e, por essas razões, elemento protector por excelência; o leite, pelas suas características intrínsecas, pela sua natureza orgânica, rica e complexa, está sujeito às mais variadas alterações espontâneas ou provocadas, a fraudes e adulterações criminosas, a transformar-se assim, duma fonte de vida e saúde, em perigoso veículo de germens, levando a morte escondida sob a enganosa aparência da sua brancura imaculada.

O leite é um dos produtos alimentares de origem animal cuja composição e salubridade muito dependem de um conjunto de factores que são do foro da ciência veterinária; de facto, desde a sua origem e modo de formação, até ao consumo em natureza, ou à industrialização, pode dizer-se que esta substância deve estar debaixo da intervenção dos técnicos veterinários.

Em primeiro lugar, é o animal produtor, que precisa gosar de um perfeito estado hígido, estar higiénica e convenientemente alojado, e racionalmente alimentado; depois é a colheita higiénica e tratamento subsequente do produto, de forma a assegurar ao consumidor uma bebida alimentar que possa ingerir com confiança, ou ao industrial uma matéria prima que permita uma laboração perfeita.

Não será pois de estranhar, que para falar a V. Ex.^{as} sobre a colaboração do veterinário na saúde pública vá buscar precisamente um campo onde a intervenção destes técnicos se torna mais evidente.

Porém, tema vasto como é o problema do leite, mesmo encarado apenas sob o seu aspecto alimentar, limitarei as minhas considerações ao estudo das fontes de conspurcação bacteriana, preocupação máxima de todos os higienistas que se dedicam ao seu estudo.

O consumo do leite em natureza em Portugal, embora tenha vindo em aumento de há anos a esta parte, está ainda muito longe de atingir o quantitativo que seria para desejar e coloca o país nos valores mais baixos da escala de consumos, dos principais países do Mundo.

Os valores dessa capitação, que se podem verificar no quadro N.º 1, apenas aqui são referidos, para chamar a atenção sobre o seu valor relativo, e mostrar como ainda hoje, entre nós, se liga pouca importância ao consumo do leite.

MAPA N.º I

Capitações diárias de leite em alguns países

	Ano	Litros
Finlândia	1928	1,00
Dinamarca	1935	0,85
Suécia	1935	0,80
Suiça	1927	0,80
Noruega	1927	0,69
Alemanha	1937	0,67
Canadá	1927	0,62
U. S. A.	1935	0,57
Holanda	1929	0,53
Checoslováquia.	1930	0,39
Austria	1932	0,37
França	1931	0,36
N. Zelândia	1930-34	0,35
Inglaterra	1932	0,31
Austrália	1930-34	0,27
Bélgica	" "	0,21
Itália.	1935	0,10
Portugal	1930	0,03

Stepp e outros, excepto Portugal.

De facto, a produção animal do leite era computada em tempos normais de antes da guerra, em cerca de 177,5 milhões de litros, sendo 116,5 milhões de leite de vaca, 32,3 de leite de ovelha e 28,7 de cabra; da totalidade, cerca de 106.110 milhões são utilizados na indústria de lacticínios, ficando para consumo apenas 71,5 milhões de litros por ano.

As capitações que correspondem a esse consumo, reduzem-se a 10 litros anuais, ou à baixíssima capitação diária de 3 centilitros, colocando-nos na escala mais baixa dos valores mundiais de consumo nos países civilizados.

Mesmo levando apenas para confronto o consumo de leite nos principais centros urbanos, e designadamente em Lisboa e Porto, onde ele mal chega ao decilitro diário, a posição na escala não se altera sensivelmente.

Se levarmos em linha de conta que os coeficientes de consumo dos produtos alimentares de origem animal e especialmente do leite e lacticínios dão uma ideia nítida do grau de prosperidade e de nível de vida de um povo, a posição não é nada lisongeira para nós.

Há, porém, um outro aspecto a considerar, não menos importante do que o aspecto quantitativo: são as características higiénicas do produto, o seu grau de salubridade, infelizmente pouco cuidadas entre nós, em geral, aspecto grave pelas suas consequências. De facto, pode dizer-se que o leite alimentar posto à venda não oferece as garantias mínimas que permitam o seu consumo sem uma prévia esterilização. Aquele leite que V. Ex.^{as} conhecem como leite cru certificado, expressão máxima da produção higiénica desta substância, tirando uma ou outra iniciativa abortada, não existe no nosso país. Infelizmente as condições de produção, recolha e distribuição, não permitem sequer a classificação genérica de leite puro ao leite que se consome, triste é dizê-lo.

Ora de todos os elementos que nos permitem avaliar a categoria do leite e o seu grau de pureza, é, sem dúvida nenhuma, a determinação do seu teor ou carga microbiana, e a natureza desta flora, o que maior importância reveste. O exame bacteriológico quantitativo e qualitativo, é pois a pedra de toque da higiene do leite, permitindo avaliar o grau de conspurcação deste produto alimentar.

Sem nos determos no estudo dos métodos preconizados para efeito da determinação do teor microbiano, método de

contagem directa e métodos indirectos, com cultura, etc., vamos directamente ao assunto, passando em revista as principais causas de conspurcação, e apreciar a sua importância relativa.

Antes de mais é fundamental assentar em dois pontos:

1.º — que a secreção láctea não é uma secreção assética e a sua carga microbiana tem portanto duas fontes principais a considerar: uma *endógena*, ou endo-mamária; outra *exógena*, posterior à colheita ou mulsão.

2.º — A conspurcação bacteriana, quer endógena, quer exógena, pode ser constituída por micróbios inofensivos, simples saprófitas, com acção nula ou patogénica muito reduzida e não específica, ou por micróbios patogénicos, por vezes altamente virulentos e susceptíveis de desencadear *epidemias lácteas* descritas e bem conhecidas.

Conspuração endógena ou endo-mamária

O leite de animais sãos, bem alojados e alimentados, bem limpos e colhido nas mais rigorosas condições de assepsia, encerra sempre um certo número de micróbios que constituem a sua micro-flora endo-mamária, computado em alguns centos por c. c. (em geral de 500 a 1000).

Essas contagens têm sido feitas quer no leite de misturados quatro quartos de glândula mamária, quer no leite tomado separadamente, e mostram a diminuição gradual, conforme as amostras são obtidas, das primeiras às últimas porções de leite, no decurso da mulsão.

O quadro II mostra-nos os resultados obtidos com a contagem feita em leite de mistura dos 4 quartos do mesmo animal,

MAPA N.º II — Animais sãos

Carga microbiana total em leites de mistura dos 4 quartos

Autores	N.º de amostras	N.º de germens por c. c.
Harding e Wilson .	1230	428
Breed	45	946
Waine e Macy . .	248	658
Löhnis	?	300-600
Atwood e Giddings .	?	35

em indivíduos reputados sãos, e colhido com rigorosas precauções de assepsia.

A diminuição gradual da carga microbiana no decorrer da mulsão é pois um facto demonstrado experimentalmente, confirmado no quadro III, onde se encontram coligidos os resultados obtidos por seis autores.

MAPA N.º III

Diminuição da carga microbiana durante a mulsão

Autores	1. ^{as} fracções	Medianas	Últimas
Freundreich . . .	6.605	1.341	796
Orla Jensen . . .	16.000	480	360
Schulz	55-566	—	0-500
Renco	2050-72.000	70-530	7-510
Stocking e Faber .	1940-25.200	—	0-500
Copeland e Olson	1110-2710	51-349	13-117

São principalmente os primeiros jactos os que arrastam maior número de micróbios, tendo-se verificado que os últimos são quase sempre estéreis, enquanto que os primeiros encerram habitualmente alguns milhares por c. c.

Os micróbios que constituem a micro-flora endo-mamária, atingem o leite por dois caminhos diferentes. Há autores, como Löhnis e Rossi, que admitem a chegada dos micróbios à glândula mamária por via sanguínea, vindos de pontos afastados do organismo, designadamente do intestino. Esta maneira de ver está de acordo com a verificação, no campo patológico, com o que se passa nas entero-bacteriemias. Porém é preciso não esquecer que por intermédio do orifício de saída do têto, a cisterna e os canais galactíferos, encontram-se em comunicação com o exterior, embora intermitente, em virtude da existência de um fenómeno conhecido pela designação de oclusão mecânica do têto. Essa oclusão é em parte devida ao esfíncter que existe, mas, também, à coagulação de uma leve película de caseína que obtura o têto. Isto contudo não evita que o úbere e os têtos em contacto com a sujidade exterior, deixe passar, por via ascendente, um certo número de micróbios, que, não obstante a existência de um poder

microbicida do leite, se desenvolvem já no interior dos condutos. Este poder microbicida é susceptível, só por si, de destruir muitos elementos microbianos saprófitas como demonstram Freundreich, Russel e Hastings, com *pseudomonas fluorescens* e *b. prodigiosus* e Copeland e Olson, com o *aerobacter aerogenes* experimentalmente injectadas dentro da glândula; mas outros são mais resistentes e não só se conservam, como são susceptíveis de se multiplicar abundantemente, como demonstra Lux, fazendo contagens com 2, 4, 6, 8, 12 e 24 horas de intervalo (de 22-65 no fim de 2 horas, a 1217-2933 no fim das 24 horas). Também os acinos glandulares podem encerrar focos de multiplicação microbiana, cuja destruição com os estados de infecção comprovada é de muito difícil interpretação. Estamos, muitas vezes, em presença de sub-infecções sem sinais clínicos e que só processos especiais de diagnóstico permitem identificar, infecções nascidas e mantidas por retenção de leite resultante de uma mulsão imperfeita. Vê-se por aqui a importância que tem não só a higiene exterior de úbere e têtos antes da mulsão, como, também, os inconvenientes resultantes de uma mulsão mal conduzida; os primeiros jactos devem ser recolhidos aparte e despresados, pois são os mais ricos em germes e a sua saída provoca uma verdadeira limpeza mecânica; a mulsão deve ser sempre feita a fundo de forma a esgotar completamente a glândula.

Da micro-flora saprofítica contida normalmente dentro da própria mama, cerca de 95 % são formas redondas, gram positivas, próximos parentes do estreptococo piogénico de cadeias curtas. Conhecidas com o nome de *fermentos primitivos do leite*, estes micróbios produzem um fermento coagulante, lab, ou quimosina, que origina a coagulação do caseinogeno em meio fracamente ácido e por isso também chamado coagulação *precoce* ou *doce*, para a distinguir da coagulação produzida por outros micróbios, cuja acção é essencialmente devida à grande produção de ácido láctico. O coágulo obtido pela acção dos fermentos primitivos, é depois peptonizado e digerido pelos fermentos ácido proteolíticos que se libertam daqueles corpos microbianos mortos e autolizados. É em grande parte a eles que se devem os fenómenos de maturação do queijo.

Importa conhecer a sua termo-resistência (65°) resultante de uma película de caseína precipitada que os envolve, facto a ter em conta quando se pretende esterilizar o leite a baixa tem-

peratura (pasteurização baixa). No meio destes cocos não é raro encontrarem-se estirpes virulentas (A. Evans) e uma apreciável percentagem de estreptococos muito semelhantes ao str. *piogenes* (Trost, Gusman, Thomas, Evans, Sherman e Hastings). Além destes ainda se encontram formas em bastonete (corynebacterias) susceptíveis de hidrolizar a gordura do leite, e ocasionalmente se tem também registado formas virulentas de *B. abortus* (A. Evans), bactérias do tipo *Coli-aerogenes* e raras leveduras capazes de hidrolizar a lactose (Proks e Fusching, Trüper, etc.).

Além das espécies saprofíticas apresentadas, a micro-flora endo-mamária pode encerrar várias espécies patogénicas que eventualmente podem ser eliminadas pela mama.

De entre elas merece especial destaque o *Mycobacterium tuberculosis*, que tem sido encontrado nos casos de tuberculose mamária e que dão eliminação de bacilos, em percentagem de 2,7 a 44 % encontrado nos E. E. U. U.; de 5,7 a 6,7 % em Inglaterra, 5-16 % em Itália e 20 % em Lisboa (Jacinto Ferreira). Também a *Brucela melitensis* (10 %) e *B. abortus*, se encontra no leite em percentagens de 50 % (16 % — J. Ferreira), e bem assim os agentes do carbúnculo, da actinomicose e certas estirpes de estreptococos, quer dos agentes das mastites estreptocócicas (*str. agalactiae e mastiditis*) quer o agente das anginas estreptocócicas (*estr. epidemicus*).

Autores como Petus, Nicolas, Mingrav e Hardenbergh, assinalam a passagem de virus, entre outros, da raiva e febre aftosa.

De todos estes agentes patogénicos referidos, os que na prática mais interessam são os agentes da tuberculose, da brucolose e das mamites, os dois primeiros pela sua transmissibilidade à espécie humana, os agentes das mastites pela grande frequência destes processos e as profundas alterações que imprimem ao leite. De facto, mesmo sem sinais clínicos evidentes, a glândula pode ser a sede de uma sub-infecção originando um leite alterado e rico em germens e leucocitos, impróprio para consumo e nocivo para a saúde. Por outro lado, o leite nestas condições, constitui também uma péssima matéria prima para a indústria dos lacticínios. Se juntarmos a isto, a redução considerável da secreção proveniente das glândulas infectadas e inutilizadas, podemos ter uma ideia da enorme importância que para a economia e para a higiene, reveste o problema das mastites.

Conspuração exógena

A conspurcação do leite já depois de colhido, é, contudo, incomparavelmente mais fácil, frequente e por vezes mais grave, do que a conspurcação endógena acabada de referir.

A existência, no meio exterior, de germens patogénicos e saprófitas, que mercê da falta de cuidados higiénicos semeiam abundantemente o verdadeiro caldo de cultura que é o leite, tornam este aspecto da questão extremamente grave, tanto mais que não é fácil, na prática, fazer uma colheita absolutamente assética e ao abrigo de conspurcações.

O inquinamento pode pois considerar-se fatal nas condições normais e habituais da colheita; torna-se portanto necessário reduzir ao mínimo as causas de conspurcação e beneficiar o produto, reduzindo-lhe ou destruindo a carga microbiana pelos processos conhecidos de filtração e esterilização, e consumi-lo antes de haver, de novo, condições favoráveis para o desenvolvimento microbiano.

A conspurcação exógena pode fazer-se, também, com germens patogénicos e com saprófitas.

A conspurcação exógena por micróbios patogénicos pode verificar-se a partir do próprio animal, como no caso de lesões sépticas do úbere e tétos, ou por partículas de fezes e urinas carregadas de micróbios; é o que sucede com a tuberculose e a enterite para-tuberculosa (doença de John) nas quais vários autores encontraram germens infectantes, em fezes, em percentagens que vão de 2,5 a 22,5 71 e até 83 %. Também com a brucelose bovina e caprina, com estafilococias, com o vírus da febre aftosa e do cowpox (vacina) se verifica a possibilidade desta modalidade de conspurcação exógena.

São porém mais frequentes as conspurcações efectuadas por intermédio do meio ambiente (ar, poeiras, expectoração, tosse, espirros, água, alimentos) desempenhando aqui um papel importante o veículo Homem que, doente, ou portador de germens, contamina a atmosfera, a água, os alimentos e o leite com que lida.

Isto passa-se com a *tuberculose pulmonar*, com as *anginas*, com a *escarlatina*, com a *difteria*, que um tratador ou vaqueiro pode transmitir; do mesmo modo os agentes veiculados pelas

águas inquinadas e que servem para lavagens ou para adulterar o leite, podem introduzir-lhe os germens do *cólera*, da *disenteria*, da *febre tifoide* e *para-tifoide*, da *poliomielite*, etc., justificando as epidemias de origem láctea registadas na literatura médica.

Um interessante trabalho de Armstrong e Panan, efectuado sobre 373 casos de contaminação do leite por *Eberthella typhosa* mostra que em 162 casos, foi devido a portadores de germens; em 134, à existência de casos activos na exploração; em 37, provenientes de outros locais infectados; em 28, pelo uso de água conspurcada para limpeza dos utensílios; em 4, pela conspurcação da vaca pela água infectada e em 8, por pessoas intermediárias.

Desnecessário se torna encarecer a importância que reveste, na hygiene da produção e distribuição do leite, o estado de saúde do pessoal, justificando plenamente a exigência de um cuidadoso exame médico, renovado frequentemente, para vaqueiros, ordenhadores, empregados de limpeza, transporte e distribuição, etc.

A conspurcação exógena por germens saprófitas, é de longe aquela que é mais frequente e só por si permite avaliar as condições higiénicas da produção e distribuição do leite.

De facto, dado que as formas mais frequentes e importantes das fontes de contaminação podem ser abolidas, ou pelo menos consideravelmente diminuídas por medidas rigorosas de hygiene, conclui-se o que atrás dizemos.

A categoria de saprófitas dada às espécies microbianas responsáveis por esta modalidade de conspurcação, não os inibe de exercerem, umas vezes acção nociva sobre as qualidades do leite e dos lacticínios seus derivados, outras vezes de poderem exercer uma acção patogénica, principalmente sobre as crianças (Lafargue, Andrieu, Marfan).

Quanto à origem dos germens responsáveis pela conspurcação exógena, temos a considerar como fontes principais: o próprio animal, o mungidor, os recipientes, o ar, e as poeiras, a água e os alimentos, as moscas e outras fontes menos importantes.

O quadro IV dá uma ideia de conjunto do papel desempenhado por estas formas de contaminação.

Os pelos, os detritos epidérmicos, sujidades do solo aderentes aos pelos, fezes e urinas, especialmente junto ao úbere e têtos, constituem uma das fontes mais importantes da conspurcação do leite.

É evidente que estes factores variam muito conforme o grau de limpeza, de asseio, em que são mantidos os animais, e são facilmente verificáveis por serem constituídos por partículas relativamente volumosas, facilmente postas em evidência pela prova da lacto-filtração.

Qualquer dos elementos atrás referidos é riquíssimo em germens, principalmente as fezes, que atingem frequentemente alguns biliões por grama; isto mostra quanto cuidado deve merecer a mulsão para evitar a queda directa dos dejectos, ou projectados pelo movimento da cauda, etc., sendo particularmente fácil esta conspurcação na mulsão das ovelhas, em que é hábito fazê-la em posição posterior.

A conspurcação proveniente da falta de limpeza das camas e do chão, tem também muita importância, especialmente pela sujidade do úbere e dos têtos, que contactam com ele.

A lavagem prévia do úbere e dos têtos é pois uma medida a aconselhar; contudo convém não esquecer a necessidade que há em enxugar perfeitamente estas partes da glândula mamária, pois caso contrário as probabilidades de contaminação aumentam, outro tanto sucedendo com a prática da mulsão humedecendo os têtos com leite, hábito que infelizmente ainda se encontra.

Acresce aqui a importância da limpeza das mãos do mungidor, outra fonte de conspurcação muito importante. Importa também o género de alimentação a que o animal está sujeito, pois todos os alimentos que contribuem para a fluidificação das fezes, aumentam consideravelmente as possibilidades de conspurcação; é o que sucede com as forragens verdes e ensiladas, em contraste com os alimentos secos.

As espécies microbianas que se encontram nestas condições são várias, mas predominam as do grupo *coli-aerogenes*, as espécies butíricas e proteolíticas, produtoras de gás.

As poeiras em suspensão na atmosfera, constituem incontestavelmente uma das fontes mais importantes da conspurcação exógena.

As correntes de ar, a ventilação violenta, a remoção das camas e a limpeza do estábulo, a administração de alimentos palhosos e carregados de poeiras e bolores, aumentam consideravelmente a riqueza da atmosfera em germens; sobretudo se a limpeza é feita a seco. A lavagem é portanto superior à varredura, bem como na limpeza do animal a lavagem, e a aspiração

eléctrica, são superiores à limpeza vulgar. O aumento das poeiras em suspensão e portanto dos germens que vão depositar-se nos recipientes e no leite, é muitíssimo grande, podendo ultrapassar o dobro das bactérias encontradas no leite conforme a mulsão é feita em casa separada ou dentro do próprio estábulo.

Impõe-se pois a adopção de casas próprias e limpas para proceder à colheita do leite, ou, quando feita no próprio estábulo, deve sê-lo antes das operações de limpeza e de distribuição de alimentos.

São principalmente saprófitas acidófilos, aeróbios esporogêneos, anaeróbios esporogêneos, fluorescentes, bolores e leveduras, os micróbios veiculados por esta forma de conspurcação, muitos deles alterando o leite e os lacticíneos.

Também o grau de limpeza e higiene do mungidor influe na contaminação, como facilmente se depreende. Além dos micróbios patogénicos a que já se fez referência, ainda se encontra uma fonte permanente de conspurcação, nas mãos, braços, cabeça, etc., o que implica rigoroso asseio do vestuário, cobertura de cabeça e cuidadosa lavagem das mãos e braços, bem como uma técnica racional e higiénica da mulsão.

Todos estes inconvenientes podem ser evitados, pelo menos em grande parte, com a mulsão mecânica, teóricamente mais perfeita e capaz de assegurar uma colheita assética; porém está demonstrado que uma mulsão manual bem feita e em condições higiénicas não dá cargas microbianas maiores do que a mulsão mecânica, tendo esta os inconvenientes de exigir maior cuidado com a limpeza e esterilização.

Hasting e Hoffman fazendo a contagem em leites colhidos pelos dois processos, verificaram até um benefício a favor da mulsão manual.

Quanto às espécies microbianas, os trabalhos de Demetis dão uma maior quantidade de cocos e *coli-aerogenes* na mulsão mecânica, devido em parte à termo-resistência destes micro-organismos.

A importância dos recipientes é manifesta, não só verificada pelos exames comparativos feitos com vasilhas de diferente abertura, mais ou menos fechada, como, também, pela lavagem e esterilização a que devem ser sujeitas, o que é obvio.

A simples lavagem não basta, embora feita com água quente; a adição de alcalis, ou de antisépticos especiais, diminui

Elemento responsável	Condições da experiência
a) do animal	
fezes	{ fezes secas (por grama)
	{ " frescas " "
sujidade da pelagem .	{ animal regularmente limpo (por gr.)
	{ " sujo " "
úberes e tétos . . .	{ mulsão c/ lavagem prévia por c. c.
	{ " s/ " " " "
b) do ar e das poeiras	
atmosfera em repouso	{ queda de germens por minuto
	{ em suspensão no ar, por m ³
	{ encontrados por c. c. de leite
	{ na água do úbere artificial por c. c.
atmosfera depois da	
limpeza da distribui-	{ queda de germens por minuto
ção de palha ou feno	{ em suspensão no ar, por m ³
	{ encontrados por c. c. de leite
	{ na água do úbere artificial por c. c.
c) da mulsão	
	germens existentes nas mãos
	mulsão manual em boas condições
	" mecânica
d) dos recipientes de	
recolha do leite	recipiente aberto — estábulo sujo
	" " " ± limpo
	" semi-coberto
	" esterilizado
	" semi-coberto, colheita higiênica em
	estábulo sujo
	" idem, em estábulo limpo
	" lavado c/ água fria
	" " c/ " quente
	" " c/ " " e soda
	" " c/ " " " neomoscam
	água de lavagem às 24 h., por c. c.
e) das moscas	
	em estábulos limpos
	" " sujos

N.º de germens	Germens encontrados	Autores
134.000 a 16 800 000.000		
160.000 – 634.000.000	<i>coli-aerogenes</i> , esp.	Prusha – Wester
17.000 – 814.000	butíricas e proteolíticas	Chambers – Alen
184 000.000 – 4.592.000.000		Harding – Prusha
2.154 (máx.: 5.400)		
4.524 (máx.: 20 400)		
160.000	especialmente	Russel
1.210.000	saprófitas acidófilos,	Barthel – Stockinz
1.223 – 2.096	aeróbios esporogéneos	
12 – 73		
aumento de 71 – 99 %	anaeróbios esporogéneos, fluores-	Ruehle – Kulp.
3.193.000	centes, bolores	Nai – Vaghi
3.506 – 3.656	e leveduras	
47.604 – máx. 16.070		
45 a muitos centos de milhões		Esten – Renco
645 – 63.422 por c. c. de leite	cocos e, especial-	Harrisson – Picchi
4.090 – 34.327 " " "	mente <i>coli-aerogenes</i>	Hasting – Koffman
4.944 a 430.000 por c. c. de leite	<i>coli-aerogenes</i>	Ayers – Cook
86.212 " "	tíficos e para-tíficos	Clemmer
139.000 " "	saprófitas fluores-	Harrisson – Prusha
37.830 " "	centes, acidófilos	Weter – Smith
	e proteolíticos	Mayer – North
24.424 " "		
2.667 " "		Nai – Vaghi
12.470 " "		
6.152 " "		
3.855 " "		
2.172 " "		
21.000.000		Berberich – Burr
600 – 75.000 em cada mosca	principalmente	Esten – Masson
1.606.017 – 1.222 570	<i>coli-aerogenes</i>	Armstrong

consideravelmente o número de micróbios, mas é a esterilização pelo vapor de água sob pressão, o método de escolha. Deve também haver o maior cuidado no enxugo do vasilhame, pois é frequente encontrar na água que fica aderente muitos milhões de germens por c. c.

As espécies microbianas mais importantes são aqui representadas por *coli-aerogenes*, *tíficos*, *para-tíficos* e saprófitas fluorescentes e de putrefacção, acidogêneos e especialmente proteolíticos.

Uma outra fonte importante de contaminação é devida às moscas, habitualmente muito abundantes nos estábulos.

Estes insectos veiculam grande quantidade de germens, alguns deles patogénicos; Nash expondo leite à acção das moscas durante 5 horas, verificou um aumento de 3.500.000 por c. c.

Esten e Mason encontraram em média 1.222.570 germens veiculados por moscas, variando esta quantidade com o grau de limpeza do estábulo. Armstrong verificou que as moscas num estábulo limpo veiculam de 600 a 75.000 por cada uma, passando este número para 1.106 017 em estábulos sujos. Acresce a circunstância de a maior parte dos micróbios pertencerem ao grupo *Coli-aerogenes*.

Para terminar esta resenha de fontes de contaminação exógena, registam-se ainda aquelas que são devidas aos recipientes de conservação, de medição e transporte, e até aos dispositivos de filtração e esterilização, que podem inquinar o leite com micróbios que este não tenha, como pode suceder com a flora termófila e fluorescente.

Resta passar em revista o estudo rápido do desenvolvimento da microflora do leite.

Os micróbios que por via endógena ou exógena conspurcam o leite, desenvolvem-se em quantidade prodigiosa, quando encontram condições favoráveis, mas este desenvolvimento não se faz igualmente mercê de factores vários, entre os quais devemos destacar a concorrência vital.

Por outro lado há a considerar, dois períodos perfeitamente distintos no desenvolvimento microbiano: um primeiro período, em que esse desenvolvimento é nulo, mercê de uma propriedade anti-biótica, característica do leite; um segundo período, influenciado pelo número inicial de germens e pela temperatura, em que o desenvolvimento se faz em progressão logarítmica.

A primeira fase é caracterizada pela existência de uma acção bactericida normal, intensa para os saprófitos, medíocre ou mesmo nula para a maior parte dos patogénicos, em virtude da qual é destruído um grande número de germes e é impedido o desenvolvimento de outros, durante um período variável, conhecido com o nome de *período de incubação de Soxhlet*.

Esta propriedade, também chamada *lacténica*, não é constante nos seus efeitos, sofrendo variações sensíveis de intensidade no mesmo animal, e é influenciada directamente pela temperatura, pela espécie microbiana e pelo número de germes.

Assim, verifica-se que o poder microbicida normal do leite é mais intenso de 0 a 20°, quando o número de micróbios não é muito elevado.

À temperatura de 15 a 20° essa acção manifesta-se apenas nas primeiras 12 horas, e à temperatura de 37° não vai além de 4 a 5 h.

Quando o número de micróbios é muito pequeno e a temperatura é baixa (de 0° a 1°), o poder microbicida pode manter-se durante 6 a 8 dias e é tão intenso que às 24 horas o leite conservado àquela temperatura parece estéril.

No que respeita às espécies sensíveis, verifica-se que são sobretudo as saprófitas as que mais intensamente sofrem a acção lítica (Hesse, Rossi, Heminger, Drewes, Orla Jensen, Jacobsen, etc.) e de entre elas os mais frágeis são o *b. subtilis*, o *mycoides*, os cocos e algumas espécies de estreptococos *lactis* e *cremoris*.

O *coli* é irregular em face da lise, sendo naturalmente resistente o *b. fluorescens* e *prodigiosus*.

Dos micróbios patogénicos sensíveis citam-se o *vibrião colérico* e o *cory. diphtheriae*; são mais resistentes os *tíficos* e *paratíficos*, *myc. tuberculosis*, *strep. mastiditis*, *pneumoniae* e *piogenes*. O poder microbicida parece ser filtrável e relativamente termostável; contudo a fervura destrói-o, sendo de notar que não é uniforme essa temperatura em relação às espécies consideradas, (Hansen) mas mesmo assim, superiores à temperatura de destruição da alexina.

Segundo Jones e Simmes, o poder inibidor diminui com a acidez, e aumenta com a alcalinidade (1,5 horas com o pH 4; 10 horas e mais, em solução neutra).

É arrastado com a precipitação das proteínas do soro do leite, e quando purificado e encontrado, é susceptível de se manter dessecado durante 3 meses, sem diminuição da sua actividade.

A segunda fase, ou de desenvolvimento pròpriamente dito, está directamente relacionado com a temperatura.

Após o período latente ou de incubação, o desenvolvimento microbiano entra na fase logaritmica, atingindo um desenvolvimento assombroso quando as condições de temperatura lhe são favoráveis.

De facto, a temperatura a que se mantém o leite, depois da mulsão, tem uma importância capital na reprodução dos micróbios nele contidos, sendo mínima de 0 a 10°, bastante intensa de 10° a 20° e extraordinariamente intensa de 20 a 37°. Os quadros V e VI, devidos a Ayers, Cook e Clemmer, dão-nos uma ideia objectiva do desenvolvimento microbiano em função da temperatura e da influência do número de germens.

MAPA N.º V

Desenvolvimento microbiano em função da temperatura

AYERS — COOK E CLEMMER

Temp. do leite	Leite obtido por mulsão racional em recipientes estéreis				
	Número de micróbios por c. c.				
	Leite fresco	24 horas depois	48 horas depois	72 horas depois	96 horas depois
4°,4 c.	4.138	4.566	4.566	8.407	19.693
10° c.	4.295	13.961	127.727	57.252.777	39.490.625
16° c.	4.295	1.587.333	33.011.111	326.500.000	963.785.714
	Leite mugido s/ precauções especiais em recipientes não esterilizados				
4°,4 c.	165.333	281.646	538.775	749.039	852.835
10° c.	136.533	1.170.546	13.662.115	25.687.541	41.207.272
16° c.	136.533	24.673.571	639.884.615	2.407.083.333	5.346.666.666

Também no quadro VII, devido a Rodenkirchen se verifica a diferença de desenvolvimento em função da temperatura em que o leite é mantido, depois de ter sofrido a acção de temperaturas diferentes.

A acção das baixas temperaturas faz diminuir gradualmente o número de micróbios, sobretudo nas proximidades de 0°, mas a estas temperaturas ainda se nota o desenvolvimento muito sensível de certas bactérias psicrófilas, a partir da 1.^a semana, segundo Ravenel, Hastings, Hammer (quadro N.º VIII).

MAPA N.º VI

Influência da temperatura e da carga microbiana inicial

AYERS — COOK E CLEMMER

Temp. do leite	Fresco	12 horas depois	24 horas depois	48 horas depois
15º,6 c.	3.343	4.056	123.562	26.176.923
21º,1 c.	3.243	19.312	10.006.875	2.014.692.307
Leite conspurcado				
15º,6 c.	707.000	3.376.961	48.550.923	296.110.000
21º,1 c.	707.000	6.608.846	221.916.666	1.853.000.000

MAPA N.º VII

Influência do tratamento térmico do leite no desenvolvimento microbiano

RODENKIRCHEN

Tratamento do leite	N.º inicial de micróbios	N.º de micróbios na geleira	24 h. depois à tem- peratura ambiente
Cru	17.000.000	387.500.000	72.271.000.000
30' a 63º c.	25.000	745.000	17.600.000
instan. 75-80º c.	24.000	720.000	16.400.000
" 98-96º c.	6.200	129.000	6.200.000

À temperatura ambiente, especialmente no verão, o desenvolvimento microbiano é intensíssimo, mas é influenciado pelo número inicial de micróbios existentes no leite. Löhnis, trabalhando com um leite com carga microbiana inicial de 20.000 germens p. c. c., verificou que da manhã para a tarde, à temperatura ambiente, o número de micróbios aumentou para 45.000.000 p. c. c. ou seja cerca de 2.200 vezes. Já, porém,

trabalhando com um leite inicialmente muito conspurcado, cuja carga microbiana era de 6.000.000 p. c. c. esse desenvolvimento atingiu 900.000.000, ou seja 150 vezes o valor inicial.

Atribui-se esta diferença ao antagonismo microbiano.

MAPA N.º VIII

Ação das baixas temperaturas sobre o desenvolvimento microbiano

RAVENEL, HASTINGS — HAMMER

Dias depois	N.º de micróbios por c. c.	
	a 0º	a 9º
0	130.000	130.000
6	72.500	108.000
15	633.500	95.000
20	3.230.000	92.000
36	34.950.000	100.500
74	91.500.000	127.000
106	39.750.000	63.750
160	52.650.000	51.000

No que respeita à influência da temperatura sobre o desenvolvimento das diferentes espécies microbianas do leite, verifica-se que de 0 a 10º desenvolvem-se bem os proteolíticos psicotolerantes e fluorescentes (alguns estreptococos lácticos e micrococos são capazes, embora mal, de se desenvolver a esta temperatura). A 10º desenvolve-se bem o *b. mesentericus vulgaris* e por vezes o *coli*. Com o aumento progressivo da temperatura, verifica-se o desenvolvimento dos estreptococos lácticos, particularmente intenso de 20-30º, de tal modo que no fim de 10 a 15 horas representam a quase totalidade da micro-flora do leite.

A temperaturas superiores a 27º e sobretudo de 35 a 70º, desenvolvem-se as formas em bastonete, *coli-aerogenes*, etc.

Os estreptobacilos lácticos predominam à temperatura de 40º. Temperaturas mais elevadas são compatíveis com o bom desenvolvimento das bactérias termotolerantes e termófilas verdadeiras, como os mamacocos, *lacto-bacillus thermophilus* (ótimo 65º) *b. (calido lactis)* (ótimo 71º) o que tem muito interesse por resistirem com facilidade à pasteurização baixa (63º).

Para algumas espécies a termo-resistência depende, como vimos, de uma película protectora de caseína precipitada de que se envolvem (algumas estirpes de *coli* e *cocos*).

Do exposto se conclui que é de capital importância e arrefecimento rápido do leite depois de mungido, a uma temperatura inferior a 10°, e a necessidade da conservação e do transporte a esta temperatura, bem como a vantagem de mediar o menor espaço de tempo entre a colheita e o consumo.

* * *

São estas as fontes principais de contaminação; outras menos vulgares ainda existem, mas todas elas nos demonstram a gravidade do problema da higiene da produção e distribuição do leite, para cuja solução se torna necessária a colaboração dos médicos-veterinários, a bem da saúde pública.

JOAQUIM FIADDEIRO

Professor da Escola Superior
de Medicina Veterinária

A Medicina Escolar concelhia ⁽¹⁾

O sentido da Acção Médico-Escolar sob o ponto de vista individual e social

Meus ilustres Colegas :

Aqui me têm Vs. Excelências cumprindo a agradável missão de conversar com tão distintos Colegas, durante uma escassa hora, sobre assuntos respeitantes à Saúde Escolar.

E logo de início uma pergunta me acode como questão prévia: — Será a Saúde Escolar um tema para Subdelegados de Saúde? Desde que há um serviço especializado, com o seu quadro independente e a sua Direcção Geral, não deverá considerar-se a Saúde Escolar um campo diferenciado, à margem da Saúde Pública? Não estarão uma e outra apenas relacionadas naqueles aspectos gerais em que se integram indistintamente todos os assuntos que dizem respeito à vida dos indivíduos?

Esta pergunta envolve a avaliação dum problema que na verdade abrange aspectos mais complexos do que à primeira vista se pode ajuizar. E para a solução deste problema não são de mais os médicos do quadro da Saúde Escolar, somados com os médicos do quadro da Saúde Pública.

Uns e outros constituem um quadro mais amplo dentro da vida nacional.

(¹) Lição proferida no Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde realizado no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge em 1947.

Não é indiferente focar este aspecto *nacional* da questão, visto que a Saúde Pública representa justamente o Aspecto Social das Ciências Médicas e para-médicas.

Para o clínico geral ou especial, o indivíduo é o cliente. E como tal é focado como um ser avulso, junto do qual o clínico encontra como a mais alta finalidade e principal objectivo da sua missão o próprio interesse pessoal em nome do qual é convocado. Não quer isto dizer que o clínico se desinteresse da família e dos problemas médicos ou particulares, que, em relação a ela, a doença do chefe por ventura envolva. Estas considerações porém, respeitantes ao âmbito da família, quer sejam de ordem afectiva, quer científica, apresentam-se sempre como interesses de ordem acessória. Não é assim que o indivíduo se apresenta aos olhos da Saúde Pública. O indivíduo perante ela deixa de ser aquela unidade individual que constitui o Cliente, para ser um elemento do composto Social, fracção dum todo que o supera, e a cujo interesse geral vão ser submetidos os próprios interesses individuais.

Neste momento as considerações respeitantes à família não só se ampliam ao agregado social, mas ainda em vez de se circunscreverem ao fôro afectivo ou de ocuparem pelo menos um lugar secundário, passam a constituir a própria essência da especialização científica.

Para o Médico Escolar o indivíduo é ao mesmo tempo, um caso de Medicina Social pela importância do grupo escolar no agregado populacional, um caso profissional, sob o ponto de vista médico-pedagógico, e ainda um caso individual, tanto pelo que interessa ao estadio de desenvolvimento que faz dele um homem em devenir, como pelo que diz respeito ao destino particular dos estudantes do Liceu. Porquanto é nos cursos secundários que principia a preparação das *Élites*. E a constituição das *élites* representa *um caso particular do agregado social em que o indivíduo não pode deixar de ser considerado como um valor predominantemente individual*. Estas últimas circunstâncias não permitem integrar as *élites* apenas dentro de disposições de carácter genérico da Saúde Geral, e prendem particularmente a atenção do médico escolar ao caso individual.

Se, sob o ponto de vista profissional, todo o estudante é um trabalhador que se dedica a um trabalho especializado, há idades, particularmente no decorrer dos estudos secundários,

durante os quais uma parte da acção médico-escolar tem de se desenvolver no sentido duma especialização, tendente ao estudo das correlações psico-somáticas, da Higiene e da Fisiopatologia Mental.

Estes problemas revestem-se duma acuidade e complexidade muito particular nomeadamente na prepuberdade, puberdade e nubilidade, devido às transformações de ordem psicológica tão variadas e profundamente agitadoras da vida e do espírito.

O certo é porém que os problemas iniciais da Saúde Escolar, particularmente nas idades da primeira escolaridade, são de interesse comum tanto aos médicos da Saúde Escolar como aos médicos da Saúde Pública. Naquelas idades, os problemas de ordem psico-somática reduzem-se a um esquema relativamente simples, o que não quer dizer que a importância da acção médica junto dos escolares tenha menor valor sob o ponto de vista da sua proficuidade em prol da humanidade.

Aqui como sempre, é necessário encarar o problema da cooperação dentro duma visão de cada vez menos restritiva, e olhar os diversos sectores da actividade nacional de cada vez menos como compartimentos independentes, em que a economia da saúde se resolve isoladamente, bastando-se totalmente a si próprios.

O Dr. António José Saraiva publicou há pouco um trabalho intitulado: « *A Escola, Problema Central da Nação* ». Aí proclama este notável ensaísta e professor, a amplitude que deve ganhar o conceito da Educação. A Escola terá de abandonar a velha concepção de tribuna de conferências. A actividade docente não poderá resumir-se à ministração de conhecimentos literários ou científicos, para passar a constituir uma iniciação de Vida Completa.

O autor desdobra este problema fundamental em 3 problemas complementares:

- 1.º *Problema da aprendizagem:*
- 2.º *Problema de organização;*
- 3.º *Problema Médico-Escolar.*

De entre os 3, considera o autor que *particularmente o último põe um problema de ordem geral:—o da articulação da Escola com a vida total da Nação. E vê-o sob dois aspectos: assistência médica e médico-pedagógica.*

É particularmente no primeiro aspecto que a Saúde Pública tem uma acção comum com a Saúde Escolar. E foi este o ponto de vista que se apresentou à consideração dos legisladores desde os Regulamentos da Saúde Pública de 1837 e 1845, ao Regulamento da D. G. de Saúde de 1901 e ao Regulamento da Instrução Primária de 1902.

Em todos estes diplomas os serviços médico-escolares eram atribuídos aos Subdelegados de Saúde. O Decreto 5168 de Fevereiro de 1919, estabelecendo pela primeira vez vários logares de médicos privativos da Sanidade Escolar, determina que fora de Lisboa, Porto e Coimbra estas funções seriam desempenhadas pelos médicos municipais.

A reforma de 1933, ampliando os quadros, particularmente no que diz respeito aos Liceus, mantém a mesma disposição relativamente às Escolas Primárias, que desta forma continuam, fora de Lisboa Porto e Coimbra, a cargo da Saúde Pública.

Ora *pertencer por lei* é uma disposição legislativa. E os médicos estão habituados a exceder as disposições da Lei pelas disposições do seu próprio espírito, que fazem desta classe uma ordem leiga bem parecida na sua acção de amor ao próximo com aquela instituição formada pelo Poverello. Nós os vemos por essa província fora, ocupando-se altruisticamente com o bem estar do próximo, realizando desta forma aquele resumo de metade da lei de Deus: « ao próximo como a nós mesmos ».

Interessa pois e no mais alto grau à vida da Nação a acção médica a desenvolver pelos Subdelegados de Saúde em relação à vida escolar. E ela é imprescindível porque a Nação não pode ter por enquanto um quadro especializadamente médico escolar que abranja a escolaridade primária do País. Por outro lado continuaremos a afirmar, como sempre o temos feito, nomeadamente no opúsculo que publicamos em 1941 sob o título « *A construção do Futuro* », que são justamente as Escolas Primárias os núcleos mais propícios à acção da Saúde Pública, e os mais aptos para estabelecer uma actividade preventiva e profilática no sentido da valorização da Raça.

« A Escola é em cada núcleo populacional o centro de incubação da vida futura, a que se ligam como as linhas dum gráfico todos os fogos de cada agregado social. Visitar as Escolas do nosso País com olhos de Médico Escolar, é (...) soletrar a história da vida social que nos envolve, a miséria

económica, geradora de misérias fisiológicas que nos circundam, e a patologia avassaladora que vai manchando como uma nódoa de tinta a História genealógica da Raça, e empobrecendo o capital de saúde de pobres e ricos ».

É também em face da Escola que o espírito do Médico mais amplamente pode projectar a sua acção através do futuro, como agente social, que todos nós o somos, ao serviço da Pátria e da Humanidade.

De facto o Homem adulto que atinge e constitui o estadio produtivo, é o último termo duma série de transformações anatómo-fisiológicas que se desenvolvem durante cerca de 4 lustres.

Durante os largos anos do seu desenvolvimento, sobresaem dois períodos particularmente característicos, separados pela grande revolução pubertária, aquela crise tão dramática sob o ponto de vista psicológico, como construtiva sob o ponto de vista físico.

A esta crise se chamou um segundo nascimento, e daí o designaram certos autores, nomeadamente os franceses, por *Infância*, toda a vida que precede a puberdade dividindo-a em 3 fases: a 1.^a ou pequena infância que vai desde o nascimento até ao fim da primeira dentição e por vezes, sob um critério mais cronológico, se prolonga até ao fim do 3.^o ano de idade; a 2.^a ou média infância, correspondente ao que nós chamamos puerícia e se conta desde aqui até ao fim da segunda dentição, ou até aos sete; e por 3.^a ou grande infância, o período de desenvolvimento que antecede a crise pubertária, período dentro do qual se inclui toda a escolaridade primária.

Temos assim que a Higiene e Protecção à Infância abrangem toda a vida escolar primária e parte da instrução secundária.

Se vemos por esta forma o conceito da infância prolongar-se largamente pelo desenrolar da adolescência, vemos por outro lado o conceito da idade escolar recuar em sentido contrário, alguns anos na vida infantil.

Quando anteriormente apenas se considerava a partir dos sete anos, começa a antecipar-se com o aperfeiçoamento dos estudos pedagógicos, até que modernamente se conta o seu início a partir dos quatro e mesmo anteriormente. É este o chamado *período de iniciação escolar* que vai até aos sete anos, idade em que se inicia a escolaridade especificamente livresca.

Sob o ponto de vista científico, esta antecipação pedagógica tem motivos absolutamente exactos. De facto, por volta dos quatro anos, a criança entra numa fase característica sob o ponto de vista psicológico. Pela primeira vez o seu espírito aspira a um alargamento do meio familiar. Desperta como um interesse novo, o *instinto social*. Ao mesmo tempo, o cérebro atinge uma conformação definida, como termo perfeito da evolução morfológica. Só a Escola preparatória corresponde a este tropismo psíquico e intelectual da criança, e lhe permite orientar na devida oportunidade os seus ensaios de *ser social*, ao mesmo tempo que lhe pode ir zelando a integridade dos sentidos, particularmente dos olhos e dos ouvidos, e educando e adestrando a sensibilidade táctil e a habilidade manual, elementos do mais alto valor na cultura da inteligência.

O conceito da idade escolar por esta forma ajustado ao conceito da vida infantil apenas deixa de fora do seu âmbito, o período da 1.^a Infância.

Estas classificações de 1.^a, 2.^a e 3.^a infância, cuja perfeição filológica me abstenho neste momento de discutir, têm pelo menos o valor de ampliar de forma mais útil, e fazer olhar com vistas mais largas, o problema da Higiene e Assistência à Infância.

É de facto um erro pensar que tal organização deve circunscrever-se apenas à primeira idade. Não basta pensar em livrar o indivíduo da morte no decorrer dos 3 primeiros anos, e julgar que ali termina a obra que se tem em vista ao organizar os serviços que lhe dizem respeito.

É necessário que os indivíduos salvos nos primeiros anos não venham a ser uns débeis abandonados, lançados na vida mais como elementos de perturbação mórbida do que de formação sólida do corpo viril da Nação.

Para o período de iniciação escolar na 2.^a Infância estabelecem-se as escolas infantis ou maternais que tiveram a sua origem em Itália nas casas *dei bambini*, e foram instituídas justamente por um nome ilustre nas Ciências Médicas: *Maria Montessori*, em 1907.

Ora estas instituições que eram afinal um ajustamento à organização das Creches, em poucos anos gosavam duma expansão admirável no mundo inteiro. A antecipação que elas realizavam mostrava-se notavelmente fecunda, tanto sob o ponto de vista da Saúde Geral, como da Saúde Intelectual e Escolar.

O homem futuro representa o estado final duma actividade evolutiva a qual necessita de ser considerada no desenvolvimento das suas primeiras fases, porque elas se vão condicionando sucessivamente de forma que a perfeição de cada uma depende da perfeição da que a antecede.

Perante estas considerações tudo o mais é acessório. O que é primário é o forte impulso vital interior, tão preponderante sobre as influências extrínsecas, que, até sob o ponto de vista epidemiológico, fez dizer ao próprio Pasteur que todo o mecanismo do contágio era dominado pela importância primordial do terreno orgânico, onde residia a chave da defesa individual contra os ataques dos agentes microbianos.

Por outro lado, não basta curar dos doentes que se apresentam ao médico para fazer a obra social de que se necessita.

Haveremos nós de procurar as crianças, para as protegemos no seu desenvolvimento, e as pôr ao abrigo dos factores deletérios a que estão expostas. E para que se possa cumprir esta missão não existe um meio que valha a Escola, para tornar possível a acção generalizada a cujos cuidados a criança fica naturalmente subtraída quando circumscrita ao meio familiar.

É de facto na Escola que se encontra o campo de acção óptimo onde se pode resolver o problema central da Saúde pública, quer nos meios citadinos quer nos meios rurais. Só ali, na comunidade infantil, se pode dar extensão às intervenções que se destinam a condicionar o desenvolvimento da criança, atendendo a que, como diz VAN BIERLIEVT a criança *«tem necessidade de toda a sua força vital para realizar a sua evolução normal»*.

Desta forma se compreende quanto a criação de Escolas Infantis do tipo das de *Montessori* em Itália, Espanha, Holanda, França, Bélgica, Suíça, etc., dos *Kindergarten* na Alemanha, das *Escolas Maternais* em França, das de *Decroly* na Bélgica, das *Escolas João de Deus* em Portugal, seria uma obra importantíssima para a realização da Saúde Pública através da Saúde Escolar, a tentar o interesse e actividade de todos os Delegados e Subdelegados de Saúde aos quais proporcionaria um campo de acção insubstituível.

Muitos dos nossos colegas têm desenvolvido neste sentido a sua actividade com relevantes êxitos, acudindo-me neste

momento à memória os nomes do Dr. José Lopes Dias em Castelo Branco e do Dr. Mendes de Almeida em Fronteira.

Qual será a idade cronológica, ótima para o exercício da intervenção médico-escolar? MONTESSORI que viu o problema através dum espírito superiormente médico-psicológico, marcou o início desta acção aos 3 anos de idade.

Ora devemos notar que é nestas idades de iniciação que termina um daqueles períodos de alternâncias determinados por GODIN no estudo do problema do crescimento, ao focar a circunstância do indivíduo crescer por saltos e não duma forma regradamente progressiva. Entre nós as Escolas de João de Deus não recebem crianças de tão tenra idade como nas casas *dei Bambini* e são de resto em número ainda muito restrito. Foram infelizmente extintas as *Escolas Infantis* Oficiais, cuja multiplicação, ao invés do sucedido, tanto seria de desejar para benefício das crianças.

Os *Jardins de Infância*, obra interessantíssima, que em Lisboa florescem sob o patrocínio de Fernanda de Castro, não tiveram ainda a sua propagação em terras de Província. De maneira que só a partir dos 7 anos é que em Portugal se organizam duma maneira geral os agregados escolares.

Segundo STERN é durante este período que se efectua o 2.º salto de crescimento, entre os 6 e os 9 anos, seguido do período de maior repouso de toda a adolescência, entre os 9 e a puberdade. Ora já num trabalho que tive a honra de apresentar na Secção de Saúde Pública do Congresso da U. N. a convite do Ilustre Director Geral Dr. José Alberto de Faria, eu tive ocasião de expor o que pensava acerca destes pretendidos períodos de repouso em que o organismo não cresce sob o ponto de vista da estatura.

Verificando certas divergências entre o desenvolvimento estatural e ponderal nas mensurações de MALLING HAUSEN e de CARLIER, referidas às ondulações anuais de crescimento, e reparando em que o período dos 9 aos 12 anos em que NOBÉCOURT verificou o maior acréscimo ponderal, é justamente o correspondente ao período de maior repouso estatural da adolescência, atendendo ainda por uma forma geral a todas as impressões colhidas da observação progressiva das crianças através do seu desenvolvimento nas idades escolares, concluímos que não são menos críticos os períodos de repouso aparente, do que

os períodos de salto, pois as fases de repouso servem não só para estabilizar o desenvolvimento anatómico do salto anterior, como para equilibrar o desenvolvimento orgânico e fisiológico com o crescimento plástico, acoplando os dois ritmos fundamentais periodicamente desconjugados.

A actividade de repouso é uma actividade de fortalecimento que não só estabiliza a fase anterior como prepara um novo salto, ou seja, o próximo período de excitação biológica, destinado a conquistar uma nova etapa da ascensão do infante para a idade adulta, permitindo-lhe passar do estadio de aquisição ao estadio de produção.

Tratar, cuidar, amparar a evolução ontogénica nestes dois termos sucessivamente alternados de excitação e crescimento anatómico ósteo-muscular, com o do desenvolvimento funcional organo-fisiológico, é não só cuidar da vida actual, mas sobretudo preparar a vida futura. É não só cuidar de condicionar a renascença do Homem para a vida de produção e de trabalho, mas ainda para a vida do futuro criador de gerações. E para tudo isto creio bem que a medicina profilática e preventiva, que constituem a acção ideal dos médicos da Saúde Pública e Escolar, encontra nas épocas de repouso os períodos mais nitidamente indicados para a profilaxia dos períodos de excitação.

Tem a Medicina Pedagógica um campo de mais especializado interesse na observação dos órgãos dos sentidos, traços de união entre o mundo interior e o mundo exterior, através dos quais se exerce não só toda a actividade mental, que constitui o trabalho profissional do estudante, como ainda o desenvolvimento psíquico, sem o qual o Homem é um *ser* apoucado e inútil.

Não me deterei nem o tempo me permite com este capítulo tão essencial sob o ponto de vista médico-pedagógico, e que frequentes vezes se articula com perturbações várias da Patologia Geral, conduzindo a acção do médico, de antecipação em antecipação, até à higiene pré-natal e eugénica.

Porém, dentro do escasso tempo de que disponho, permitam-me V. Ex.^{as} que foque um aspecto da questão onde me parece que os serviços da Saúde Pública podem realizar uma acção particularmente profíqua no agregado escolar.

A observação destas populações infantis impõe-nos a impressão dominante de dois aspectos degradativos e perturbadores

da evolução perfeita do indivíduo: — os que se ligam ao sistema linfático e os que dependem do sistema ósseo.

Por outro lado, o conceito das actividades psico-escolares solicita a nossa atenção para a integridade dos órgãos essenciais à vida do espírito, e por consequência, dominantes da actividade escolar: — os órgãos sensoriais, e particularmente os ouvidos e a vista.

Não é menos interessante, se bem que seja menos do foro médico, o atender ao aperfeiçoamento da sensibilidade táctil e paratáctil. Este aspecto não é apenas um aspecto de interesse escolar, pois é sabido quanto as perturbações sensoriais podem resolver-se em diminuição ou apoucamento psíquico geral.

Pelo que diz respeito ao primeiro aspecto, é impressionante a percentagem elevadíssima de escrófulas, poliadenites, hipertrofias das amídalas, facies adenoideus, adenoides...

Crianças pálidas, macilentas, psiquicamente passivas, lentas, abstractas, desinteressadas, melancólicas, obedientes, constituem o meio frágil em que a peste branca vai encontrar o terreno propício para as suas devastações. Mais ou menos insidiosamente, ela vai marcando por aqui e por ali os seus predestinados.

Se na 1.^a Infância, a invasão tuberculosa se faz avassaladoramente, desencadeando-se brutalmente em formas granúlicas, galopantes, mercê da falta de defesas alérgicas, ainda não organizadas, é no decorrer da 2.^a Infância, ou antes, da Puerícia, que ela organiza metódicamente a sua actividade nefasta sob o ponto de vista social. Se as crianças tuberculisadas na pequena infância são rapidamente eliminadas, ficando assim expeditamente solucionado o problema, que não subsiste para a contagiosidade futura, o mesmo não acontece para a Puerícia e Adolescência. Nestas idades, a infância escolar constitui um verdadeiro *viveiro da morte*. Cada criança tem uma função polinizadora dentro do grupo. É ali, nas constituições dominantes linfáticas, que a Tuberculose se vai estabelecendo, em formas tão atenuadas, tão insidiosas, que a maior parte das vezes não preocupam ninguém, porque o linfatismo é considerado como um estado passageiro sem consequências futuras...

Porém, ao desencadear-se a agitação pubertária, aquela presença silenciosa e disfarçada ou de aspecto benigno, sai da sua tranquilidade aparente, agita-se, tumultuosa e agressiva, e toma posse rapidamente das resistências vitais.

A agitação tumultuária desta crise ajusta-se de tal forma à crise do salto estatural, que frequentes vezes a aceleração do crescimento dos ossos longos, particularmente das pernas, corre parêlhas com a precipitação da invasão pulmonar.

Por todas estas circunstâncias, a luta contra o linfatismo deveria preceder e intensivamente, a luta anti-tuberculosa. E a Escola, meus Senhores proporciona por uma forma extremamente profíqua a acção social a realizar neste sentido.

Só este capítulo da acção médico escolar, realizado por todos nós, médicos de Saúde Escolar e Médicos de Saúde Pública, justificaria a criação dum grande serviço de Assistência Social.

Independentemente porém das relações do linfatismo com a tuberculose, a plétora linfática e a hipertrofia dos órgãos linfoides acompanha-se só por si dum certo grau de anoxémia, cujo rebato psíquico se não traduz apenas por sensível lentidão de actividade psico-escolar, mas transparece ainda em todas as manifestações psíquicas da criança, que tendem para uma hipotonia geral das actividades e reacções.

Esta hipotonia psico-somática é particularmente notável nos adenoideus com ou sem hipertrofia sensível da amídala faríngea. E todos sabem bem quanto a operação das adenoides modifica por completo a vida física e psíquica do estudante. A anoxémia dos linfáticos a que me referi, pode ter um rebato mais profundo sobre o cérebro em certos casos de volumosas escrófulas cervicais e grandes hipertrofias amigdalíanas. Acumula-se com o processo fisio-patológico, um processo mecânico de curioso rebato psico-escolar. É mais frequente do que em geral pensamos, ou antes, não pensamos em geral, na circunstância tão frequente da amídala hipertrofiada exercer sobre a carótida e jugular interna uma compressão que diminui o calibre destes vasos numa extensão apreciável.

Temos assim entravada a circulação aferente ao cérebro e prejudicada a circulação de retorno. Esta perturbação de irrigação cerebral impede o trabalho intelectual da célula nervosa, particularmente ávida de oxigénio.

Efectivamente experiências de *Mosso* e do fisiologista *Gley* entre outros, demonstraram que o trabalho intelectual produz um afluxo de sangue devido a uma vaso-dilatação reflexa, directamente

provocada pela actividade mental. Assim é que *Gley*, particularmente, verifica que um cálculo mental modifica a amplitude das pulsações da carótida. E o trabalho intensivo chega a aumentar a tensão sanguínea cerca de 20 mm. de mercúrio.

Enquanto a actividade cerebral intensifica o consumo do oxigénio, faz aumentar por outro lado os detritos de desassimilação. *Speck* observou que o oxigénio absorvido por minuto durante o trabalho intelectual aumentava de 456 para 507 mm. e que o $C O^2$ dispendido em iguais condições, subia de 0,553 para 0,583. Temos por consequência, dilatação cerebral, aumento de consumo de oxigénio e da liberação de CO^2 .

Ora a compressão do feixe carotídeo-jugular não só impede a conveniente irrigação que deve corresponder à vaso-dilatação cerebral, como ainda impede a liberação do acréscimo de CO^2 produzido pela maior actividade mental.

Temos assim uma dupla interferência da nocividade produzida pelo obstáculo mecânico da hipertrofia amigdalina sobre os troncos vasculares da irrigação cerebral.

Juntemos a isto os defeitos da respiração nasal, tantas vezes concomitantes por obstrução de polipos ou malformações do septo e dos cornetos, distrofias ósseas que tão frequentemente se juntam a estas na hereditariedade sifilítica, e teremos particularmente reforçados todos os inconvenientes quer sob o ponto de vista geral quer sob o ponto de vista médico escolar.

Se, como dissemos anteriormente, a luta contra o linfatismo deveria preceder intensivamente a luta anti-tuberculosa, este interesse, geral sob o ponto de vista da Saúde Pública, reforça-se muito particularmente no que respeita à Saúde Escolar, se atendermos às dificuldades de assimilação intelectual, provocadas pelo linfatismo, num período escolar que representa para muitos alunos a instrução total preparatória para a vida, e para os outros, a aquisição de elementos fundamentais para a sequência dos seus estudos.

O tempo não nos permite que continuemos a lançar os olhos para a plástica geral das crianças e comentemos os aspectos impressionantes mais frequentes do lado do esqueleto, particularmente do torax. As escolioses podem ser em grande parte corrigidas com a interferência do professor, devidamente interessado e elucidado sobre a necessidade da vigilância orto-estática;

com a adopção de pequenos intervalos intercalados durante os trabalhos escolares, mesmo sem abandono da aula, e ocupados ou não com exercícios simples de respiração profunda (como nas escolas belgas e alemãs); e ainda com a substituição do mobiliário escolar pela mesa e cadeira independentes como vimos preconizando há longos anos.

A orto-estática da criança tem de ser tanto quanto possível orto-dinâmica, por mais paradoxal que a terminologia pareça. E neste sentido, como em tantos outros, o médico da Saúde Escolar ou Pública, deveria preparar em cada professor um assistente da Higiene Escolar. Infelizmente porém é também certo que os leigos têm mais tendência para colaborar e até pretenderem substituir o Médico, do que para colaborar com o Higienista. Para a ciência médica que não pode estar ao seu alcance quase todos se sentem aptos. A Higiene, cujos conhecimentos práticos estão em condições de saber aplicar, não lhes absorve tanto a atenção.

Ao lado das escolioses predominam os torax chatos pelo peito e pelas costas, e as *scapulae alatae*, por vezes intensamente desviadas, a forçar o plano costal, ressaltando debaixo da pele com tal violência que chegam a dar a impressão de serem apenas contidas pela força de resistência dos tecidos cutâneos.

Que dizer das dentições, a pedirem um serviço de odontologia sistematicamente organizado? E de tantas outras solicitações da patologia infantil?

Os Subdelegados de Saúde deveriam de facto exercer a sua acção médico-escolar nas escolas primárias. E para isso poderiam ser dispensados dos serviços de médicos municipais, serviços clínicos individuais que não pertencem à função da Saúde Pública. A acumulação natural dessa função com a da Saúde Pública, permitiria ao Estado, com uma subvenção adicional mais económica, organizar muito mais amplamente estes serviços de Medicina Social, eminentemente preventiva, em relação à fase produtiva da vida da Nação.

Entretanto e para não deixar de tocar no assunto antes de terminar esta sucinta exposição, não quero deixar de referir-me ainda às medidas a tomar em face deste problema de linfatismo, que considero de importância primordial e para os quais me parece que não é de extrema dificuldade encontrar, senão uma solução total, pelo menos uma intervenção útil.

Afigura-se o problema insolúvel a quem se deixar dominar pela ideia do *ou tudo ou nada!* O *tudo ou nada* será desportivo, mas não é criador de soluções sociais. A melhoria das gerações não pode aguardar uma solução total para iniciar os seus trabalhos. As soluções parcelares têm os seus defeitos? É certo. Porém ninguém pensa em abandonar a sociedade só porque não é possível transformá-la duma só vez numa sociedade ideal. Teremos de intervir como for possível, procurando modificar num sentido útil os aspectos mais aflitivos da morbidez populacional.

Não ignoramos que a solução integral do problema comporta medidas decididamente revolucionárias e muitas das quais não pertencem propriamente ao departamento médico. As crianças nas nossas escolas primárias deveriam brincar mais e estudar menos. Os programas necessitavam de ser intensamente podados. Lucrava com isto a saúde das crianças, a formação dos adultos, ganhava o esqueleto, e ganhava a própria instrução, pois só havia a lucrar, sob o ponto de vista do conhecimento, em substituir o *muito e passageiro*, pelo *quantum satis* e definitivo.

Não creio muito viável esta aspiração contra as superstições de que está cheio o nosso ensino escolar, cujo pesadas inutilidades teimarão em persistir apesar das provas negativas de cada vez mais agravadas.

Estão porém em nossas mãos as possibilidades de algumas intervenções úteis:—O fornecimento do Óleo de fígado de bacalhau constitue uma forma económica de ministrar as vitaminas A e D, cujos efeitos são particularmente úteis nestas crianças, não só como tratamento curativo, mas ainda como preventivo e auxiliador do movimento ontogenético. A sua obtenção é relativamente fácil, sem dispêndios exagerados, e ainda aqui a Escola oferece condições particularíssimas, pois que a sua ministração em grupo se torna muito mais útil do que isoladamente.

Já o Dr. Lopes Dias teve ocasião de observar que a tolerância para este medicamento, dado com uns simples gomos de laranja, se tornava na Escola absolutamente geral, *abrangendo a totalidade das crianças*, até mesmo aquelas que em suas casas o não toleravam. A sua distribuição colectiva feita pela Visitadora tornou-se num brinquedo diário. Por nossa parte conhecemos um caso semelhante de intolerância em 3 crianças que passaram a tolerar o óleo, e até a requisitá-lo quando os Pais se esqueciam

de o ministrar, transformação realizada pelo despertar dum interesse psíquico ligado ao uso deste medicamento. Aqui o motivo foi outro, mas é interessante verificar no caso que anteriormente referimos, a utilidade da acção psíquica exercida pela colectividade escolar na tolerância individual.

Não deixarei de apontar a propósito que também o Dr. Jaime de Carvalho, médico escolar do Liceu de Chaves conseguiu introduzir entre os rapazes a prática da Higiene Bucal por uma forma idêntica. Os alunos do 1.º ano passaram a ter um armário no Liceu com as escovas e a pasta dentífrica. E no 1.º intervalo das aulas a lavagem colectiva dos dentes constituía um dos divertimentos mais animados dos recreios escolares.

Há já alguns anos que mercê da acção da Visitadora Escolar de Lamego, sr.^a D. Maria da Anunciação Sobral Cid, ali funciona uma cantina escolar primária com distribuição de Óleo de Fígado de Bacalhau a todas as crianças cuja assistência Médico Escolar é exercida pelo Dr. Guimarães Serôdio.

Além do Óleo, outro medicamento de utilização barata haveria a aproveitar sempre que fosse possível: o Sol.

Têm as escolas na melhor das hipóteses um edifício para as aulas, um terreiro descoberto para brinquedos, e telheiros cobertos para a chuva. Ou sol em chapa, ou sol ausente! Como seria porém excelente um pequeno campo arborizado, com a luz do Sol bem tamisada por árvores não podadas, que permitisse inclusivamente dar lições ao ar livre quando o tempo o permitisse! Ai está alguma coisa de simples e que não existe em parte alguma! Como faz pena que tivesse sido uma simples cantiga aquela estafada canção do « Ó Escolas semiai! » Sobre este ponto de vista é curioso ainda notar a diferença existente entre a Escola Primária da cidade e da aldeia. O Dr. Armando Lucas que conhece as Escolas do campo e actualmente é Médico Escolar na cidade do Porto, faz notar a função higiénica inteiramente oposta exercida pela vida escolar no campo e na cidade. Aqui em geral a criança melhora com a frequência da Escola, porque sai do tugúrio sem luz, da rua sem sol, da casa sem quintal. Dá o seu passeio até à Escola. Tempo de liberdade, de convívio alegre, de ar livre e de Sol. Na aldeia tudo se passa ao contrário. O certo é porém que mesmo na melhor das hipóteses, a maior parte do ano lectivo é passado no inverno, numa

quadra em que os benefícios da luz solar são mais incertos e menos continuados.

Seria óptimo expediente o Sol artificial. As lâmpadas de radiações ultra-violetas. Bem sei que é extremamente difícil fazer chegar este benefício a todas as aldeias. Porém é legítimo pensar que nas sedes de Concelho e em cidades, será possível utilizar em benefício da Saúde Escolar estes banhos de luz, com radiações em grupos e sessões em série.

E se nos repugna admitir que estes benefícios seriam limitados a certos centros, tanto mais que, tratando-se de luz solar, embora artificial, nos vem à mente a contrafacção do conhecido prolóquio: — o Sol quando nasce é para todos... —, lembremo-nos também, para nos consolar, que as crianças da cidade têm menos oportunidades de aproveitar o sol do que as gentes das aldeias.

E pensemos ainda que no verão poderemos utilizar a acção climática em toda a sua esplendente complexidade. As Colónias de Férias são um meio esplêndido para a acção da Saúde Pública e da Saúde Escolar, que podem dar-se eficientemente as mãos nesta formosíssima obra.

Clima de Serra e clima marítimo podem ser utilizados num intercâmbio de núcleos escolares. E os edifícios das próprias escolas, fechados em tempo de férias, podem ser utilizados por troca entre planície, serra e mar, para albergar as crianças em gozo de campismo.

Intensifiquemos esta cruzada. Interessemos na propaganda todas as entidades que a possam socorrer: autarquias locais, poderes do Estado e boas vontades particulares. Que esta propaganda é também uma parte da profissão médica, e das mais nobres quando se trata da Medicina e da Higiene Social. É uma forma de agir tão necessária em todos os ramos da nossa actividade com a própria intervenção directa, pois sem o esclarecimento e doutrinação higiénica, não existe Medicina nem Profilaxia Social ou profissional, Saúde Escolar ou Saúde Pública que prevaleçam.

Não nos permite o tempo abordar por forma conveniente os múltiplos problemas da Saúde Escolar. Não quis porém deixar de focar sob os vossos olhos, embora com rapidez forçosamente cinematográfica, a importância que os serviços médico-escolares

representam para o avigoramento da raça, não só pelo que interessa à vitalidade material dos indivíduos, mas ainda e por forma especial, no que respeita à saúde e rendimento mental e espiritual da Nação.

Assim o problema seja amplamente compreendido e sejam proporcionados, de cada vez mais, os meios de agir eficazmente, a uma classe onde não falta o espírito de Cruzada.

Para esta obra grandiosa poder realizar-se com perfeição, necessário é que colaborem, dando-nos as mãos, as almas, e as inteligências, nós todos, os que estamos afeitos a considerar como nossos os problemas vitais da Sociedade:— Nós, os Médicos da Saúde Escolar e os Médicos de Saúde Pública.

AMÉRICO CORTEZ PINTO

LUGARES SELECTOS

1923

A propósito de Pasteur

... Sou do tempo em que o pastorismo não vislumbrava sequer, nem na teoria nem na prática. O que em etio-patogenia se professava, constava da farragem ancestral dos efluvios, miasmas e virus; o que se entendia por infecção, em relação ao contágio, era noção bem diversa da actual. E todas estas categorias andavam definidas da maneira mais formalista nos catecismos da patologia geral, dos quais o Jaumes era o mais ortodoxo e dogmático. Vale ainda hoje a pena relê-lo a quem queira dar fé nos velhos textos, por um lado de quanto alcançara a intuição simples da observação hipocrática na adivinhação do processo inficioso, e pelo outro de quanto ainda as noções e os termos antigos pejam as imperfeitas concepções e o defeituoso vocabulário de hoje em dia, como estigma dos vícios pretéritos.

Advem Pasteur; entra de destruir e de criar; luta dentro do laboratório contra o desconhecido, e luta cá fora contra o conhecido — o misoneísmo. Enquanto não ultrapassa os domínios da química bruta, descortinando os agentes das fermentações, ainda o deixam; mal toca temerário na arca do organismo vivo, tentando perscrutar causas e remédios de doenças, os gansos do Capitólio dão voz de alarme.

A medicina clássica enfuria-se, rinhe-se rijo no redondel da Academia. Segui com curiosidade ao tempo os episódios da campanha, e recordo-me ainda dos apodos verberados contra o revolucionário das biopatias — ele nem sequer conhecia a preceito o instrumento que manuseava, ignorando a óptica do microscópio — ele nem conhecia os próprios micróbios com que lidava, a sua

mórfica e a sua taxia deviam-se a Cohn. Razões todos as tinham pró e contra, mas a razão convincente e vincente estava do lado do mestre, que triunfou em toda a linha retumbantemente e teve a dita de gosar em vida do seu triunfo.

A nós, o que nos desesperava, era não vermos os decantados e disputados micro-organismos. Quando nos seria dado enxergá-los por um óculo, real e verdadeiramente, em vez de imagens? O uso do microscópio era quase desconhecido; ignorávamos *de visu* as bactérias de Pasteur, como ignorávamos as próprias células de Virchow. Pôde tanto conosco esta carência que, mal entrado na Escola em 1880, nos consagrávamos àvidamente ao aprendizado auto-didático da histologia primeiro, da fisiologia experimental depois, e da bacteriologia por fim; com gasto sim de tempo e de trabalho que significava dano de interesses, mas ao menos estava satisfeito um gosto da vida intelectual.

Não admire que, mal compreendido ainda o pastorismo como doutrina, à ciência e à técnica dos micróbios se não abrisse logo lugar no ensino. A nova patologia inficiosa desconcertava as inteligências; conheci lentes e médicos de real talento, saber e capacidade que não havia meio de a abrangerem. Bem mais simples era a mecânica da circulação do sangue, descoberta por Harvey, e entretanto houve entre nós e na península, no século XVIII, quem a expusesse em textos com tal desaire que bem mostravam não a ter compreendido. Ainda hoje, volvidos tantos anos de divulgação sobre a doutrina pastoriana, quantas vezes se sentem ainda na matéria os despercebimentos e as cincadilhas de conceito.

A miséria reinante na esfera docente, quase abandonada dos poderes públicos, apesar da veemência dos protestos repetidos, não dava quartel à bacteriologia. Despontam no horizonte o bacilo de Koch em 1882 e o vibrião do mesmo em 1884, trazendo a chave causal de duas pragas homicidíssimas — a tuberculose e o cólera. O Portugal oficial olhou para essa descoberta como boi para palácio, e quedou-se ainda — deixar lá estar em paz o bacilo e rabiá-lo o vibrião.

Nisto anuncia-se a vacinação preventiva dum mal horrído e fatal, a raiva, atíça-se em França um movimento de filantropia científica sob os auspícios do Estado, donde surtiu a criação do Instituto Pasteur. País criador de cães danados, criação que continua próspera, entramos de despachar mordidos para França,

a expensas beneficentes do erário público. Na Sociedade das Ciências Médicas disputa-se, feio e forte, o valor da nova vacinação — Sousa Martins pró, e Eduardo Abreu contra, batem-se à mão tente. Aproveitando a monção, três nomes conhecidos — Sousa Martins, Miguel Bombarda e Eduardo Burnay, subscrevem em 1889 uma petição ao govêrno, solicitando a instauração dum Instituto anti-rábico em Lisboa, sob sua direcção gratuita.

Foram ouvidas as Escolas; estas audiências costumavam ser ásperas. Não se imagina que espécie de epístolas se endereçavam aos efésios do Terreiro do Paço, por parte dos dois conselhos médicos de Lisboa e Porto e pela pena dos seus secretários, dois lentes ainda vivos, mas *quantum mutati ab illo*, — o professor Raposo e eu. A gebada zinia rijo, mas caía no chão; liam-nos superiormente sem emenda, embora com tolerância, sem nos quererem mal por isso. Fui dar uma vez com o director geral Amorim e o presidente do Conselho de Instrução Pública, Jaime Moniz, a rirem-se a bandeiras despregadas dum trecho humorístico do prof. Raposo, a dizer que isto por fora eram cordas de viola e por dentro pão bolorento... digerido.

Tenho presente o parecer do Porto sobre o Instituto anti-rábico a criar, de que peço vénia para me referir a trechos demonstrativos duma orientação científica e pedagógica, que só muito mais tarde veio a vigorar. Afirma-se nele redondamente que

... a beneficiação do ensino seria o fim não menos avultado da instituição. O estabelecimento erguer-se-ia a centro de estudo e ensino da bacteriologia. Não primará até essa finalidade sobre todas as outras? O conselho pensa que sim, manifestando-se abertamente contra os dizeres do relatório, que pretende converter o futuro Instituto num recesso religioso, onde não chegarão os olhares profanadores de professores e discípulos.

É tão essencial essa relação, julga-a o conselho tão proveitosa, que não pode perder a ocasião de solicitar instantaneamente mais uma vez para a nossa escola um laboratório de bacteriologia com o respectivo pessoal e dotação.

Aventa-se no relatório um plano de organização, sobre o qual o conselho não se furtará a emitir um voto sincero. Impressiona-se com o pregão da barateza; estamos fartos de miséria e de tantos testemunhos de pobreza franciscana.

Se o instituto é útil, se é criado para bem do país, não se regateiem centenas de mil reis; nisto o que sai caro,

e bem caro nos tem saído em vergonha e insuficiência, é a penúria proverbial.

Oferecem-se para a direcção do Instituto três médicos respeitáveis que escusam de pedir meças em talento, nobreza de carácter, e dignidade profissional. Acertada escolha.

Com um desinteresse digníssimo, no elevado intuito de favorecerem a criação do Instituto, declinam todos os benesses do lugar. Louvemo-los por tanta abnegação, e louve-os V. Ex.^a por todos, mas digne-se não aceitar a oferta, honrosa apenas para os que gratuitamente querem sacrificar o seu tempo e o seu trabalho.

Torne-se efectiva essa dedicação por uma remuneração condigna; os honorários, nem desmerecem, nem amesquinham a nobreza do acto.

E dirá mais ainda o conselho. Não cubram apenas os três clínicos o novo estabelecimento com a sua carta de médico e com o seu diploma de professor. A honorabilidade e a inteligência não constituem sufficiente garantia.

A competência autorizada, na frente; não fiquem apenas no seu papel sacerdotal, acolitados por um preparador de mais saber técnico. Industriem-se onde devem; mandem-se educar nos laboratórios estranhos; entre essa viagem instrutiva nas despesas de instalação. Sem tal requisito não falemos sequer em Instituto Pasteur Nacional.

E clame-se mais uma vez, como remate de toda a consulta: acabe-se esta quarentena permanente em que vivemos, sequestrados da ciência estrangeira; acabe-se a miséria dos nossos laboratórios e gabinetes, que se reflete fatalmente na prática profissional...

A ripada mais uma vez se perdeu no ar, o Instituto Pasteur ficou ainda no limbo, e não sei se os termos da nossa crítica, que endireitava algumas das proposições feitas, contribuiu para que o projectado laboratório fosse pela água abaixo.

Ao tempo a microbiologia começava a vagir em estabelecimentos públicos; o professor Amado tentava-a no laboratório municipal de hygiene, onde trabalhou contratado o alemão Emmerich; ensaiava-se em Coimbra, e entrava até na orgânica e no programa do Instituto de Agronomia, reformado em 1886 pela pena alta dum estadista de vistas de águia e pulso de atleta, Emidio Navarro, tão sabedor e consciente, e como tal prestes

atirado às gemonias. Esta contribuição dos médicos veterinários foi deveras proveitosa à bacteriologia nascente e merece louvores. ⁽¹⁾

Era a veterinária que aquinhoava dos benefícios da bacteriologia antes da medicina humana — registre-se que Pasteur em Portugal nasceu primeiro para os animais do presepe que para os filhos de Deus. Lembra-me o lavrador que, entre a vaca e a mulher, ambas em trabalho de parto largou da alcôva para o eido, decidindo-se antes pela vaca, que lhe custara um par de moedas, e pelo bezerro, que lhe havia de render mais do que a criança.

Este contraste depreciativo da nossa pele bradava-o eu aos céus no Conselho Superior de Instrução Pública, a ulular imprecações com a plangência da misérrima Dido da cantata; e sem outra acção reflexa, além da veia mordente do secretário Francisco Palha, que nas sessões me mandava à sucapa versos a satirizar a medicina nacional mai-los seus procuradores, o Jorge, e, sobretudo, o ferrabraz do Raposo.

O primeiro passo decisivo dava-o o ministro António Cândido, quando mandou Câmara Pestana, que de estudante dera provas duma entranhada microfilia, sentar-se às bancas do Instituto Pasteur de Paris. E o laboratório surdia, enfim, à data de 1892, num canto do Hospital de S. José, graças à economia do ministro Dias Ferreira, que queria poupar os gastos da viagem lá fora dos candidatos à raiva, e sob a pressão duma baforada tifóide em Lisboa, então, e sobretudo hoje, comparativamente, uma das cidades mais infectamente tíficas. Não seguirei o fraseado desta criação assinalada, cuja história documental está feita já pelo professor Azevedo Neves.

Esse ano de 92 ficou ainda marcado nos parques anais da higiene do país. Instaura-se em Lisboa o primeiro posto público,

(¹) Ao recordar os esforços inaugurais da nossa medicina veterinária em favor da bacteriologia, é justiça mencionar o nome do seu implantador na escola respectiva, o professor Joaquim Inácio Ribeiro, a quem acaba de ser prestada a devida homenagem. O seu discípulo, colaborador e sucessor, o professor Paula Nogueira, no fecho duma exposição proficiente sobre a vida de Pasteur, rendeu ao ilustre mestre e pioneiro um preito sentido e eloquente. O professor Paula Nogueira publicou nesses tempos iniciais um excelente compêndio de técnica bacteriológica.

dedicado à desinfecção moderna como atalhavam ao tempo os experimentos de Koch. E no Porto, pelo bom grado e munificência duma câmara onde se não esteve à espera da ronceira iniciativa central, instala-se um serviço sanitário modesto, tão completo quanto possível, com uma organização estatística, um posto de desinfecção e um pequeno laboratório de bacteriologia. Foi este núcleo excêntrico, que salvou a medicina e a higiene portuguesas duma vergonha nacional — ele quem achou a pista da peste que por singular aberração escolhera o Porto para a sua primeira faiscadela na Europa, e como tal seguida com curiosidade pela imprensa mundial, pelos sábios e pelos governos que ali mandaram comissões de estudo; ali se proveu no primeiro lance ao diagnóstico epidemiológico, à pesquisa bacterial, ao combate profilático. As pedras da rua, como testemunho flagrante de civilização, ergueram-se para a lapidação infligida. Foi cerrado o primeiro e único laboratório municipal de bacteriologia que houve no país, e o pobre bacteriologista, a quem os rancores duma cidade dementada perseguiam, teve de refugiar-se no exílio. Custava caro professar a fé de Pasteur e falar verdade; Câmara Pestana já o sentira cinco anos antes, por ocasião do para-cólera de 94, quando se recusou a hipotecar o seu laudo laboratorial à confirmação dum diagnóstico precipitado.

Câmara Pestana! ao soltar do seu nome neste passo, dobrem-se os joelhos, curve-se a fronte. Grandeza de inteligência, de trabalho e de carácter — grandeza na curta vida e na morte gloriosa.

Pasteur, se lá dos Campos-Elísios onde a sua sombra repousa no goso da eterna sabedoria, o divisou a moirer sem trégua e a morrer na estacada, exclamaria envaidecido: — Tu és meu filho! *Tu Marcellus eris*. Palmas juncaram a tumba deste mártir da devoção científica e humanitária, mas a intelectualidade médica portuguesa ficou de luto para sempre; de sobre a sua memória não se arrancará jamais o fumo dos crepes. Porque simbolizava a esperança dum futuro largo e fecundo e levou consigo para a sepultura na alma sublimada de fé e paixão a chama ardente desse renascimento.

Até onde chegaria o seu influxo restaurador, quando em tão breve trecho da existência nos legou uma pleiade de discípulos e colaboradores que sustentam entre nós a cultura da bacteriologia, da serologia, da imunologia e da parasitologia, em

lugar honroso no registro internacional. Ordenou um decreto ao tempo que tive a honra de escrever a erecção do seu busto na testada do Instituto que com tanto amor criara; cumpra-se agora, e será essa a comemoração mais condigna do centenário pastoriano.

Senti-lhe o arrimo inapreciável da mente e do coração naquele passo temeroso da peste do Porto; foi à sua sugestão empolgante, à sua injunção obrigativa, que cedeu o propósito feito de não ocupar o lugar que era instado a aceitar na reorganização sanitária do país. E cedi, declaro-o, fiado na sua eficaz cooperação e intercessão, quebradas logo ao cabo de quinze dias por morte crua. Perda sem remédio e triste agoiro!

Quase um quarto de século se dobou já sobre a data inaugural dessa tentativa do ressurgimento da sanidade nacional. Pasteur dera corpo e alma nova à higiene pública, forjando as armas da profilaxia anti-inficiosa. Festeje-se nas faculdades médicas e não-médicas o dia de S. Pasteur, porque santo foi até nos milagres, festividade que por ordem superior se oficializou, mas no meio do estrondo oratório tendam-se os timpanos para a voz impertinente que perguntar: «E a propósito como vamos de saúde pública? Estaremos de contas saldas com a memória do festejado?» Os dias de festa são-no também de confissão e penitência.

De 1899 a 1902 operou-se um esforço sério de decretação orgânica e funcional — era um início de obra, modesto sim mas avançado e preciso para nos colocar à vanguarda de outros países então em atraso com os quais hoje nos deixa malparados o confronto — cite-se entre eles o Brasil, já que tanto se fala a toda a vez e hora da nossa antiga colónia, ao contacto da qual parecemos querer re-civilizar-nos e até aprender a lingua materna, que a metrópole em amnesia senil traz esquecida. O Brasil deu-nos uma lição, desatentada, de como governos, médicos e público se conjugam na execução dos preceitos da medicina social.

Não faltaram aqui os cirineus para a cruzada higiênica — dedicações desveladas e deslouvadas se mostraram e continuam, mas a reforma carecia de ser desatravancada de obstáculos, alimentada com boas vontades e recursos pecuniários. Já bastava para empecilhá-la significar um progresso superior ao tempo e ao meio; era preciso travá-la ainda mais, metendo-lhe o pau nas

rodas e até no costado de quem a empurrava. Fazer a Africa de encarrear a hygiene numa terra assim, como havia de consentir-se ao temerário que o ousava?! A sabedoria castelhana tem um expressivo provérbio — *Hagase el milagro, hagalo el diablo* — que para portugueses não serve; aqui não se querem milagres nem de satanaz nem de santo. Porque daí poderia resultar acresceto de reputação a quem quer que fosse e o indígena sofre da matadura marcada pelo clássico de ser tal o seu horror pelo bem alheio que chega a preferir-lhe o mal próprio.

O trânsito por essa azinhaga duma função pública, agoniada a todo o momento para braço a que se não ajuste a manga de alpaca e para dedos que se não deixem triturar pelos anjinhos que Herculano temia, daria uma ilíada tão trágica como humorística — encenada de Bártolos, Acácios e Pachecos, dos que rodam em torno dos ministros a tolher-lhes as mãos, preparando nas betesgas das secretarias e na intriga dos gabinetes o desforço das suas vistas baixas. Schopenhauer depois de exclamar: feliz aquele a quem foi dado evitar certas individualidades — inculca que para aprender a suportar certos homens é bom exercer a paciência sobre objectos inanimados que por necessidade mecânica ou física contrariam obstinadamente a nossa acção. Desta sorte nos afazemos à ideia de que a gente que só serve de estorvo, o faz forçadamente, em virtude duma necessidade tão natural como a das cousas brutas. Sempre queria ter visto o grande filósofo ressuscitado, mesmo com a beatitude da vida póstuma em contrapeso à sabedoria que de cá levou, a praticar aqui o seu conselho no primeiro andar do antigo ministério do reino.

Tudo concorreu para desmerciar essa funcionalidade bem auspiciada — mau espírito público, mau espírito político, e até mau espírito médico. Depois de tanto afinco e tanto trabalho desbaratado, o balanço é desanimador:

Bastará dizer que carecemos de serviços profiláticos contra os flagelos que provocaram por toda a parte o mais intenso movimento combativo — a tuberculose e a sífilis. A raiva açula o dente do cão, como dantes, contra as pernas do transeunte. A vacinação continua a ser ímbele contra a eclosão de epidemias de bexigas nas próprias barbas de Lisboa. E como se procede entre nós, não direi contra, mas sobre moléstias venéreas, é de envergonhar; estamos abaixo das cidades do Oriente onde encontrei essa prevenção bem instaurada.

Hospitais de isolamento, se gosamos dum modelar no Porto, temos em Lisboa o malogrado Hospital do Rego, uma bela obra sabotada, vá lá o termo, no seu exercício e utilização, além de tudo quanto pode imaginar-se; mas nada há que imaginar perante o velho Hospital de S. José, o padrão há um século da cirurgia e da medicina nacionais, hoje reduzida a um descalabro tal que nem nome tem. Longe os tempos em que, com o Hospital de la sangre de Sevilha, era um dos primeiros da Europa.

O Lazareto de Caparica, outrora admirado pelos olhos periciais de Proust, passou a caserna — mais uma sede da militança que assoberba, acima de todas, as preocupações deste país mavórtico; foi literalmente despojado, saqueado e até roubado e quando amanhã entrar no ádito do Tejo algum navio com uma explosão a bordo, já não digo de peste pois que a temos cá dentro, mas de febre amarela e sobretudo de cólera, pergunto aos nubes dos céus e da terra onde se hão-de isolar os doentes e sequestrar os contactos? Que espectáculo repugnante de imprevidência e de barbarie daremos ao mundo!

Nem uma única cidade está salubrizada em termos, a começar pela cabeça, servida por maus esgotos com um colector que significa a maior monstruosidade praticada em engenharia urbana, e mal abastecida de águas sem o menor preparo de purificação a distribuírem a febre tifoide pelos domicílios. A mortalidade vai de foz em fóra — em Lisboa e Porto atinge o dobro e o triplo da de Londres.

Enfim para não descer um a um todos os escalões desta degradação higiénica, apontemos o último dos últimos, depois do que mais nada há que dizer: em Portugal há uma zona extensa de população onde os mortos gosam da honra de enterro nas igrejas, e para perto de metade dos óbitos se desconhecem as causas da morte, cousa que se não dá na turquesca Constantinopla ou na asiática Damasco.

De quem as culpas de tanta miséria afrontosa?! De todos, e sejam-no, se quiserem e quanto quiserem, de mim — as culpas sabidas do cartório. Tenho-as, quando mais não seja aquelas a que só escapam os que nada tentaram implantar de novo e de bom, ao arrepio de más vontades e contrariedades contínuas, que terminam por entorpecer os lóbulos frontais e paralisar o plexo braquial. Entrei na carreira a invectivar a mesquinhez, a

invalidade e até a inépcia da higiene oficial. Quatro decénios vão ultimar-se e vêm encontrar-me na mesma postura e na mesma voz clamante. E com uma dor indizível que então não pruia o ardor do moço, a dor de quem, chegado ao último quartel, sente a dureza e a porfia do esforço envidado, com tanta maior mágoa que já não há compensação possível nem justiça esperável.

Explodem as epidemias, rebentam de toda a qualidade e intensidade a cada passo como as bombas ⁽¹⁾. Esbarra-se desde logo com a ministração imediata de fundos, que toda a casta de formalidades e até de arbitrariedades tolhe; tem acontecido desembolsarem dinheiro seu os próprios funcionários de saúde para acudir de pronto ao mal, e esperarem longamente pelo reembolso. Improvisam-se serviços de profilaxia e assistência, graças ao fervor pessoal — recorre-se ao processo que na guerra francesa se chamava o sistema D — *Débrouillez-vous*. Desbaratam-se energias, desperdiçam-se somas, para tudo recommençar, ali ou algures, ao sobrevir outra investida. São os anais obscuros, que não vão ao noticiário nem ao reclame, do guerrear penoso e incessante contra os andaços que repululam — páginas tantas vezes de heroicidade e de abnegação que ninguém celebra e ninguém conhece — e com que, se conhecidas fossem, ninguém se importaria.

Vara alguns também na faina a frecha das infecções; a essas vítimas do dever nenhuma memória as honra, e quantas famílias, as do desinfector, do enfermeiro e do médico, ficam à espera da pensão de sangue, pensão que a lei consigna esganadamente e nem assim se cumpre; essas mesmas migalhas de pão fazem mingua na mesa dos abandonados.

A tenebrosa pandemia da influenza que por todo o mundo dizimou com espanto, aqui em Portugal causou um desbaste nunca visto, alcançando a mais exorbitante cota obituária conhecida na Europa. País algum estava apercebido para tal flagelo e em todos o combate fracassou; mais possante e mais espinhosa que em qualquer parte, tinha de ser entre nós a assistência sanitária, e foi-o; nunca se fizera assim face aos estragos de uma epidemia, operaram-se prodígios, que nem foram atentados

(1) Não esquecer que isto era em 1923.

quanto mais lembrados. Aqui o bem e o mal caem a par no rol do esquecimento. A Santa Barbara só acode quando troveja; cessada a praga, tudo cai no mesmo marasmo.

Lá fora o ferir da gripe que pôs em relativa falência os serviços públicos, e o ferir da guerra que patenteou a todas as vistas até onde pode chegar a profilaxia dos males colectivos quando disciplinada e provida, despertou um movimento obrigante de melhoria sanitária, que teve também o seu eco brando e modesto em Portugal, onde se elaborou um projecto de reforma da saúde pública. Modesto, dizemos, porque modesto é o país, e modesta a pena que o talhou, isenta pelo menos dos delírios megálicos que entre nós acometem os reformadores. Tapa os buracos mais escancarados, instaurando nomeadamente um serviço central de investigação e de contrastação, e um corpo mobilizável, dotado de pessoal especializado e do arsenal preciso para a debelação epidémica, pondo ponto numa mesquinha direcção geral que tem apenas à sua disposição immediata carteiras e canetas para as contas do mês e para a saúde e fraternidade dos officios. Instante julgavamos essa reforma, votável à simples vista, e assim a julgaram os ministros seus apresentantes e defendentes. Pois há mais de três anos que jaz e jazerá na arca dos papéis velhos, a dentro duma câmara onde aliás, seja dito sem outro propósito senão o do reparo, os médicos abundam.

Este desprezo pelo progresso higiénico se nos lesa da raia para dentro, desdoira-nos da raia para fora. Estabeleceu-se com um império progressivo ou internacionalismo sanitário — os povos, a começar pelos mais independente e avançados, estão ensaiando uma solidariedade vital cada vez mais íntima. Cada nação terá de dar estreitas contas às outras dos males que a acometem e dos processos por que os jugula e previne; em matéria de hygiene, deixou cada um de ser rei em sua casa, que os vizinhos querem asseada e sã e com telhados de vidro. Órgãos vários desta vinculação existem em actividade — o *Office* internacional de hygiene, o *Comité de Higiène* da Sociedade das Nações, a Liga das Sociedades da Cruz Vermelha, e a *Foundation* Rockefeller. Portugal sob pena de abdicar de nação civilizada, tem de acudir ao chamamento e dar satisfação do que faz e está para fazer a bem da sanidade do seu povo.

Anda-se estabelecendo um inter-câmbio de médicos sanitários de país para país — médicos subvencionados pela Sociedade

das Nações, à custa do fundo Rockefeller, vão às turmas visitar os serviços estranhos e junto deles instruir-se. Levas assim têm ido e irão à Bélgica, à Inglaterra, à Itália... Os nossos são chamados para aprender lições que, se persistir a sanidade em seu estado actual, não saberemos aproveitar devidamente; trazer os outros aqui, nem por sombras — não temos que ensinar nem que mostrar, muito sim que esconder. Tremo quando os colegas com pressurosa amizade me dizem que virão visitar Lisboa.

Temos sido, por mercê do cargo e da confiança superior, o representante de Portugal nessas congregações onde abancam ao mesmo pano verde os chefes ou delegados das administrações sanitárias, — representação fácil e grata para aqueles que têm por trás de si tudo quanto em tais organizações se requer e por cima de si a autoridade e o poderio dos seus governos. Da fraqueza fizemos força por brio ingénito e pátrio. Produziram-se ali, entre outras contribuições, balanços epidemiológicos, conseguindo fazer patologia social e regional, à custa de colheitas inquiritoriais, preciosas pela cópia e até pela novidade, obtidas sobretudo dos médicos de partido que com ela têm dado provas sucessivas dum espírito de observação solícita — estudos complexivos sobre a febre ondulante, a ictero-hemorrágica, o tabardilho, a peste, a influenza, a encefalite letárgica, etc. A esta espécie nascente deu-se um varejo tão completo quanto possível — uma contribuição nacional que figura hoje em todos os repositórios. Na elaboração, que dura há dois anos, da nova convenção sanitária internacional, a nossa participação foi tão activa que foi a ela, à inglesa e à americana, que mais deve o protocolo formulado. Mas a situação torna-se tensa, à força de exigências cada vez menos satisfazíveis pessoalmente, à míngua de tempo, de dados e recursos de trabalho. Nestas juntas cosmopolitas não há mesmo só que luzir produção de cunho científico e de eficiência administrativa, há que atender à política e à diplomacia sanitárias, apenas entre nós suspeitadas, que lá fora se pleiteiam hoje e a que se prendem interesses essenciais do país, tanto os da sua vida pública, como os da sua vida económica.

Um serviço central de saúde não pode rastejar por uma simples estância burocrática. Tem de ser a sede duma pleiade de funcionários especializados e treinados. Tem de animá-la o espírito da renovação científica e técnica, para a qual contribue a seu turno com os resultados da sua experiência e investigação;

é um centro de acção e de produção de ciência aplicada. Reflete pois necessariamente na sua função e nos seus agentes o estado médico, profissional, mental, e até moral do meio; há-de ser de facto o que a educação ministrada seja. E assim o problema particular da exterminação pastoriana das contagiões e o problema geral da sanidade vêm racionalmente defrontar-se com o problema da instrução médica e da instrução pública.

Mesmo sem essa digressão aliás forçada pela esfera da higidez, tal qual a desenhou o criador da microbia, era natural perguntar, como fecho de toda a homenagem que não seja de rutilações de papel doirado sobre nuvens de algodão: «Pois se Pasteur foi um sábio e fez ciência, também aqui haverá massa de que se façam sábios e ciência?».

A plutarquização dos grandes homens é antes de tudo e no fim de tudo uma moral em acção.

Nos apóspósitos ou despropósitos à conta de Pasteur, tinha que vir este no couce da procissão, por indiscreto que pareça, e sobretudo por fatigante que seja, para quem já leva esgotada a atenção e a paciência dos ouvintes, e com elas até as suas próprias forças.

.

RICARDO JORGE

Luta contra a lepra

(DECRETO - LEI N.º 36.450)

1. A segunda invasão da lepra na Europa ocorreu no século xi e coincidiu com as cruzadas. Só a partir do século xiv se foi debelando o mal, que constituiu um dos mais terríveis flagelos da Idade Média.

Se nessa época se conseguiu lutar eficazmente contra ele e dominá-lo afinal, deve-se o facto à compreensão geral do carácter contagioso da lepra e à prática sistemática de severas medidas de isolamento.

Os leprosos eram de facto relegados do convívio e adstritos a uma disciplina rigorosa que lhes tolhia as relações com a população sã. Recolhidos em grande número nas gafarias, usavam trajos próprios, traziam sinais que facilmente os distinguiam das outras pessoas, ocupavam nas igrejas lugares especiais, não tinham acesso aos moinhos, não podiam lavar nos tanques públicos, nem por qualquer forma contaminar as águas ou os géneros alimentícios. Era-lhes vedado, de um modo geral, o exercício de qualquer profissão, apenas lhes restando a mendicância para angariarem a subsistência, mas esta era ainda exercida em condições especiais.

Não é de surpreender que nestas condições os doentes do terrível mal se acolhessem às leprosarias, nelas buscando um refúgio tranquilo, em que lhes era assegurada relativa independência.

À sequestração dos doentes se limitava, de início, toda a acção sanitária, porque a lepra se considerava incurável.

Entretanto, graças ao isolamento, a doença podia, no século xvi, considerar-se extinta no Ocidente, sendo raros os casos que se verificavam.

Mas já no século xvii esses casos são mais frequentes, manifestando-se no século xviii um franco recrudescimento da lepra, que se acentua no século imediato. Em países que se reputavam indemnes aparecem focos importantes da doença.

É esta a situação actual.

Ha focos de lepra na Noruega, na Islândia, na Rússia, na Turquia, na Grécia, na Itália, em França, em Espanha e em Portugal, não falando já na sua larga disseminação através de toda a África, do Oriente e da América Latina.

2. Quando Portugal se constituiu sob a forma de nação independente já a lepra adquirira no seu território, como aliás na Europa, grande incremento, com muitos focos de endemia.

Até ao século xv o mal grassou entre nós com grande intensidade, atingindo todas as classes sociais, sem distinção.

Mas por todo o País se multiplicavam as gafarias, graças às doações e legados. Havia mais de sessenta casas de S. Lázaro, predominantemente no litoral e no Norte.

Eram particularmente importantes as gafarias de Coimbra, Guimarães e Santarém, além do Hospital de S. Lázaro, no termo de Lisboa.

Ulteriormente, a doença segue entre nós a curva que se regista em todo o Ocidente, sucedendo a um período em que praticamente se podia considerar extinta uma revivescência que até certo ponto se pode explicar pelo repúdio da concepção do contágio, em benefício da teoria da hereditariedade.

Um inquérito efectuado em 1937 verificou a existência no nosso País de 1.127 leprosos, cuja zona de maior densidade abrangia os distritos de Viseu, Aveiro, Coimbra e Leiria. No Sul duas manchas apreciáveis: Santarém e Faro.

Os números de Lisboa são menos expressivos, pois neles tiveram influência os doentes internados nos pavilhões do Hospital Curry Cabral e aqueles que em busca de socorro económico afluiram à capital.

3. Descoberto o bacilo específico da lepra, regressou-se, no fim do século xix, à noção clássica do seu carácter contagioso. Na Conferência de Berlim, realizada em 1897, concluíra-se, mesmo assim dubiamente, que a doutrina da transmissão hereditária perdia terreno, dia a dia, a favor da doutrina do contágio.

Na aludida Conferência denunciou-se a gravidade da ameaça e coligiram-se os dados estatísticos que plenamente a confirmaram.

Entre nós, o Congresso Nacional de Medicina, reunido em Lisboa, em 1898, emitiu o voto de «recomendar ao Governo a organização do estudo cuidadoso da lepra e do seu ensino, a organização do censo dos leprosos e o estabelecimento de colónias agrícolas destes doentes, fundando-se junto de cada colónia os serviços clínicos, em que se ensaiem todos os meios de combater a doença».

A tal voto, porém, não foi prestada ao tempo, nem no primeiro quartel deste século, a menor atenção.

Em 1900, Zeferino Falcão, que tomou parte activa no referido Congresso, preconizava a necessidade de se proceder ao censo dos leprosos, de organizar eficientemente o ensino da leprologia, de promover o isolamento dos doentes e de vulgarizar as noções elementares sobre a transmissão do mal.

No ano seguinte, Miguel Bombarda defendia a adopção das providências em vigor nas colónias inglesas: declaração obrigatória, isolamento forçado, proibição do exercício de certas actividades, inspecção dos imigrantes, cuidados com quanto proviesse das leprosarias, fundação de colónias agrícolas para os leprosos e de ensino para os seus filhos.

Não obstante essas opiniões, Morais de Sousa, em 1911, escrevia: «Portugal não tem nada em matéria de profilaxia da lepra». Tal situação não sofreu modificações sensíveis nos anos que se seguiram.

4. A difusão crescente da lepra no Mundo conduziu, em dada altura, à constituição na Sociedade das Nações de uma comissão especializada de combate ao terrível mal. E compreende-se essa decisão, sabendo-se que, segundo os cálculos correntes, deve haver hoje no Mundo 5.000.000 de leprosos.

Em 1931, o relatório daquela comissão aconselhava que se publicassem medidas legislativas no sentido da declaração obrigatória da doença, do isolamento dos casos contagiosos e de uma organização destinada ao tratamento. Sugeria ainda o recenseamento dos leprosos, a propaganda educativa, a investigação científica, o funcionamento de um serviço de vigilância dos casos clinicamente curados e a separação dos filhos sãos dos pais leprosos.

5. Nos últimos tempos foi-se radicando a convicção do valor positivo da acção terapêutica, designadamente nos casos incipientes. As estatísticas das leprosarias reforçam essa convicção. Os especialistas acreditam na cura definitiva de, pelo menos, 50 por cento dos casos sujeitos a tratamento, quando incipientes. A lepra é, como a tuberculose, uma doença contagiosa, mas curável, pois com o tratamento não só desaparece, por período indeterminado, a sintomatologia activa, como se chegam a obter resultados negativos no exame bacteriológico.

O isolamento dos casos contagiosos não tem, pois, o carácter de uma segregação de incuráveis. Antes tem de entender-se como a condição primeira de um tratamento metódico em que se devem depositar justificadas esperanças.

Com a profilaxia, o exame periódico dos suspeitos e com o tratamento em dispensários dos doentes não contagiosos igualmente se obtêm resultados positivos na luta contra esse mal.

6. Ponderadas as razões expostas, resolveu o Governo criar pelo decreto-lei n.º 29.122, de 15 de Novembro de 1938, um estabelecimento destinado ao internamento e tratamento de leprosos e consignar à sua construção e ao serviço da ideia da assistência aos leprosos e do combate à lepra os recursos provenientes da generosidade de Rovisco Pais, cuja herança, consagrada por sua expressa vontade, mas de modo genérico, à acção hospitalar, não podia ser dada melhor aplicação.

O acto desse homem simples — que pela sua intenção exemplar se vincula à linhagem dos Rockefeller e de outros beneméritos que contribuíram e contribuem para minorar os males da humanidade — constitui um magnífico testemunho do bom aproveitamento social da riqueza e não pode deixar de actuar como incentivo a que o imitem os que se encontrem em situação de poder participar na nobre missão da assistência.

E, de facto, a instituição de fundações e os legados de que recentemente beneficiaram algumas Misericórdias mostram que a lição de Rovisco Pais não se perdeu.

Com a herança deste benemérito construiu-se na Quinta da Fonte Quente (lugar da Tocha) o magnífico Hospital-Colónia, ao qual o seu nome deve ficar ligado para sempre.

São ainda os valores da herança que hão-de assegurar o custeio das novas construções que tenham por fim completar

aquele Hospital, destinando-se os rendimentos à satisfação parcial dos encargos de manutenção do estabelecimento.

Desempenhando, cumulativamente, funções de dispensário central, de hospital, de asilo e de centro de investigação científica, o aludido estabelecimento passa a constituir o núcleo essencial do combate à lepra e a afirmação clara da nossa resolução inflexível de dominar e resolver o problema.

7 As circunstâncias referidas e a conclusão do conjunto de edifícios que constituem o Hospital-Colónia Rovisco Pais impõem a publicação do presente diploma, através do qual se organiza o regime jurídico do combate à lepra.

A assistência prestada aos leprosos reveste as duas modalidades: profiláctica e terapêutica.

Tem-se na devida conta a defesa contra o contágio, ao mesmo tempo que se actua no sentido de obter curas, tanto quanto possível definitivas.

A protecção e defesa da saúde pública conjugam-se com a esperança que se deposita no tratamento dos doentes.

Dá-se agora execução, finalmente, ao voto emitido em 1898 pelo Congresso de Medicina de Lisboa, satisfazem-se as aspirações dos cientistas citados e adoptam-se as medidas preconizadas pela comissão especializada da Sociedade das Nações.

Assim, temos:

- a) Declaração obrigatória da doença e recenseamento dos leprosos;
- b) Organização do tratamento;
- c) Isolamento dos casos contagiosos;
- d) Vigilância dos casos clinicamente curados e dos suspeitos;
- e) Separação dos filhos dos leprosos;
- f) Propaganda educativa;
- g) Investigação científica.

Os regimes aplicáveis, segundo as circunstâncias, são os seguintes:

- 1.º Observação e vigilância sanitária para os indivíduos suspeitos e doentes clinicamente curados;

2.º Vigilância e tratamento ambulatorio para os doentes que não oferecerem perigo de contágio ;

3.º Internamento obrigatório em estabelecimentos adequados (excepcionalmente substituível pelo tratamento domiciliário) para os doentes contagiosos.

De acordo com as modernas ideias sobre a etiologia da doença que importam o abandono da teoria da transmissão hereditária, são consideradas suspeitas as pessoas com lesões que aparentem a sintomatologia da lepra e aquelas que hajam coabitado ou tido contacto com os leprosos.

Tendo em atenção o perigo particular de receptividade da doença nas idades infantis, expressamente se prescreve que os filhos são dos leprosos sejam deles separados.

Em nome da defesa sanitária proíbe-se aos doentes contagiosos o exercício de qualquer profissão que comporte o risco de contágio, como se proíbe nos estabelecimentos de internamento a circulação da moeda nacional. Igualmente se proíbe a entrada e permanência em Portugal de estrangeiros afectados de lepra.

Houve ainda a intenção de suavizar os rigores do tratamento dos doentes ao determinar-se que nos estabelecimentos destinados ao seu internamento se construam casas para instalação de famílias, a par da faculdade de os mesmos poderem também construir moradias em regime jurídico de propriedade quase perfeito.

8. A organização tem por elemento superior de orientação, coordenação e fiscalização o Instituto de Assistência aos Leprosos, ao qual compete ainda proceder a estudos e à investigação sobre a lepra, além da divulgação educativa.

Os estabelecimentos e serviços destinados à prestação da assistência aos leprosos abrangem :

a) Um dispensário central, dispensários regionais e postos de consulta ;

b) Preventórios e casas de educação para o isolamento e educação das crianças em perigo de contágio ;

c) Um hospital-colónia e asilos para o tratamento em regime de internamento ;

d) Brigadas móveis.

No decreto-lei fixam-se as regras aplicáveis à admissão e alta dos doentes, regras que conciliam o respeito da liberdade individual com as exigências indeclináveis do interesse comum.

9. Não será utopia esperar das providências agora adoptadas que a extinção da lepra venha a verificar-se dentro de certo período; pelo menos resultará uma diminuição substancial do número de leprosos e, portanto, uma melhoria muito sensível da nossa situação sanitária.

E isto porque, pela primeira vez entre nós, o problema da lepra é enfrentado no seu conjunto e com ânimo sério de o resolver definitivamente.

Nestes termos:

Usando da faculdade conferida pela 1.^a parte do n.º 2 do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo, para valer como lei, o seguinte:

Luta contra a Lepra

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º A assistência aos indivíduos atacados de lepra abrange a acção profiláctica e a terapêutica.

Art. 2.º Os leprosos serão, conforme os casos, submetidos a um destes regimes:

- a) Observação ou vigilância sanitária;
- b) Vigilância e tratamento ambulatorio;
- c) Internamento em estabelecimento adequado;
- d) Tratamento domiciliário.

§ 1.º Serão submetidos ao regime de observação e vigilância sanitária os suspeitos e os doentes considerados clinicamente curados.

§ 2.º Serão submetidos ao regime de vigilância e tratamento ambulatorio os doentes que não ofereçam perigo de contágio.

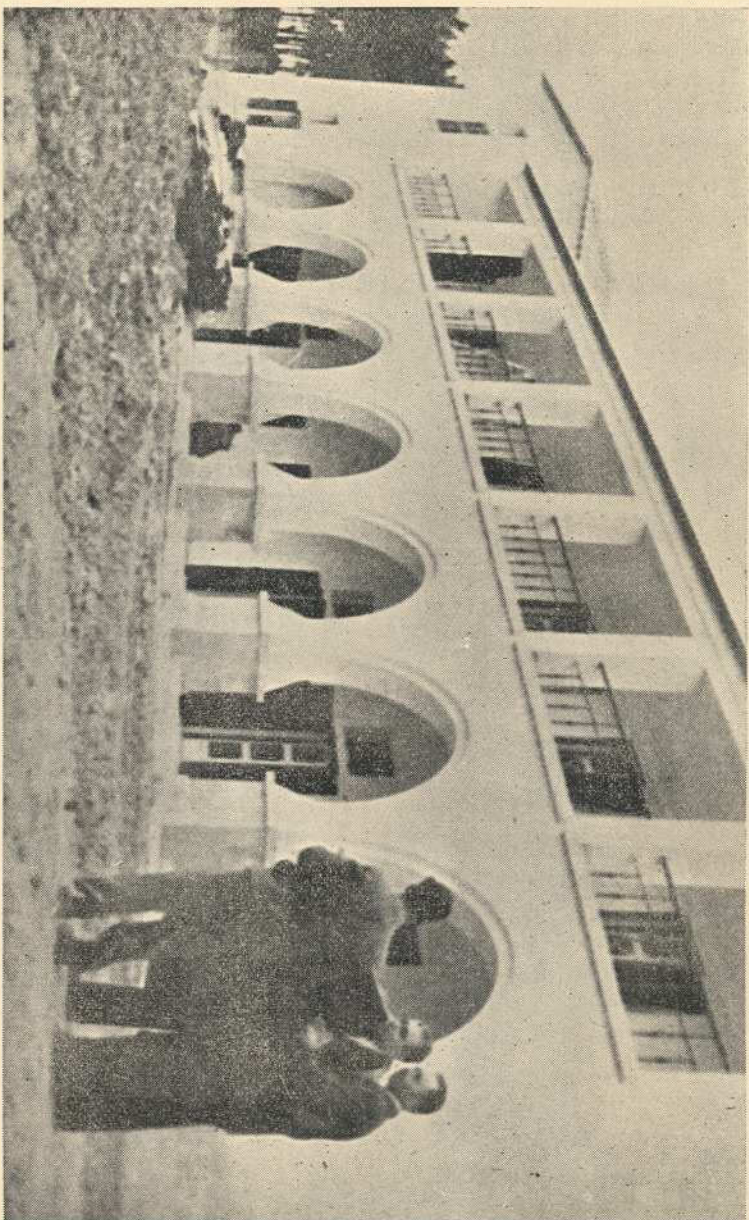
§ 3.º Serão internados obrigatoriamente em estabelecimentos adequados os doentes contagiosos.

§ 4.º Excepcionalmente, quando os doentes a que se refere o parágrafo anterior não tiverem filhos são que com eles coabitem, poderão ser tratados na sua residência, desde que esta reúna as condições necessárias ao seu completo isolamento e se tomem as providências determinadas pela autoridade sanitária.

Art. 3.º Para o efeito do disposto no § 1.º do artigo anterior, serão considerados suspeitos:

- a) As pessoas com lesões abertas ou outras que apresentem a sintomatologia aparente da lepra;
- b) Os pais, filhos, cônjuge e irmãos de leproso, desde que tenham coabitado com este no período contagioso da doença;

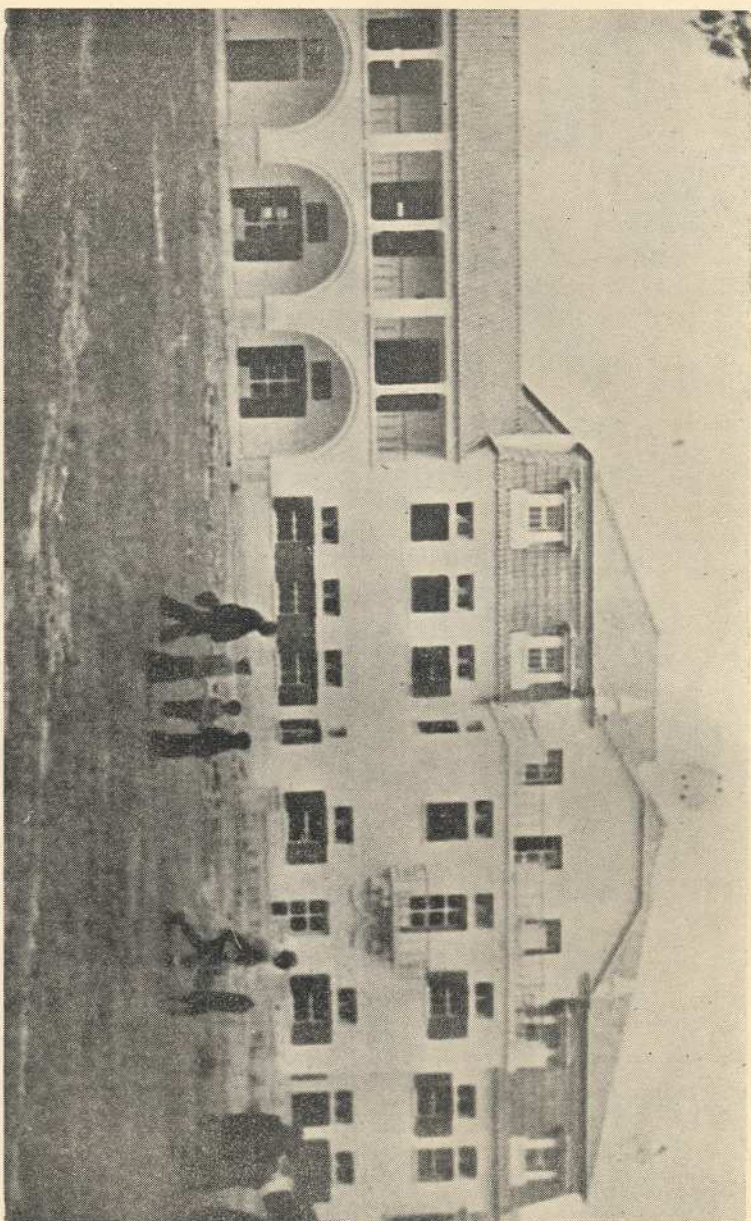
LEPROSARIA ROVISCO PAIS



VISTA PARCIAL DO HOSPITAL

FIG. 7

LEPROSARIA ROVISCO PAIS



ASILO
FIG. 8

c) As pessoas que coabitem ou tenham coabitado com um doente contagioso ou tenham tido contacto com ele por virtude das suas ocupações.

Art. 4.º Serão internados os indivíduos sujeitos ao regime de observação ou vigilância e tratamento ambulatorio quando deixarem de apresentar-se aos exames ou não façam o tratamento prescrito.

Art. 5.º Sob pena de serem imediatamente internados, os doentes contagiosos em regime de tratamento domiciliário, nos termos do § 4.º do artigo 2.º, não poderão sair da sua residência, onde estarão submetidos à vigilância e à disciplina da autoridade sanitária.

Art. 6.º Não é permitido o tratamento em regime de internamento de doentes da lepra em hospitais, casas de saúde, policlinicas e consultórios destinados ao tratamento de doenças não contagiosas.

Art. 7.º É obrigatória a declaração dos casos de lepra, averiguados ou suspeitos, por parte das autoridades, dos médicos, dos directores e professores dos estabelecimentos de ensino, em relação aos respectivos alunos, e bem assim por parte das entidades patronais que tenham leprosos ao seu serviço.

§ único. A comunicação será feita ao delegado ou subdelegado de saúde da respectiva área no prazo de quarenta e oito horas, a contar do momento em que as pessoas e entidades mencionadas no corpo do artigo tiverem conhecimento dos referidos casos.

Art. 8.º A falta da declaração referida no artigo anterior e a ocultação de leprosos serão punidas com pena de multa de 500\$ a 5.000\$.

§ único. Se a infracção for cometida por médico, aplicar-se-á o disposto no artigo 5.º do decreto-lei n.º 32 171, de 29 de Julho de 1942, sem prejuízo da responsabilidade disciplinar.

Art. 9.º Conhecido ou participado um caso de lepra, comprovado ou suspeito, proceder-se-á imediatamente à sua observação e aos exames necessários para se fazer o diagnóstico da doença, ficando o examinado submetido ao regime apropriado ao perigo de contágio.

Art. 10.º Quando o doente ou a sua família se não conformarem com o diagnóstico, poderão recorrer para uma junta médica composta pelo director do dispensário central, por um médico escolhido pelo doente ou sua família e por um dermatologista de reconhecida competência, designado pela Direcção Geral de Saúde.

Art. 11.º Da ficha sanitária, obrigatória para cada doente, constará a indicação do seu nome, da sua família e das pessoas que habitualmente convivam com ele, da residência actual e das anteriores, e bem assim das condições higiénicas da habitação, designadamente para o efeito do § 4.º do artigo 2.º. Esta ficha será comunicada ao dispensário central.

Art. 12.º Os filhos são dos leprosos devem ser separados destes.

Art. 13.º A's grávidas e parturientes contagiosas será prestada a devida assistência médico-social, tomando-se as providências necessárias para que a separação dos filhos se dê após o nascimento.

Art. 14.º Verificada a doença contagiosa de um dos cônjuges, e enquanto o perigo de contágio subsistir, cessa para o outro a obrigação a que se refere o n.º 2.º do artigo 38.º do decreto n.º 1 de 25 de Dezembro de 1910.

Art. 15.º E' obrigatória a desinfecção da casa em que haja vivido ou falecido um leproso, bem como a dos móveis, roupas e utensílios de que se tenha servido, não podendo aquela ser habitada nem estes utilizados sem que o seu proprietário ou possuidor se muna previamente de um certificado de sanidade.

Art. 16.º Os estabelecimentos destinados ao internamento de leprosos deverão possuir casas para instalação de famílias de doentes que desejem viver em comum.

Art. 17.º Na área dos estabelecimentos destinados a leprosos poderá ser autorizada a construção de moradias a expensas dos doentes que desejem habitar em casa própria e independente.

§ 1.º Na autorização serão definidas as regras a que deve obedecer a construção e as condições em que as casas serão habitadas, ficando os respectivos moradores sujeitos ao regime e à disciplina do estabelecimento em que estiverem integrados.

§ 2.º A propriedade das moradias reverterá para o estabelecimento em cuja área foram edificadas, desde que deixem de ser habitadas pelo doente para que foram mandadas construir ou por outros doentes a quem por qualquer título aquele haja cedido o respectivo direito de habitação.

§ 3.º No caso de alta, as moradias passarão para a posse do estabelecimento, que as destinará ao internamento de outros doentes, sem prejuízo, porém, do direito da habitação das pessoas referidas no parágrafo anterior.

Art. 18.º Aos doentes contagiosos, seja qual for o regime a que estejam sujeitos, é proibido o exercício de qualquer profissão ou actividade de que resulte perigo de contágio.

Art. 19.º Os leprosos em regime de internamento são obrigados a trabalho compatível com a sua saúde e aptidão, mas os produtos que fabricarem não poderão ser transaccionados sem autorização do director do estabelecimento e normalmente deverão ser utilizados ou consumidos neste.

Art. 20.º Nos estabelecimentos destinados ao internamento de doentes contagiosos não poderá circular a moeda nacional, competindo ao respectivo director ou administrador aprovar o modelo de cédulas e chapas a utilizar pelos doentes em substituição da moeda depositada por estes na tesouraria do estabelecimento.

§ único No caso de alta, a tesouraria entregará ao doente moeda do valor correspondente ao das cédulas e chapas em seu poder.

Art. 21.º Fica proibida a entrada e permanência em Portugal de estrangeiros leprosos.

Art. 22.º As contravenções ao disposto neste diploma, cuja sanção não foi especialmente prevista serão punidas com a multa de 200\$ a 2.000\$.

CAPÍTULO II

Da organização

SECÇÃO I

Do Instituto de Assistência aos Leprosos

Art. 23.º É criado o Instituto de Assistência aos Leprosos.

Art. 24.º O Instituto tem a sede em Lisboa, a sua acção estende-se a todo o País e depende tècnicamente da Direcção Geral de Saúde.

Art. 25.º É aplicável ao Instituto de Assistência aos Leprosos o disposto no capítulo II, título III, do decreto-lei n.º 35:108, de 7 de Novembro de 1945, na parte em que lhe não for contrário o estabelecido no presente diploma.

§ único. Além dos bens próprios, o Instituto poderá administrar os bens que lhe forem entregues para realização dos seus fins.

Art. 26.º A direcção do Instituto será exercida por um director.

§ único. Enquanto os serviços pertinentes ao Instituto não justificarem a nomeação de um director privativo, serão as respectivas funções exercidas pelo inspector superior que tenha a seu cargo a profilaxia das doenças infecciosas e sociais.

Art. 27.º Ao director do Instituto compete em especial:

1.º Orientar superiormente o serviço de profilaxia da lepra;

2.º Determinar o internamento dos doentes contagiosos e autorizar o tratamento domiciliário;

3.º Elaborar e submeter à aprovação superior os regulamentos necessários ao funcionamento dos serviços;

4.º Representar o Instituto em juízo e fora dele, e bem assim outorgar em qualquer contrato em que seja interessado, podendo delegar essas atribuições.

Art. 28.º Ao Instituto compete, de uma forma geral, orientar e fiscalizar a acção profiláctica e terapêutica no combate à lepra, criando e mantendo os estabelecimentos e serviços necessários à observação, vigilância, tratamento e isolamento dos leprosos, e bem assim estimular e coordenar as iniciativas particulares que se proponham o mesmo objectivo.

Art. 29.º Ao Instituto compete em especial:

1.º Proceder a estudos sobre a lepra e criar e manter serviços de análise laboratorial e de investigação científica especializada;

2.º Criar e manter cursos e estágios de formação e aperfeiçoamento de médicos, enfermeiros e enfermeiras visitadoras;

3.º Divulgar os preceitos de higiene e de profilaxia a observar na luta contra a lepra, colaborando na educação sanitária da população;

4.º Elaborar o censo dos leprosos e suspeitos e coligir os elementos de informação relativos aos doentes admitidos nos estabelecimentos oficiais ou particulares, tratados em regime ambulatorio ou sujeitos à vigilância, e organizar a estatística demográfica e nosológica do País na parte relativa aos leprosos;

5.º Estabelecer normas para o internamento e concessão de alta aos doentes e organizar os processos de admissão nos estabelecimentos de assis-

tência oficial, determinando o internamento dos doentes sempre que o mesmo seja necessário;

6.º Estabelecer as normas de tratamento e vigilância dos assistidos nos dispensários ou no domicílio e dos internados nos preventórios;

7.º Criar brigadas móveis;

8.º Prestar assistência aos leprosos e a suas famílias;

9.º Exercer a administração dos bens dos internados, quando estes o desejem ou sempre que ela não se encontre normalmente assegurada;

10.º Propor ao Governo as providências que julgue conducentes à maior eficiência da luta contra a lepra e à assistência a prestar aos leprosos e suas famílias.

§ único. Os estabelecimentos e serviços oficiais ou particulares que admitam leprosos em regime de internamento ou de tratamento ambulatorio são obrigados a participar ao Instituto as admissões e altas que neles ocorrerem, com a indicação do lugar de residência dos doentes e das pessoas que com eles convivam.

Art. 30.º Junto da direcção do Instituto poderão constituir-se comissões para a divulgação dos preceitos da profilaxia da lepra e bem assim para angariar donativos destinados à prestação de assistência aos leprosos e às suas famílias.

§ único. Nas sedes dos distritos e concelhos poderão constituir-se subcomissões com o mesmo fim.

SECÇÃO II

Dos estabelecimentos e serviços

SUBSECÇÃO I

Generalidades

Art. 31.º Os estabelecimentos e serviços destinados a prestar assistência aos leprosos e suas famílias serão os seguintes:

- a) Dispensários;
- b) Preventórios e casas de educação;
- c) Hospital-colónia;
- d) Asilos;
- e) Brigadas móveis.

Art. 32.º Os estabelecimentos destinados à prestação da assistência aos leprosos gozam de autonomia administrativa.

§ 1.º O grau de autonomia constará dos respectivos regulamentos a aprovar pelo Ministro do Interior.

§ 2.º Os estabelecimentos têm capacidade para aceitar heranças, doações e legados e podem receber subsídios do Estado, das autarquias locais ou de outras entidades.

Art. 33.º Os referidos estabelecimentos terão como receitas próprias:

- a) As pensões e percentagens de compensação pagas pelos assistidos e suas famílias;

b) A quota-parte do produto do trabalho dos assistidos que for reputada compensatória da assistência prestada;

c) Os rendimentos dos bens próprios.

§ único. Os espólios dos doentes não reclamados no prazo de seis meses pertencem ao estabelecimento onde estavam internados à data do falecimento.

Art. 34.º Nos estabelecimentos referidos poderá haver um conselho administrativo.

Art. 35.º O disposto no capítulo III, título IV, do decreto-lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945, é aplicável à constituição dos quadros e ao provimento e remuneração do pessoal do Instituto e dos estabelecimentos e serviços na sua dependência.

§ único. Ao pessoal que estiver em contacto permanente com os leprosos poderão ser atribuídas gratificações especiais, a fixar tendo em atenção o risco de contágio e a remuneração que auferem.

Art. 36.º Nos serviços em que o pessoal não tenha contacto com o público será dada preferência na admissão a leprosos não contagiosos.

SUBSECÇÃO II

Dos dispensários

Art. 37.º A organização dos dispensários compreende:

1.º Um dispensário central;

2.º Dispensários regionais;

3.º Postos de consulta.

Art. 38.º Aos dispensários compete:

1.º A manutenção de serviços de inquérito, diagnóstico, consulta e serviço social;

2.º O exame e vigilância dos suspeitos e dos filhos sadios de leprosos que se encontrem em regime de socorro domiciliário ou de colocação familiar;

3.º A observação e tratamento em regime ambulatorio dos doentes não contagiosos;

4.º A observação e tratamento dos doentes contagiosos em isolamento domiciliário;

5.º A vigilância dos doentes que obtiverem alta provisória;

6.º As propostas de internamento dos doentes contagiosos.

Art. 39.º Incumbe especialmente ao dispensário central:

1.º A orientação superior na execução de todas as medidas de profilaxia;

2.º A superintendência nos dispensários regionais, postos de consulta e brigadas móveis, dando-lhes as necessárias instruções e fornecendo-lhes as análises e medicamentos de que os mesmos necessitem;

3.º A assistência técnica aos delegados e subdelegados de saúde, aos médicos municipais, das Casas do Povo e dos Pescadores em tudo o que se refere ao diagnóstico e combate à lepra.

Art. 40.º Os dispensários regionais e postos de consulta poderão constituir simples secções dos dispensários de higiene social ou de outros.

Art. 41.º Nos concelhos em que não existirem os dispensários e postos de consulta previstos nos artigos anteriores as atribuições que normalmente lhes competem pertencerão aos delegados e subdelegados de saúde, coadjuvados pelos médicos municipais, das Casas do Povo e dos Pescadores e pelo pessoal do serviço social, os quais poderão requisitar ao dispensário central os medicamentos necessários ao tratamento dos leprosos a seu cargo e as análises que forem indispensáveis.

SUBSECÇÃO III

Dos preventórios e casas de educação

Art. 42.º Os preventórios e casas de educação destinam-se ao isolamento e educação de crianças em perigo de contágio quando não possam ser criadas e educadas no lar do progenitor sadio nem confiadas a parentes ou a famílias idóneas que, gratuitamente ou mediante remuneração, assumam o encargo do seu sustento e educação.

SUBSECÇÃO IV

Do Hospital-Colónia e asilos

Art. 43.º O estabelecimento criado pelo decreto-lei n.º 29:122, de 15 de Novembro de 1938, passa a denominar-se Hospital-Colónia Rovisco Pais e fica subordinado administrativamente aos Hospitais Cívicos de Lisboa, fazendo parte do património destes os bens móveis e imóveis naquele integrados.

Art. 44.º O Hospital-Colónia Rovisco Pais tem como receitas próprias, além das previstas no artigo 33.º deste diploma, as provenientes dos rendimentos da herança Rovisco Pais.

Art. 45.º Os bens da referida herança continuarão a ser administrados pela Direcção Geral da Fazenda Pública, que, mediante despacho do Ministro das Finanças, promoverá a sua venda pela forma e na ocasião julgadas mais oportunas.

§ único. O produto da venda será invertido em títulos de dívida pública, averbados aos Hospitais Cívicos de Lisboa sob a rubrica "Hospital-Colónia Rovisco Pais", constituindo capital que só poderá ser aplicado, mediante despacho dos Ministros do Interior e das Finanças, a novas construções destinadas a completar ou a ampliar o referido Hospital-Colónia.

Art. 46.º Os rendimentos dos bens a que se refere o artigo anterior serão, no prazo de trinta dias a contar da sua percepção, depositados pela Direcção Geral da Fazenda Pública na Caixa Geral de Depósitos, Crédito e Previdência sob a rubrica "Hospitais Cívicos de Lisboa — Hospital-Colónia Rovisco Pais".

Art. 47.º Ao Hospital-Colónia e aos asilos pertence o tratamento em regime de internamento dos doentes contagiosos.

Art. 48.º A organização e funcionamento do Hospital-Colónia Rovisco Pais e dos asilos constarão de regulamentos especiais.

SUBSECÇÃO V

Das brigadas móveis

Art. 49.º Na dependência e sob a orientação do dispensário central funcionarão brigadas móveis, compostas por um médico e pelo mais pessoal que for necessário.

Art. 50.º A's brigadas móveis compete:

- 1.º Observar e tratar em regime ambulatorio doentes não contagiosos;
- 2.º Promover o internamento dos contagiosos;
- 3.º Verificar se em relação aos doentes contagiosos em regime de tratamento domiciliário se mantêm as condições de isolamento e se os mesmos observam as determinações da autoridade sanitária;
- 4.º Prestar aos delegados e subdelegados de saúde a colaboração de que necessitem, dando conta das omissões que verifiquem no inquérito dos casos conhecidos ou suspeitos, na vigilância destes e no tratamento em regime ambulatorio dos doentes não contagiosos.

Art. 51.º Os delegados e subdelegados de saúde, os médicos municipais, das Casas do Povo e dos Pescadores e outras autoridades prestarão às brigadas móveis a colaboração e auxílio de que as mesmas careçam para o bom desempenho da sua missão.

CAPÍTULO III

Da admissão e alta dos doentes

Art. 52.º A admissão em regime de internamento pode ser ordinária ou de urgência; é ordinária a precedida da organização do respectivo processo; de urgência a determinada pelo estado do doente ou pela necessidade de o isolar, sem prejuízo da organização ulterior do processo.

Art. 53.º A's autoridades sanitárias e aos serviços especiais de combate à lepra compete promover o internamento obrigatório dos doentes contagiosos.

Art. 54.º Do processo de admissão constará sempre a justificação médica, devendo o diagnóstico da lepra ser confirmado pelo director do dispensário ou do estabelecimento em que o doente haja de ser internado.

Art. 55.º Quando o doente se não conformar com o diagnóstico ou entenda que não há fundamento para se manter internado, poderá recorrer para a junta médica a que se refere o artigo 10.º

Art. 56.º Nenhum doente poderá deixar o estabelecimento em que se encontrar internado sem que lhe haja sido concedida a competente autorização.

§ único. A's autoridades judiciais, policiais e sanitárias compete promover o reinternamento dos doentes que irregularmente se ausentem do estabelecimento.

Art. 57.º A alta é concedida a título precário ficando o doente sujeito à vigilância, mas tornar-se-á definitiva se decorridos cinco anos não se verificar qualquer recidiva.

Art. 58.º Todas as admissões e altas serão comunicadas à direcção do Instituto, que delas dará conhecimento aos delegados de saúde dos distritos em que residirem os doentes.

Publique-se e cumpra-se como nele se contém.

Paços do Governo da República, 2 de Agosto de 1947. — ANTÓNIO OSCAR DE FRAGOSO CARMONA — *António de Oliveira Salazar* — *Augusto Cancellia de Abreu* — *Manuel Gonçalves Cavaleiro de Ferreira* — *João Pinto da Costa Leite* — *Fernando dos Santos Costa* — *Américo Deus Rodrigues Thomaz* — *José Frederico do Casal Ribeiro Ulrich* — *Teófilo Duarte* — *Fernando Andrade Pires de Lima* — *Daniel Maria Vieira Barbosa* — *Manuel Gomes de Araújo*.

Regulamento do Hospital-Colónia Rovisco Pais

DECRETO N.º 36:451

Usando da faculdade conferida pelo n.º 3 do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo o seguinte:

Artigo 1.º O Hospital-Colónia Rovisco Pais será instalado e funcionará no conjunto de edificios já construídos, em conformidade com o disposto no decreto-lei n.º 29:122, de 15 de Novembro de 1938, e nos que vierem a ser construídos com o mesmo fim na área do estabelecimento.

Art. 2.º O Hospital-Colónia Rovisco Pais gozará de autonomia técnica e administrativa, sem prejuízo da orientação superior do Instituto de Assistência aos Leprosos e da fiscalização administrativa dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

Art.º 3.º O Hospital-Colónia Rovisco Pais compreende:

- a) Dispensário central;
- b) Hospital;
- c) Asilo;
- d) Casas de trabalhadores;
- e) Núcleos familiares;
- f) Preventório e casa de educação.

§ 1.º Ao dispensário central competem as funções previstas na subsecção II, secção II, capítulo II, do decreto-lei n.º 36:450, de 2 de Agosto de 1947.

§ 2.º O hospital destina-se ao tratamento de doenças intercorrentes e ao tratamento de leprosos que necessitem de qualquer intervenção ou tratamento especial.

§ 3.º O asilo destina-se ao internamento dos doentes inválidos para o trabalho.

§ 4.º As casas de trabalhadores destinam-se aos doentes aptos para o trabalho.

§ 5.º Os núcleos familiares destinam-se a famílias doentes.

§ 6.º O preventório e casa de educação destinam-se ao internamento e educação dos filhos dos leprosos contagiosos que não possam ser criados pelo progenitor sadio ou por parentes e pessoas idóneas que, gratuitamente ou mediante o pagamento de subsídios, assumam o encargo do seu sustento e educação.

Art.º 4.º No Hospital-Colónia Rovisco Pais funcionará um centro de estudos e investigações científicas, destinado ao estudo dos problemas relativos ao diagnóstico precoce, à patogenia e ao tratamento da lepra e ao metabolismo e outros estudos bioquímicos do leproso.

Art.º 5.º Além das instalações e serviços referidos nos artigos anteriores, será construído um pavilhão destinado ao tratamento de doenças infecto-contagiosas de leprosos alienados, presos, e ao isolamento dos indisciplinados.

Art.º 6.º O Hospital-Colónia Rovisco Pais é dirigido por um director e por um administrador.

§ 1.º O director será nomeado de entre médicos de reconhecido mérito e capacidade para o exercício do cargo e exercerá as suas funções em ocupação exclusiva.

§ 2.º O lugar de administrador será provido em indivíduo diplomado com curso superior ou, na sua falta, em indivíduo que no exercício de outras funções haja revelado capacidade administrativa e organizadora.

Art.º 7.º Ao director do Hospital-Colónia compete dirigir e coordenar os serviços clínicos e orientar os de estudo e investigação científica e as brigadas móveis e ainda:

1.º Adoptar as medidas que entender necessárias para manter a ordem e a disciplina entre os doentes e para que o seu isolamento seja efectivo, aplicando-lhes as sanções adequadas à gravidade das suas faltas e à necessidade de evitar o perigo de contágio;

2.º Verificar o diagnóstico da doença que determinou o internamento;

3.º Tomar a seu cargo a assistência clínica de parte dos internados e orientar e vigiar a restante;

4.º Autorizar as altas provisórias ou definitivas, dando conhecimento das mesmas ao Instituto;

5.º Distribuir o serviço pelo pessoal clínico e de enfermagem e exercer sobre ele acção disciplinar, propondo superiormente as penas que excedam a sua competência;

6.º Participar ao Instituto e às autoridades do concelho da residência dos doentes internados a evasão destes e solicitar o seu reinternamento;

7.º Convocar o conselho administrativo e presidir às suas sessões;

8.º Corresponder-se directamente com todas as entidades oficiais e particulares em matéria de serviço;

9.º Apresentar anualmente um relatório sobre o funcionamento dos serviços e sobre os trabalhos de investigação científica realizados no Hospital-Colónia;

10.º Propor superiormente as instruções regulamentares indispensáveis à boa execução dos serviços e as providências necessárias à resolução dos casos omissos.

§ único. No seu impedimento o director será substituído pelo médico que por ele for designado.

Art. 8.º Ao administrador compete dirigir e coordenar os serviços administrativos, imprimindo-lhes unidade, continuidade e eficiência, e designadamente:

1.º Manter a ordem e a disciplina em todos os serviços na sua dependência;

2.º Elaborar o orçamento e organizar as contas de gerência;

3.º Promover e fiscalizar a cobrança das receitas e o pagamento das despesas;

4.º Autorizar os pagamentos que tenham cabimento orçamental e não dependam de resolução do conselho administrativo;

5.º Examinar a escrita e dar mensalmente balanço ao cofre a cargo do tesoureiro;

6.º Mandar proceder ao balanço e verificar se o inventário do património se encontra actualizado;

7.º Fiscalizar as aquisições e a sua distribuição pelos diferentes serviços;

8.º Presidir às arrematações de fornecimentos e deliberar sobre as aquisições que não sejam feitas em arrematação;

9.º Outorgar nos contratos do pessoal e em quaisquer outros em que o Hospital seja interessado, quando devidamente autorizado;

10.º Propor o modelo de cédulas e chapas que deverão ser utilizadas pelos doentes em substituição da moeda nacional;

11.º Distribuir o trabalho pelos doentes e fixar os salários destes de harmonia com o seu rendimento;

12.º Fixar a quota-parte do salário que reputar compensatória da assistência prestada;

13.º Promover o registo relativo ao movimento da população do Hospital-Colónia, designadamente dos doentes, do pessoal permanente e do que receber alimentação no estabelecimento;

14.º Distribuir, de harmonia com as conveniências do serviço, o pessoal administrativo e auxiliar, exercendo sobre ele acção disciplinar e propondo superiormente as penas que excedam a sua competência;

15.º Admitir o pessoal assalariado que se torne necessário ao serviço, o qual será dispensado logo que cesse o motivo da admissão, submetendo esta a confirmação ministerial sempre que a prestação de serviço respeite a um período superior a trinta dias;

16.º Encerrar o livro do ponto e fiscalizar a entrada do pessoal de enfermagem e administrativo;

17.º Pedir a convocação do conselho administrativo sempre que a repute necessária

18.º Propor as providências que considerar úteis para o melhoramento dos serviços.

§ 1.º Na sua falta ou impedimento o administrador será substituído pelo chefe da secretaria.

§ 2.º Na distribuição de trabalho pelos doentes, na aplicação a dar ao produto do mesmo e em tudo quanto respeite ao regime alimentar e à disciplina dos doentes o administrador procederá em harmonia com as indi-

cações do director do estabelecimento, devendo, porém, submeter os assuntos, devidamente informados, à consideração superior sempre que o entender conveniente.

Art. 9.º O conselho administrativo será presidido pelo director do Hospital-Colónia e dele farão parte o administrador e o chefe da secretaria.

Art. 10.º Ao conselho administrativo compete:

1.º Autorizar as aquisições de utilização permanente e os respectivos pagamentos;

2.º Apreciar o projecto de orçamento elaborado pelo administrador antes de ser submetido à aprovação superior através dos Hospitais Cíveis de Lisboa;

3.º Aprovar as contas de gerência;

4.º Fiscalizar a aplicação das receitas e o pagamento das despesas.

Art. 11.º Os serviços clínicos, de enfermagem, administrativos e bem assim o serviço social serão assegurados por pessoal especializado.

§ único. A direcção, mediante acordo aprovado superiormente, poderá confiar a religiosas, no todo ou em parte, os serviços de enfermagem, cozinha e economato.

Art. 12.º Os serviços de cirurgia geral, de especialidades médicas e cirúrgicas, de laboratório, de raios X e de agentes físicos serão assegurados por médicos ou cirurgiões admitidos em regime de prestação de serviços.

Art. 13.º Ao director compete designar os médicos e empregados que devam ter residência obrigatória no Hospital-Colónia, tendo em atenção a conveniência dos serviços.

§ único. O pessoal de enfermagem terá residência obrigatória no Hospital-Colónia, com excepção do que presta serviço no preventório e na casa de educação.

Art. 14.º Os lugares de direcção e chefia, sua categoria e remuneração serão os constantes do mapa anexo a este diploma.

§ 1.º O pessoal não compreendido no mapa, incluindo o de enfermagem, será contratado anualmente ou admitido em regime de prestação de serviço, de harmonia com as necessidades estritas dos serviços.

§ 2.º Na admissão do pessoal será dada preferência aos candidatos afectados de lepra, não contagiosos.

§ 3.º Ao pessoal que estiver em contacto diário com os leprosos poderão ser atribuídas gratificações especiais, não excedentes a 50 por cento do vencimento-base, a fixar tendo em atenção o risco de contágio e a remuneração que auferem.

Art. 15.º A direcção do Hospital-Colónia Rovisco Pais submeterá à aprovação do Ministro do Interior os regulamentos e instruções que julgar convenientes ao bom funcionamento dos serviços a seu cargo.

Art. 16.º (transitório). Durante o período de instalação do Hospital Colónia Rovisco Pais a sua gerência será confiada a uma comissão composta de três membros, com as atribuições seguintes:

a) Dirigir e administrar o Hospital-Conónia até à nomeação da direcção, competindo-lhe as funções que neste diploma são atribuídas a esta, na parte aplicável;

b) Elaborar e submeter à aprovação superior os regulamentos internos e as instruções que se tornarem indispensáveis, os quais poderão entrar em vigor, por um período de experiência, mediante despacho do Ministro do Interior.

§ 1.º Os membros da comissão distribuirão entre si as funções que lhes competem, reunindo sempre que se torne necessário apreciar assuntos de interesse geral e aqueles que normalmente competem ao conselho administrativo.

§ 2.º Os vencimentos ou gratificações dos membros da comissão serão fixados no despacho da sua nomeação.

§ 3.º O mandato da comissão terá a duração máxima de um ano, a contar da posse.

Art. 17.º (transitório). A' nomeação do pessoal indispensável e ao regime administrativo do Hospital-Colónia Rovisco Pais será aplicável durante o período de instalação o disposto nos artigos 7.º, 8.º e 9.º do decreto-lei n.º 31.913, de 12 de Março de 1942, e, findo ele, o disposto no decreto-lei n.º 35:108, de 7 de Novembro de 1945.

Publique-se e cumpra-se como nele se contém.

Paços do Governo da República, 2 de Agosto de 1947. — ANTÓNIO ÓSCAR DE FRAGOSO CARMONA — *António de Oliveira Salazar* — *Augusto Cancellia de Abreu* — *Manuel Gonçalves Cavaleiro de Ferreira* — *João Pinto da Costa Leite* — *Fernando dos Santos Costa* — *Américo Deus Rodrigues Thomaz* — *José Frederico do Casal Ribeiro Ulrich* — *Teófilo Duarte* — *Fernando Andrade Pires de Lima* — *Daniel Maria Vieira Barbosa* — *Manuel Gomes de Araújo*.

MAPA I

Quadro do pessoal a que se refere o artigo 14.º

Categorias	Grupo de vencimento segundo o artigo 12.º do decreto-lei n.º 26.115
Director do Hospital-Colónia	C
Administrador	F
Chefe de secretaria	J
Tesoureiro	N (a)
Chefe dos serviços agrícolas	N

(a) Será mensalmente abonado de 150\$ para folhas.

Ministério do Interior, 2 de Agosto de 1947. — O Ministro do Interior, *Augusto Cancellia de Abreu*.

Alguns apontamentos para a História do Instituto Superior de Higiene

Relação das diplomadas com o Curso de Visitadoras Sanitárias

1929 — Alice Madeira, Amélia do Nascimento, Arminda Roque, Elvira Ferreira, Ester Monteiro, Helena de Ávila.

1929/30 — *Higiene Infantil*: Albertina Aurora, Cesaltina Gomes Vieira, Flóra Sasportes, Márcia Gomes Vieira, Maria Fernanda Gomes, Albertina Santos Perry Vidal, Laura de Jesus Machado, Maria Estefânia Ferreira Martinho, Maria Cândida Teles S. M. Gouveia, Maria Antónia Lopes Macedo, Noémia da Conceição Dordio, Alice da Silva Barreto, Cândida Lipari Garcia, Judite Pereira Martinho, Maria Germana Couvreur B. Oliveira, Maria Letícia de Oliveira, Maria Madalena da Silva Cardoso, Prazeres Fernandes Correia, Prisca Zenóbia Canas Mendes.

Moléstias contagiosas: Berta Cohen, Cândida Lipari Garcia, Emília M. P. Branco Rodrigues, Hilda Guedes D. Kruss Afflalo, Liduina Rosa de Magalhães, Maria Estefânia Pereira Martinho, Maria José Branco Rodrigues, Maria Fernanda Gomes.

1931/32 — Sultana da Conceição, Maria do Carmo de Lemos, Estela Castanheira Nunes, Maria Luiza Afonso do Amaral, Maria da Graça Gomes Pereira, Lídia Pereira Brandão, Alice de Oliveira Horta Santos, Celeste da Conceição Vaz, Georgina Augusta Gomes Monteiro, Emília Lima de Carvalho, Isabel Maria Vicente Ribeiro, Maria Xavier Loureiro, Lucília de Lima Brito, Maria

Eduarda da Silva Ribas, Emília d'Assunção Castelo Pereira Linhares, Aurora Lídia Rodrigues de Faria, Ernestina Machado Salsa de Campos Penedo, Irene Augusta da Silva Fernandes Charrua, Ledícia Cagi, Fernanda Martins da Silva, Olga Maria Gonzaga de Melo e Moura, Maria Amélia de Freitas Farpela, Alva Flora Correia Baia, Ester da Conceição, Maria Palmira Ferreira, Eva Graça Chermont Bandeira, Maria da Anunciação Guimarães, Maria Margarida de Oliveira e Silva, Dília de Barros Costa, Irene Vasques Sá, Maria do Céu Veiga Ferreira, Maria do Céu de Mascarenhas e Meneses Ferreira Garcia, Maria Lisarda Ferreira Chaves, Maria Estrela Pimenta de Castro Pita, Maria da Assunção Nunes, Regina Ferreira Marques, Raquel Marques dos Reis, Ludovina Vaz, Emília Augusta dos Reis, Claudina Lauzet Freitas Duarte, Maria de Jesus Veloso, Maria Leonor Ferreira Ramires Daries, Maria Anjos Rebelo, Aurora Baptista Ribeirete, Judite de Jesus Branco, Beatriz da Conceição Franco, Maria Amélia da Silva Franco, Alice Adelaide da Silva Rezende, Alda França Vigon, Umbelina de Lima Brito, Ilda de Jesus da Silva, Rosalina dos Santos Silva, Maria da Glória Ferreira Grilo, Maria Leopoldina Formosinho Sanches, Clotilde de Almeida Graça Almada, Maria Helena Pereira Alves, Maria Duarte da Silva, Maria Regina Lopes de Oliveira Bergstrom, Elsa Antunes Marques, Clarisse Oliveira Soares Rodrigues, Eva do Carmo Pires, Rosa Simões, Clara Pereira Jorge, Palmira de Jesus Felgueiras, Zélia Guerra Heinz, Leonor de Oliveira, Maria Vitória Vieira, Amélia Rosa de Vilhena, Ivone de Almeida Santos, Alcinda de Sousa, Lucília de Matos Ramalho, Lídia da Natividade, Irene dos Santos Nobre e Silva, Joana Reverenda Paiva, Maria Emília Dias.

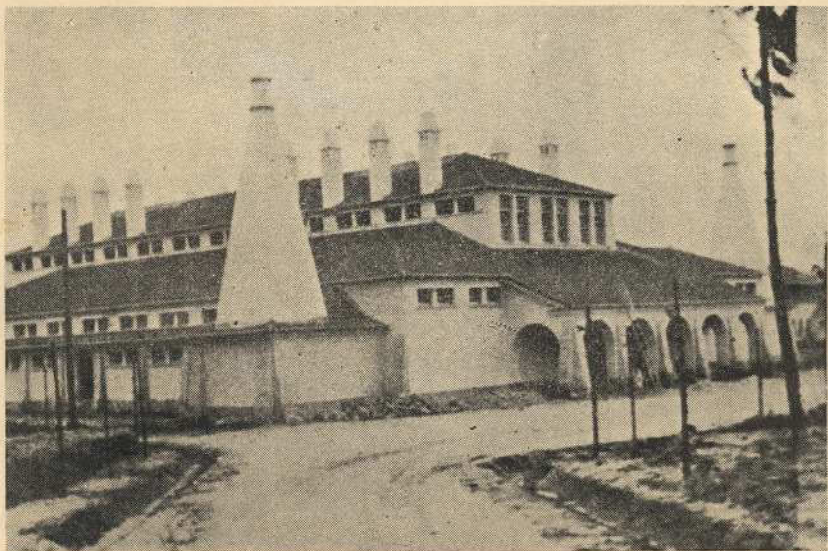
1933/34 — Maria Eugénia Pessoa Cabrera, Vitorina Luiza Vieira da Mata, Licinia Folgado Costa, Maria Ivone Folgado Costa, Leopoldina Ferreira Marques, Maria Salomé Machado, Maria Adelaide Baptista Ribeirete, Colete de Macedo Marques, Lucília dos Santos Correia Alemão, Maria Elisa Santiago, Cândida da Assunção Ramos, Carlota Nunes Ribeiro, Maria Claudina dos Santos Ferrajota, Isaura Costa, Leocádia Martins Pereira, Matilde da Encarnação Pedro Saraiva, Georgina Barreiro da Silva, Lina Freitas Lauret Duarte, Maria Brígida Mactezumo, Eurídice Drummond Nunes de Oliveira, Belmira Maria, Maria Tereza Mota da Silva Bento, Ester Maia Ferreira Marques, Maria Emília dos

LEPROSARIA ROVISCO PAIS



CASA DE TRABALHADORES

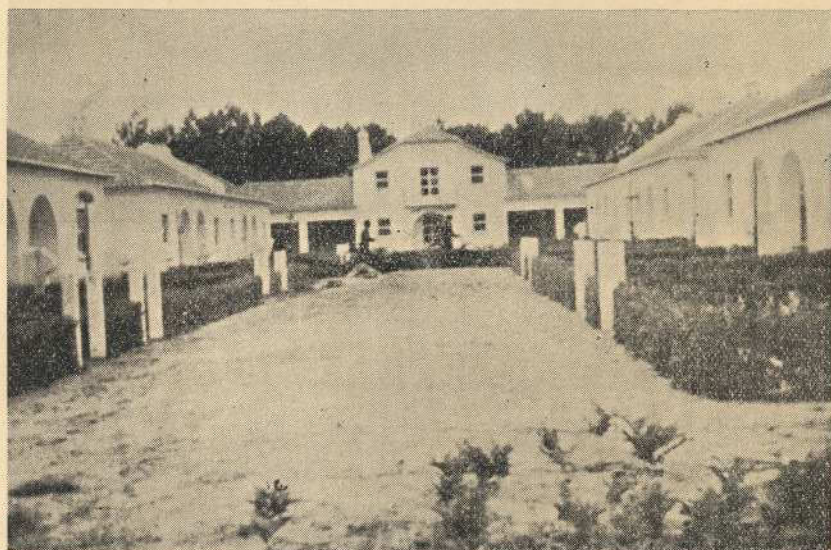
FIG. 9



LAVANDARIA

FIG. 10

LEPROSARIA ROVISCO PAIS



NÚCLEO FAMILIAR

FIG. 11

Santos Ferreira, Eunice Ferreira Matias, Conceição Maria, Ruth das Dolores Barreto Peniche, Maria Lima do Nascimento Cardoso, Sofia Joana Manuela Macarron Azeval, Elisa Augusta de Figueiredo, Joia da Silva Venenno, Miquelina Irene de Sousa Correia, Belmira Rebelo Enes, Ivone Serra Pereira, Fernanda de Sousa, Pilar Augusta Leitão Carbo, Maurícia Augusta da Silva, Laura de Sousa Gariso, Maria Emília Marques Pinto dos Santos, Vitória Amaral Reis, Carolina da Conceição Nascimento Martins, Maria do Céu Vieira Cardoso, Isabel da Silva Fernandes, Alice da Silva Fernandes, Irene Furtado de Sousa, Lizina Furtado César, Aurora Ferreira Martins Castelo Branco, Maria das Dolores Gonçalves Viana Marcelino, Maria Augusta de Almeida Tavares, Natércia de Melo, Jacinta Sobral Martins, Hortense Correia, Natália Rocha Maria Silva Rego Iglésias, Judite Costa Valdês, Carmen da Conceição Cruz Viana, Isabel Dias Ferreira, Lúcia Guerra Correia, Palmira Augusta Ferreira de Carvalho, Maria Henriqueta Sales Gomes, Maria Emília Sales Gomes, Maria José dos Santos, Emília de Carvalho Lima, Maria Bárbara de Fontes Serra David, Adelaide Lima Gomes dos Santos, Ilda Isabel Cabral, Tereza Condeço, Zulmira Duarte, Júlia de Mendonça Loureiro, Zulmira da Conceição Mamede Rodrigues, Maria da Anunciação Cortês, Júlia Martins Silva Pimenta, Idalina Jesus Fernandes, Lúcia Vieira Lisboa, Ilda Vitorina Genues Belo, Maria Tereza Ribeiro Laranjeira, Lucinda de Sena Martins, Virgínia Martins, Maria Júlia Esteves Palhares de Almeida, Irene Ribeiro Martins, Maria de Lourdes Ribeiro Peleção, Dília da Conceição Martins dos Santos, Georgete Anália Cunha Sarzedas, Benilde Vidal Correia de Figueiredo, Agripina da Silva Nogueira Soares, Maria Augusta Fernandes Baia, Raquel Rodrigues Moreira, Avelina Estela de Carvalho, Albertina Magalhães Costa, Graziela da Silva Ramos, Maria do Patrocínio de Macedo e Brito, Guilhermina Inês Casanova Abrantes, Angelina Augusta Muralha, Carmen Lopes Ribeiro, Guilhermina Augusta Estevão Barbosa, Maria Angélica Salgado Vasconcelos, Carolina Adélia Duarte Gomes, Zina Duarte, Maria Luiza Vieira, Julia da Silva Gascon, Mariana Condeço, Judite dos Reis Carapeto, Ilda Simões Gadanho, Adelina Simões Gadanho, Elvira da Anunciação Saramago, Felicidade Ester Monteiro Lopes, Helena Maria Rodrigues Ventura, Virgínia Griff Frazão, Camila de Brito Sequeira, Helena de Sousa Reis Rodrigues, Maria Libânia de Lima Torres, Antónia do Carmo Rafael,

Aline da Conceição Cândido, Maria Luiza de Almeida Costa, Benvinda Gomes da Costa, Maria Madalena Gomes, Ana Maria de Vilhena e Vasconcelos Travassos Lopes, Clarisse Georgina de Azevedo Freitas Sampaio Ferreira, Maria José Machado Arrobas da Silva, Joaquina da Fonseca Gomes, Maria Elisa de Campos Albuquerque, Aurora de Vilhena, Sílvia Calapes Delfim, Liberta Domingues Ferreira, Maria João Gonçalves Albuquerque Nogueira Soares, Alice de Melo Dias, Faustina da Glória Luguet Neto, Ricardina Rodrigues Conde e Silva, Ilda Rodrigues, Iliada Conde e Silva, Eugénia Guedes dos Santos, Fernanda Heitor Leitão Xavier, Lídia Maria Viegas e Sousa, Maria da Conceição Frazão, Luzia Virgínia Berce Rato, Carmen Alvares Vasques Rego, Maria da Conceição Reis, Maria Eugénia Marinho, Maria Joana Santos Paz Delgado da Silva, Albertina Ferreira Ludovice, Esmeralda Ferreira Varatojo Guerra, Lucilia Paiva, Deolinda da Conceição Carvalho Moura, Hebe Evard Martins, Nelly de Carvalho Barrolo, Rosa Soares Cabeçadas, Natália da Piedade Loio Pinto Borges, Dília de Matos Vilariques, Ilda Matilde Monteiro, Vanda Ramos Correia Brandão Ferreira, Lígia Cordeiro Cagi, Mónica Carvalho da Silva, Idalina Emília dos Santos, Clementina Moura Porteiro, Branca dos Santos Castelhana, Aline de Jesus Calvário Setúbal, Sofia Fideles Lima, Alice de Sousa Alves Ferreira da Silva, Maria de Lourdes Pocinho Barreiros, Maria Celeste do Carmo Cantiga, Isabel da Ascensão Martins, Dulce da Purificação Monteiro, Lídia da Costa Carvalho, Maria Madalena Newton, Maria Olívia Castelo Branco, Maria Amélia Camarate Henriques da Silva, Júlia Idília da Conceição Gomes, Maria Judite da Silva Pinto, Regina da Silva Ramos, Maria do Carmo Guedes Almeida Dá Mesquita, Maria da Conceição Silva de Lima, Aurora Duarte Lameiras, Maria Luiza Silva, Beatriz Correia Pinto, Maria de Lourdes Barbosa Ferreira, Helena Henriques da Silva, Alice Gouveia Lopes, Celeste Usmia Cristovam, Maria Helena Rodrigues, Maria Fernanda dos Santos Nunes, Beatriz Maria Nunes, Orminda Rochela Franco e Elvira Conceição Borges Macedo Farinha Santos.

1937/38 — Isaura Aida Oliveira Pereira, Maria Amélia Freire Coutinho de Lucena, Maria Lucília Morais Monteiro, Maria Lídia Dias Ferreira, Idalina Constança Salvador, Fernanda da Conceição Ribeiro Martins, Susete Natália de Jesus, Lucrécia de Jesus Silva, Maria das Neves Rolim dos Santos, Maria Adelaide Sequeira,

Vitória Viegas, Maria da Glória Brito, Aurelina dos Santos Soares, Maria Lúcia da Glória Silva, Maria dos Reis Gema, Maria Aurora Milheiriço Heitor Marques, Ilda da Silva Santos, Maria da Glória Neves, Gisela da Silva Garcia, Maria Otilia Glória Barbeitos Silva Xavier Palhares Nogueira Falcão, Maria Margarida Abreu Carvalho Araújo, Maria Clotilde de Ataíde Ferreira, Florinda Madeira Ferreira Neto, Rosélia Ribeiro Ramos, Maria Manuela Amaro Nogueira, Maria Rita Arrieta Príncipe, Alzira Caldeira Mousinho Cidrais, Iolanda Fernandes, Maria Sofia Teles Pinto Ribeiro Damásio, Maria Fernanda de Lacerda Moral, Ivone de Andrade Rodrigues, Mariana Acácia Santos Machado, Natividade de Magalhães Lopes Gonçalves, Maria da Conceição de Figueiredo Malva do Vale, Maria de Figueiredo Malva do Vale, Manuela da Silva Ferreira Roxo, Felicidade Ruivo Sequeira, Lisete Piedade Teixeira Peneira Correia, Maria da Graça H. Melo Gouveia e Frias, Guida de Moraes Palmira Santos, Maria Zulmira B. S. X. Palhares Nogueira Falcão, Maria Augusta da Silva Dias, Maria Ribeiro Marques Rodrigues, Maria Helena Fontes D. T. Brandão, Adelina A. Pereira de Melo Coutinho, Alice Rodrigues, Luisa Pinto Soares, Maria Emília Nunes Loureiro, Maria Luisa Martins Ferreira, Cremilde Guerreiro Mendes, Luisa Augusta Fernandes e Ester da Conceição Amorim Macedo.

Nota. Por lapso, a pág. 75 do volume I do Boletim do Instituto (1946) vem indicado o número de 51 visitadoras aprovadas em 1937-1938, quando na realidade foram 52.

Alguns aspectos sanitários e da História da assistência em Espanha

(Relatório duma Viagem de Estudo em 1947)

I PARTE

A preparação dos sanitaristas em Espanha Alguns Institutos de Higiene Espanhois

Duas razões me obrigaram a planear uma visita a Espanha em 1947.

Uma delas foi o desejo de conhecer a organização e as instalações do Instituto de Higiene de Madrid e a técnica ali usada para a formação de sanitaristas, dado que está a ser estudada a remodelação da orgânica do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge que dirijo.

O outro motivo foi o de querer averiguar quais os hospitais seiscentistas, quinhentistas ou anteriores, existentes em Espanha, e pôr-me em contacto com estudiosos que tenham reunido subsídios para o seu estudo, de modo a poder apreciar a influência que a sua arquitectura ou organização hajam exercido na génese de hospitais portugueses, para poder melhor documentar-me a respeito da assistência em Portugal no século XVII cuja história estou a elaborar, em continuação do livro que publiquei em 1944 sobre Origens e formação das Misericórdias Portuguesas. Como subsídio também para o esclarecimento de certos pontos obscuros, procuraria ao mesmo tempo apurar qual a influência que teria exercido o célebre humanista valenciano João Luís Vives na orientação da Assistência em Espanha, ele que tanta exerceu nesse campo na Flandres, Alemanha, França, etc.

Pedida autorização superior para ir a Espanha, aproveitando a minha licença regulamentar, entendeu Sua Excelência o Sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social dever auxiliar o meu plano, permitindo que a visita não fosse feita apenas a Madrid, durante dez dias, antes se prolongasse por mais vinte e me permitisse visitar outros lugares de Espanha onde pudesse colher mais dados para o estudo dos três problemas que lá me levavam.

Assim, além de Madrid, visitei Toledo, Escorial, Barcelona, Gerona, Monserrat, Valência, Cordova, Granada e Sevilha.

O Instituto para a Alta Cultura que, como equiparado a bolseiro me auxiliara a publicação do trabalho sobre as Misericórdias, deu-me credenciais para me apresentar no Consejo Superior de Investigaciones de Madrid, onde me foram dadas indicações e subsídios que facilitarão o esclarecimento de muitas dúvidas.

Vou dar conta do que fiz e vi desde 18 de Setembro a 17 de Outubro.

MADRID

Partindo de Lisboa no dia 17 às 19,27 no Lusitania Expresso cheguei a Madrid às 10,05 de 18.

Pus-me em contacto logo, telefonicamente, com a Direcção Geral de Sanidade, que abre os seus serviços às 10 horas. Atendeu-me o Chefe dos Serviços Centrais Dr. Benigno Garcia Castrillo, que me informou de que o Director Geral tinha ido a Cadiz, devido à explosão que ali se dera dias antes, mas prontificando-se a receber-me no dia seguinte de manhã.

Com efeito no dia seguinte às 10 horas atendeu-me, dando-me informações sobre a organização dos Serviços de Saúde, oferecendo-me um exemplar da Lei de 18 de Outubro de 1944 que os reorganizou e das Memórias em que é relatado o movimento dos mesmos desde 1943 até 1946, esclarecendo várias dúvidas que lhe apresentei.

Ao mesmo tempo anunciou a minha visita à *Escuela Nacional de Sanidad*, ficando assente eu visitar também o Presidente do *Conselho Geral do Colégio dos Médicos* (Ordem dos Médicos espanhola) e o *Hospital d'El-Rei*.

A Direcção Geral de Sanidade está instalada em edifício próprio, situado na Praça de Espanha, edifício sóbrio, amplo e confortável que primitivamente fora destinado pelo Director Geral que tomou a iniciativa da sua construção (o Dr. Pitalluga) a Escola Nacional de Sanidade.

Nesse mesmo dia visitei o Presidente do Conselho Geral do Colégio dos Médicos, Prof. Gonzalez Bueno, com quem troquei impressões, bem como com o Prof. Pedro Lain Entralgo, catedrático de História da Medicina da Faculdade de Madrid e secretário geral do Conselho, que me deu valiosos esclarecimentos sobre antigos hospitais espanhóis e bibliografia especial, dando-me cartas de apresentação para individualidades de Barcelona que se têm dedicado a esse estudo naquela província.

Nesse mesmo dia percorri livrarias, de livros recentes e usados, à procura de obras referentes a organização e ensino da Sanidade, História da Medicina e da Assistência.

Hospital d'El-Rei

No dia seguinte, 20, telefonei às 9,30 para o Hospital d'El-Rei para o respectivo director, Prof. António Maria Vallejo de Simon, para combinar uma visita ao mesmo hospital, ficando assente ir imediatamente, para o que me mandou um automóvel da Direcção Geral de Sanidade.

O Hospital d'El-Rei está situado a 7 kms. de Madrid, ao N da cidade, em local elevado, dominando esta, na Carretera de Francia, local perfeitamente isolado, amplo e exposto aos ventos da Serra de Guadarrama. Foi construído em 1924, sob a Direcção do Prof. Gregório Marañon, que então dirigia o serviço de doenças infecto-contagiosas no Hospital Geral. Dirigi-o desde a sua fundação o Dr. António Tapia.

À parte a Leprosaria de Trillo, é o único hospital de doenças infecto-contagiosas que o Estado possui em Espanha, dependendo da Direcção Geral de Sanidade. O Hospital de Barcelona é Municipal.

Instalado em amplo recinto, compõe-se o Hospital d'El-Rei de quatro pavilhões de alvenaria, *um de observação*, em cuja cave funciona um balneário e um posto de despiolhamento, *dois de evolução e um de convalescentes*, além dum destinado a crianças, actualmente integrado no Instituto Central de Puericultura.

Cada pavilhão, além da cave e do andar nobre, tem outro andar. A toda a volta há uma varanda corrida, lembrando as construções coloniais, destinada a poder-se atingir por ela qualquer quarto. As pessoas que visitam os doentes não entram nos quartos, nem sequer no edifício, o que, dado o desconforto, que propositadamente não se tem procurado remediar, torna breves as visitas.

Para essa varanda dão as portas envidraçadas das enfermarias e quartos, o que facilita a remoção de tudo o que possa dar lugar a contágios.

O pavimento dos quartos é de mosaico. Previu-se o arejamento por ventiladores nas paredes, mas praticamente é feito pela abertura das janelas.

Cada quarto de isolamento permite a instalação de uma, duas, o máximo 6 camas. O aquecimento é central, sendo aliás insuficiente, dada a exposição do hospital, o clima rigoroso de Madrid e o fácil arrefecimento pelas portas envidraçadas que dão para a varanda.

As portas que abrem para os corredores interiores do edifício têm aberturas envidraçadas para vigilância dos doentes, não havendo necessidade de entrar nos quartos sem motivo suficiente e justificado.

Muitos quartos tinham banheiras fixas, que estão a ser retiradas, dado o emprego cada vez menor da balneoterapia nas doenças infecto-contagiosas.

O número de doentes internados no Hospital d'El-Rei é habitualmente de 200 a 300, podendo elevar-se a 1.000 ou mais, em caso de epidemia.

Quando o visitei estavam hospitalizados 248, dos quais 79 com febres tifoides, 147 tuberculosos e 58 com diversas afecções (melitococcia, febre exantemática, meningite, etc.).

Os doentes que predominam são os da região de Madrid, admitindo-se entretanto os que procedam de qualquer ponto de Espanha.

A sua capacidade é considerada suficiente para as necessidades da Província de Madrid.

Em pavilhão anexo estão instalados os laboratórios de Hematologia, Bacteriologia, Química e Anatomia patológica, bem apetrechados. Este último inclui um museu em que predominam peças provenientes de tuberculosos e tíficos, a maior parte das

primeiras colhidas pelo Prof. Tapia, todas muito bem apresentadas.

Junto do museu é a casa de autópsias e a capela, disposta de modo que o espaço reservado aos cadáveres, com lugar para 6, está isolado do destinado aos actos do culto e aos que a ele assistem.

O director do Laboratório, Dr. Vitoriano Vallejo de Simon, irmão do director do Hospital, chefe da secção de epidemiologia e sub-chefe do serviço de sanidade da Província de Madrid, mostrou-me trabalhos valiosos feitos nas diferentes secções, chamando-me particularmente a atenção para os estudos sobre leishmanioses em adultos.

A enfermagem no hospital é assegurada por irmãs de S. Vicente de Paulo, auxiliadas por leigos de ambos os sexos.

Nos corredores vêem-se imagens de Nossa Senhora do Pilar, Coração de Jesus e outras.

No gabinete do director, de mobília confortável, vê-se um crucifixo, o retrato de Ramon y Cajal, retratos e grupos de bacteriologistas estrangeiros e o do Generalíssimo Franco.

Devidamente dispostos e fornecendo dados minuciosos, há ficheiros de todos os doentes hospitalizados, bem ordenados.

O pessoal superior do Hospital é constituído pelo director, 2 chefes clínicos, 2 médicos auxiliares, 5 *médicos de guardia* (internos, com alojamento no hospital), 4 *residentes* voluntários, também internos, 3 médicos agregados, 1 chefe de laboratório, 3 chefes das secções de bacteriologia, hematologia e química, 1 chefe do serviço de anatomia patológica, 1 ajudante deste, 1 cirurgião, 1 oto-rino-laringologista e 1 odontologista.

Além do Director do Hospital e do Chefe do laboratório, Drs. Antonio e Victoriano Vallejo de Simon, conheci o Dr. Torres, chefe clínico e o Dr. Vicente Callao, bacteriologista.

O número total dos funcionários do Hospital d'El-Rei é de 146.

Desde a sua fundação até ao dia em que o visitei passaram pelo Hospital d'El-Rei 39.784 doentes.

Durante o ano de 1945 passaram por ele 2.299, sendo a média dos dias de hospitalização de 50, e o número de doentes de 2.057 em 1946, com a média de 54 dias de hospitalização.

As doenças predominantes foram as febres tifoides (841 em 1945, 678 em 1946) e os sindromas tifoides (131 em 1945, 107 em 1946) seguindo-se-lhes, em 1945, as meningites meningo-

cólicas (121), as tuberculosas pulmonares (105), as pneumonias (75), as erisipelas (63), as meningites tuberculosas (60) e as demais que constam do quadro I.

O número médio de doentes entrados em cada dia foi de 5.

QUADRO I

	1945	1946		1945	1946
Febres tifoides	841	678	<i>Transporte</i>	1.860	1.488
Síndromas tifoides	131	107	Endocardite crônica	9	14
Mening. meningocócica	121	19	Gastro-enterites	9	4
Tuberculose pulmonar	105	180	Poliomielite	8	6
Pneumonias	75	77	Bronco-pneumonia	7	6
Erisipela	63	27	Quisto hidático	7	3
Meningite tuberculosa	60	54	Tétano	6	18
Paratifoides A e B.	57	43	Nefrite	5	5
Sarampo	55	14	Mening. pneumocócica	4	1
Febre de Malta	42	34	Hepatite	4	4
Gripe	38	10	Neoplasias	4	5
Reumatismos	33	18	Difteria	3	1
Pleurisias	32	32	Granulia	3	10
Septicemia	22	23	Agranulocitose	3	—
Abcessos do pulmão	22	10	Linfogranulomatose	2	—
Paludismo	20	10	Antrazes	2	—
Tifo exantemático	16	28	Encefalite	2	2
Varicela	16	35	Tosse convulsa	2	53
Sífilis	16	10	Triquinose	2	3
Kala-azar	14	3	Silicose	1	—
Exantemas diversos	14	1	Febre recorrente	1	5
Tuberculosas diversas	13	11	Leucemias	1	—
Febre exantemática	12	40	Sarna	1	3
Amidalite	12	10	Observação e várias enfermidades	96	182
Endocardite aguda	10	4	<i>Soma</i>	2.042	1.811
Escarlatina	10	6	Admitidos em 1/janeiro	257	246
Carbunculo	10	4	<i>Total geral</i>	2.299	2.057
<i>A transportar</i>	1.860	1.488			

A letalidade geral foi de 9,06 %, sendo de 6,31 % depois de rectificada, em 1946, tendo sido de 8,47 % em 1945.

A letalidade foi de 100 % na *granulia*, na *meningite tuberculosa*, na *leucemia*, na *agranulocitose* e na *linfogranulocitose*; oscilou entre 2,99 (rectificada, em 1945, para 3,56, geral, no

mesmo ano) é 4,60 (rectificada, para 5,16 geral em 1946) na *febre tifoide*; de cerca de 5 % na *meningite meningocócica*; entre 11 e 14 % na *tuberculose pulmonar*; entre 4 e 7 % na *pneumonia*; de cerca de 4 % na *erisipela*; de 2 % nas *paratífoides*; de 1,81 % no *sarampo*; de 7 a 9 % na *febre de Malta*; de 5 a 7 % nos *reumatismos*; de 6 % nas *pleurisias*; entre 35 e 57 % nas *septicêmias*; entre 14 a 30 % nos *abscessos do pulmão*; de 10 % no *paludismo*; de 6 a 7 % no *tifo exantemático*; de 10 a 20 % na *sífilis*; de 21 % no *kala-azar*; na *endocardite aguda* de 25 a 40 %; de 10 % na *escarlatina*; de 11 a 28 % na *endocardite crônica*; de 50 a 83 % na *bronco-pneumonia*; de 46 a 66 % no *tétano*; de 33 % na *triquinose*; de quase 4 % na *tosse convulsa*.

Nos doentes em observação ou com várias enfermidades, a letalidade oscilou entre 2 e 6 %.

Esta última rubrica abrangeu em 1945 menos de 5 % e em 1946 cerca de 10 % do total dos doentes.

O mês de mais movimento em 1945 foi o de Outubro, seguindo-se-lhe por ordem decrescente os de Julho, Junho, Setembro e Agosto; o de menos movimento foi o de Janeiro, a que se seguiram por ordem crescente os de Fevereiro e Dezembro.

Em 1946 o mês mais concorrido foi o de Agosto, seguindo-se-lhe os de Julho, Setembro e Outubro, por ordem decrescente; o menos concorrido foi o de Fevereiro, seguido do de Março e Abril por ordem crescente.

Tanto num ano como noutro o movimento de doentes do sexo masculino foi menor do que o do sexo feminino (43 % em 1945, 45 % em 1946).

Em 1945 foram feitas 54 *intervenções cirúrgicas* e aplicados 31 *aparelhos de gesso*, que em 1946 foram respectivamente 70 e 9.

Em 1945 foram feitas 3.900 *radioscopias* e 213 *radiografias*, a maior parte delas torácicas, e 37 transfusões sanguíneas.

Em 1946 foram 2.500 as *radioscopias* e 391 as *radiografias*, quase todas torácicas, além de 141 transfusões.

O movimento dos serviços das especialidades pode ser apreciado pelos seguintes números, referentes a 1946:

Oto-rino-laringologia — 225 intervenções, entre as quais 137 amigdalectomias, 35 intervenções endonasais, 7 trepanações, 25 endoscopias do esófago e brônquios e 21 biopsias da

laringe, em 412 doentes, dos quais 110 hospitalizados e 302 ambulatorios.

Odontologia — 509 exames e 779 intervenções, 230 das quais em odontites e periodontites, 87 alveolites, pericoronarites e erupções patológicas, 45 gengivites e estomatites, 34 linfocelulites e ósteo-mielites, 216 tratamentos médicos por químico e electroterapia, 18 obturações, 125 odontotomias e odontectomias e 3 nevralgias essenciais.

Electroradiologia — 2.500 radioscopias, 379 radiografias do torax, 12 radiografias de ossos e aparelho digestivo. 89 electrocardiogramas, 212 sessões de actinoterapia e 2.100 aplicações de diatermia e ondas curtas.

Cirurgia — Das 70 intervenções, 7 foram laparatomias, 4 artrotomias, 2 toracotomias, 18 toracoplastias, 2 laqueações arteriais, 5 amputações, e 32 observações diversas, além de 9 aparelhos de gesso em várias afecções ósteo-articulares.

Serviço de transfusão sanguínea — 322 determinações de grupos sanguíneos e 141 transfusões.

Quanto aos laboratórios os dados são os que seguem:

Secção de bacteriologia e sorologia — 5.037 análises e outros serviços, assim distribuídos: 2.500 aglutinações; 615 hemoculturas; 208 reacções de Wassermann e floculação; 262 exames de líquidos céfalo-raquidianos; 867 análises de expectoração, entre elas 821 análises citobacteriológicas e 46 inoculações; 181 exsudados vários, 39 vaginais, 61 faríngeos, 42 pleurais e 39 de abcessos. 138 análises de fezes, 64 bacteriológicas e 74 parasitológicas; 170 de isolamento e identificações de germes e 36 auto-vacinas.

Secção de hematologia — 7.880 investigações, das quais 825 contagens de hemácias, 825 de hemoglobina, 12 hemotocrito, 310 reticulocitos e dimensões de hemácias, 92 resistências globulares, 3.246 contagens de leucocitos, 2.210 fórmulas leucocitárias, 340 plaquetas, 15 mielogramas e 15 investigações parasitológicas.

Secção de química — 6.643 análises de sangue, das quais 3.125 velocidades de sedimentação, 75 aniões e catiões, 10 azote total, residual e proteico (Kjeldahl), 2.801 ureias, pelo método gasométrico, 5 derivados azotados (aminoácidos, creatinina, etc.), 145 proteínas e fibrinogéneo, 20 reservas alcalinas, 140 colessterina e bilirubina, 115 provas funcionais hepáticas

(R. Hijmans, Weltmann), 122 glicoses, 5 curvas de glicemias, 60 protrombina, 20 de Vitamina C.

73 análises de líquido céfalo-raquidiano, 39 de cloretos e 34 de glicose.

4.661 de urinas, 4.251 das quais com determinação de densidade, reacção, caracteres organolépticos, elementos anormais e sedimento, 410 dosagens de ureia, cloretos, fosfatos, ácido úrico, creatinina, etc.

43 determinações de acidez e sangue no suco gástrico.

3 determinações químicas em cálculos biliares e urinários.

No serviço de anatomia patológica foram feitas 85 autópsias (em 1945 foram feitas 105), das quais 29 em casos de *granulia*, 21 de *febres tifoides*, 2 de *meningites purulentas*, 8 de *septicopiohemias*, 8 de *endocardites*, 5 de *pneumonias* e *bronco-pneumonias*, 3 de *tétano*, 2 de *tifo exantemático*, 1 de *cancro* e 6 *sem lesões anatómicas*.

Além disso foram realizadas 32 biopsias, 278 preparações histológicas e 23 colheitas e preparações de peças para o museu.

Independentemente do labor clínico, laboratorial, anátomo-patológico e epidemiológico, é intenso o trabalho pedagógico, quer em cursos regulares, quer em cursos de aperfeiçoamento sobre doenças infecto-contagiosas, realizados no Hospital d'El-Rei, pelo director e seus colaboradores.

Dão conta desses trabalhos várias revistas médicas e os volumes publicados em 1946 e 1947, que incluem muitas dezenas de estudos sobre assuntos múltiplos e actuais, referentes a bacteriologia, parasitologia, epidemiologia e clínica de doenças infecto-contagiosas.

É impossível num relato breve dar conta de tanto que o Hospital d'El-Rei tem de valioso, quer em instalações, quer em pessoal.

Não satisfaz já o hospital a todas as exigências da moderna clínica de doenças infecto-contagiosas. Apesar de não contar ainda um quarto de século e de a sua construção ter sido orientada por tão eminente homem de ciência como é o Professor Marañon, exige aperfeiçoamentos nas instalações e alguns já lhe introduziu o seu actual director.

O seu funcionamento porém supre quanto possível as deficiências.

Asseio, competência, disciplina, carinho, tudo nos foi dado apreciar.

Não temos a pretensão de haver apreendido em tão breve visita todos os pormenores que interessam à sanidade, à assistência e à administração. Vimos porém o suficiente para garantir que muito têm os sanitaristas a ganhar com uma visita atenta e mais ainda com um estágio cuidadoso no Hospital d'El-Rei, de Madrid.

Da parte do seu prestigioso director, o Prof. Dr. António Maria Vallejo de Simon, e do Chefe de Laboratório, Dr. Victoriano Vallejo de Simon, recebemos todos os esclarecimentos e subsidios indispensáveis, dados com a melhor vontade e gentileza, pelo que aqui lhes testemunhamos o nosso reconhecimento.

O Prof. Vallejo de Simon dirige o Hospital d'El-Rei desde 1939, tendo desde o primeiro momento sido constante a sua preocupação de «melhorar as suas instalações, organizar os seus serviços e dar a maior amplitude possível às funções assistencial, docente e de investigação», dada a importância do hospital e a circunstância de depender pedagogicamente da Escola Nacional de Sanidade.

Entre as obras há que citar as que permitiram melhor isolamento do hospital, as reparações e beneficiamentos feitos nos pavilhões e em particular nos laboratórios, a criação duma pequena residência para os médicos internos, a montagem do serviço de desinsectação, a capela e casa mortuária, a residência para o pessoal, oficinas e armazéns e uma central eléctrica.

Entre os aperfeiçoamentos introduzidos nos serviços referiremos o da separação nítida dos pavilhões, destinados, um a *observação*, 2 outros a *evolução*, outro a *convalescença* dos doentes; os beneficiamentos introduzidos nos serviços dos laboratórios e museu, o enriquecimento da biblioteca, a criação de novos serviços, os melhoramentos das secções de arquivo das histórias clínicas e radiologia, entre outros, permitindo a valorização dos trabalhos realizados e a sua análise e crítica científica. O número de assistidos aumentou de 50 %, com uma letalidade baixa, pelo emprego dos mais modernos meios terapêuticos anti-infecciosos. Quer no trabalho diário, quer na publicação de artigos e estudos em revistas e livros, quer em teses para a

Faculdade, conferências e comunicações a congressos, quer em lições e estágios dos alunos da Faculdade e da Escola Nacional de Sanidade, cursos de aperfeiçoamento, investigação científica nos laboratórios, etc., em tudo se nota um espírito de escola, de nível elevado e sobremaneira honroso para o Hospital d'El-Rei e para o seu Director e colaboradores, a cuja competência e laboriosidade ele não se cansa de fazer referências.

Direcção Provincial de Sanidade de Madrid

Ainda no dia 20 visitei a *Jefatura Provincial de Sanidad*, situada na Calle General Oráa — 39.

Receberam-me o Chefe Provincial, Dr. Victor Maria Cortezo, filho de outro prestigioso sanitarista espanhol, já falecido, o Dr. Carlos Maria Cortezo, e o Dr. Victoriano Vallejo de Simon, chefe da secção de Epidemiologia da Jefatura de Sanidad de Madrid.

A organização da *Jefatura* da Província de Madrid é idêntica à das jefaturas das restantes províncias de Espanha. O Chefe superintende no *Instituto Provincial de Sanidade*.

Deste modo, a par do serviço administrativo, de salubridade e de epidemiologia, laboratório de análises higiénico-sanitárias, depósito de material de desinfectação e desinsectação, serviço de sanidade veterinária, de inspecção de farmácia, de estatística, de educação sanitária, etc., a *Jefatura* tem anexo um dispensário polivalente, com secções de higiene pré-natal, puericultura, pediatria, etc.

O conjunto forma o Instituto Provincial, correspondente às delegações de saúde distritais portuguesas, que tenham laboratórios e dispensários polivalente anexos.

O Instituto tem jurisdição na Província de Madrid, recebendo todas as participações de doenças infecto-contagiosas, fornecendo material para colheita de produtos para análises, organizando estatísticas, tomando a iniciativa de providências oportunas em ocasiões de epidemias ou quaisquer circunstâncias que possam prejudicar a saúde pública.

As participações de doenças contagiosas referem-se a 25 destas, que são: *páludismo, meningite cérebro-espinhal epidémica, lepra, gripe, febre tifoide e paratifoides A e B, escarlatina, disenteria, difteria, cólera, carbunculo, bruceloses, varíola, vari-*

cela, tuberculose pulmonar, tracoma, tifo exantemático, septicémia puerperal, sarampo, raiva, peste bubónica, paralisia infantil, encefalite letárgica, coqueluche, varioloide e febre amarela.

Os boletins de participação destas doenças são fechados, evitando-se indiscreções e revelação do segredo profissional.

As participações são feitas pontual e correctamente pelos médicos das localidades provincianas, sendo irregular e defeituoso esse serviço, principalmente em Madrid, mas também noutras localidades mais importantes.

A sanção julgada mais eficaz para os médicos que não fazem as participações oportuna e correctamente é a de os impedir de poderem concorrer a lugares públicos.

Tal como em Portugal, os funcionários dos serviços de Saúde Pública não trabalham em regime de *full-time*, de onde resulta que se vêem obrigados a ocupações múltiplas, com a perda de tempo e dispersão da atenção correspondentes.

A *Jefatura Provincial* deixou-me boa impressão de organização, ordem, bom método e disciplina, tendo-me o Chefe, Dr. Cortezo, dado todos os esclarecimentos sobre o serviço, com a maior gentileza e boa vontade, que aqui lhe agradeço reconhecido.

Escola Nacional de Sanidade

Como entretanto o Director Geral de Sanidade, Dr. José Alberto Palanca, ainda não tivesse regressado, combinei com o Dr. Castrillo visitar no dia 23 a *Escola Nacional de Sanidade*, na Cidade Universitária.

A Escola Nacional de Sanidade foi criada em substituição do Instituto Afonso XIII, destruído durante a Guerra Civil espanhola, Instituto fundado em 1899 por iniciativa do Dr. Carlos Maria Cortezo, dirigido primeiro pelo insigne cientista Ramon y Cajal e, a seguir, pelos Drs. Murillo, Tello e Pitalluga ⁽¹⁾.

Foi no Instituto Afonso XIII que se iniciou o ensino sanitário metódico em Espanha ⁽¹⁾. Não foi estranho ao impulso

⁽¹⁾ Informações verbais do Dr. Victor Cortezo e *Ponencia General — Perspectivas de la Sanidad en España*, por D. Enrique Bardaji Lopez, D. José Fernandez Turégano, D. Ciriaco Laguna e D. Bartolomé Benitez Franco. (II Reunião dos Sanitaristas espanhóis em Barcelona — Abril, 1947).

recebido pelos serviços de saúde espanhóis o receio de que a epidemia de peste do Porto de 1899 se expandisse ⁽¹⁾.

No período logo a seguir à Guerra Civil o Instituto, com o nome de *Instituto Nacional de Sanidade*, esteve instalado na Calle de Claudio Coello—67, onde, com o título já de *Escola Nacional de Sanidade*, se mantinha ainda em 1946 ⁽²⁾.

Na ocasião em que a visitei estava já instalada num pavilhão cedido pela Faculdade de Medicina, no extremo Sul do bloco de construções da Faculdade, ao lado da Escola Nacional de Odontologia.

Recebeu-me e acompanhou-me na visita, dando-me todos os esclarecimentos, com a gentileza que encontrei em todos os colegas com quem tive ocasião de comunicar durante a minha estadia em Espanha, o Prof. Doutor Gerardo Clavero del Campo, Catedrático de Higiene da Faculdade de Medicina de Cadiz, actual director da Escola.

A *Escola Nacional de Sanidade* mantém por enquanto os serviços que estavam a cargo do antigo *Instituto Afonso XIII*, mais conforme as atribuições do *Instituto Bacteriológico Câmara Pestana* de Lisboa do que do *Instituto Superior de Higiene* Dr. Ricardo Jorge, tal como tem funcionado.

A seguinte estatística referente a 1946 dá conta dessas atribuições, no que se refere a produtos fornecidos pelo Instituto:

Vacinação anti-pestosa (ampolas de 10 cc.)	150
Antigénico hidático (amp. de 1 cc.)	308
Melitina (amp. de 1 cc.)	5
Óleo de imersão	49
Soros aglutinantes	55
Tuberculina de Koch (tubos de 2 cc.)	157

(1) D. Blaz Pérez González — Ministro da Gobernación, discurso proferido em 22 de Novembro de 1942 na Assembleia Nacional de Espanha, na ocasião de ali ter sido apresentada pelo Governo a nova Lei de Sanidade Nacional—incluído no volume *Ley de bases de Sanidad Nacional*—Madrid—1944 — Edição especial em benefício da Mutualidade dos funcionários da Direcção Geral de Sanidade.

(2) Ver a *Memoria de la Dirección General de Sanidad correspondiente al año de 1946*.

Soluto de Giemsa — Frascos	1.921
Amboceptor hemolítico — Frascos	97
Antigêneos — Frascos	377
Cérebros rábicos	2
Medula rábica — Média	110
Emulsões — Frascos	523
Culturas — Tubos	115
Vacina estafilocócica C/1 — 10 — 1	3.070
Vacina Calmette — Doses	16.920
Anatoxina diftérica (amp. de 10 cc.)	7.060
Vacina anti-variolica Vials de 10 doses	24.596
Tratamentos Simple	987
Vacina anti-gonocócica concentrada C/de 1 — 10 — 1	2.900
» » diluída C/de 1 — 10 — 1	17.800
T. A. B. (amp. de 2 cc.)	3.329
T. A. B. (» » 10 cc.)	96.977

Além destes, outros produtos têm sido fornecidos em anos anteriores, ou pode a Escola Nacional de Sanidade fornecer, como soro anti-disentérico Shiga, vacina anti-melitense preventiva e curativa, vacina anti-disentérica Shiga, neurovacina, soro anti-diftérico, meios de cultura, muricida, etc.

Está porém em transformação a sua orgânica.

A base 3.^a da nova Lei de Sanidade diz expressamente que a Escola não perde as funções básicas do anterior Instituto, dedicando porém, antes, a sua especial atenção ao ensino sanitário e « dependerá do Ministério da Governação e incorporar-se-á na Universidade espanhola de acordo com a lei de Ordenação Universitária, sendo portanto um órgão para o exercício das funções primordiais da Universidade ». Continua todavia a pertencer ao Ministério do Interior.

Para garantir o acordo entre a orientação prática, activa, dinâmica e responsável da Direcção Geral de Sanidade e a hierarquia pedagógica e categoria da Faculdade de Medicina, superintende na Escola, sob a presidência do Ministro do Interior, um *patronato* de que fazem parte o Ministro da Educação Nacional, o Subsecretário do Ministério da Governação, os Directores Gerais de Sanidade e do Ensino Universitário, o Reitor da Universidade, além do Director da Escola, que é o Secretário.

O director da Escola é «um médico do corpo de Sanidade Nacional, sendo preferidos os que, além disso, sejam catedráticos universitários ou os que se tenham distinguido notòriamente pelos seus trabalhos de investigação científica ou publicações de carácter sanitário».

As funções da Escola são de *ensino sanitário, investigação científica, função epidemiológica e produção de elementos sanitários*.

As escolas especiais, de Puericultura, de Instrutoras Sanitárias (visitadoras), e outras, funcionam, sob o ponto de vista docente, como filiais da Escola Nacional de Sanidade, à qual têm de submeter os seus planos de estudo.

O *ensino sanitário* abrange médicos, farmacêuticos, veterinários e profissionais auxiliares da sanidade, agentes sanitários, colaborando nos assuntos da sua especialidade na obra de aperfeiçoamento médico com as Universidades e os Conselhos de Colégios profissionais, correspondentes à nossa Ordem dos Médicos.

Tudo tende a aperfeiçoar os técnicos e a favorecer a coordenação dos serviços sanitário e assistencial, dando ao ensino maior prestígio e eficiência prática, garantindo à Universidade a consideração devida, sem todavia dar aos professores universitários, pelo simples facto de o serem, o exclusivo de qualquer situação em que nem produzam nem deixem produzir os outros.

O Director Geral de Sanidade põe à disposição da Escola, para melhor ministração do ensino prático, dispensários, centros de higiene e hospitais que as circunstâncias exijam. O Hospital d'El-Rei, por exemplo, é o campo de estudo das doenças infecto-contagiosas, dependente da Escola sob o ponto de vista pedagógico.

Vê-se que, fugindo-se ao sistema tão vulgar da criação de compartimentos estanques, tudo se congrega para perfeita preparação dos sanitaristas e constante actualização dos seus conhecimentos e técnicas.

No que diz respeito a *investigação científica* a acção da Escola desenvolve-se de acordo com o Conselho Superior de Investigações, de tão notáveis tradições.

A *função epidemiológica* tem como fim, independentemente dos assinalados aos serviços sanitários especiais, dependentes da da Direcção Geral, o de estar constantemente ao facto de todo o

movimento epidemiológico nacional, contribuindo para mais perfeita vigilância deste assunto, de tão grande interesse para todos os serviços sanitários, servindo de material de estudo para os alunos da Escola — os futuros sanitaristas.

As *funções produtoras*, a que já nos referimos, ficam reduzidas à preparação do material necessário para o cumprimento da função epidemiológica, apenas quando tal não seja susceptível de exploração industrial particular, ou na medida em que interessem ao ensino dos alunos da Escola.

A tendência expressa na Lei e que me foi referida pelo Prof. Clavero é de entregar à indústria particular a maior parte das atribuições do antigo Instituto Nacional de Sanidade e do Instituto Afonso XIII, orientando a Escola no sentido das realidades, em face da ineficácia da geração anterior que tudo pedia aos laboratórios de bacteriologia e de química e aos postos de desinfecção, orientação a que de resto se referiu em termos inequívocos o Director Geral de Sanidade Dr. Palanca, no prólogo da Memória da Direcção Geral de 1943 ⁽¹⁾.

Não está a Escola ainda a funcionar normalmente, antes atravessa um período de experiências, sem regulamento definitivo. O número de alunos, de 50, é excessivo na opinião do Professor Clavero que preferia cursos pequenos, de 15. Estava a funcionar apenas o 2.º grau, o superior, com dois ciclos de 4 meses, seguidos de 6 de prática sanitária no campo.

Percorrendo a Escola colhe-se a impressão agradável de ter havido ao instalá-la um programa de conjunto inteligente, cuidando-se atentamente de todos os pormenores referentes a cada laboratório.

No rez do chão estão instalados os serviços de Virus, dirigidos pelo Dr. Eduardo Gallardo, ausente na América em missão de estudo, na ocasião da minha visita. O serviço da Raiva é dirigido pelo Dr. Cajal, filho do eminente sábio, que primeiro dirigiu a Instituição.

Este andar é o único a que tem acesso o público, devido às vacinações anti-variólica, anti-tífica, anti-rábica, etc.

(1) José Alberto Palanca — Prólogo à *Memória de la Dirección General de Sanidad correspondiente al año de 1943*.



MADRID — DIRECÇÃO GERAL DE SANIDADE

FIG. 12



MADRID — EDIFÍCIO DA FACULDADE DE MEDICINA
na Cidade Universitária

(no pavilhão que se vê à direita, cedido ao Ministério do Interior,
está instalada a Escola Nacional de Sanidade)

FIG. 13



MADRID — ESCOLA NACIONAL DE SANIDADE

FIG. 14



MADRID — JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDADE

FIG. 15

No 1.º andar é que está a direcção, secretaria, administração e os laboratórios privativos de bacteriologia e parasitologia, química, laboratórios especiais para os cursos, salas de aulas, serviços de estatística epidemiológica, etc., tudo com material moderno e perfeito, merecendo visita demorada dos técnicos das diversas especialidades.

No 2.º andar havia obras para instalação da Escola de Tisiologia, dependente administrativamente do Patronato Nacional Anti-tuberculoso, correspondente ao nosso Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, mas pedagogicamente encorporado na Escola Nacional de Sanidade, tal como o Hospital d'El-Rei, a Escola Nacional de Instrutoras Sanitárias (visitadoras) e a Escola Nacional de Puericultura, instaladas, embora em edifícios próprios e com directores próprios, superintendendo nas outras funções dos respectivos estabelecimentos (assistencial, administrativa, etc.)

Desde 1943 que no então ainda chamado Instituto Nacional de Sanidade têm sido realizados cursos para preparação do pessoal sanitário. Além destes realizaram-se cursos especiais, destinados a médicos, farmacêuticos e veterinários, um de *Bacteriologia geral aplicada ao diagnóstico das enfermidades infecciosas do homem*, outro sobre *Paludismo com noções de hematologia e protozoologia hemática*, o terceiro sobre *Resolução de problemas de diagnóstico bacteriológico*, este último para aperfeiçoamento do pessoal já iniciado em trabalhos bacteriológicos e incidindo particularmente sobre assuntos de indole epidemiológica de maior interesse prático.

Em 1944, além do serviço diário de preparação de pessoal sanitário, realizaram-se no Instituto quatro cursos, igualmente destinados a médicos, farmacêuticos e veterinários, sobre:

- a) — *Parasitologia e entomologia aplicadas ao diagnóstico epidemiológico e à patologia tropical.*
- b) — *Bacteriologia geral aplicada ao diagnóstico das enfermidades infecciosas do homem.*
- c) — *Paludologia, com noções de hematologia e protozoologia hemática.*
- d) — *Hematologia, parasitologia e entomologia, aplicadas ao diagnóstico epidemiológico.*

Em 1945 houve dois cursos no Instituto, sobre :

- a) — *Bacteriologia geral, aplicada ao diagnóstico das enfermidades do homem.*
- b) — *Paludologia, com noções de hematologia e protozoologia hemática.*

Em 1946 realizaram-se na então já denominada *Escola Nacional de Sanidade*, quatro cursos :

- a) — *Para diplomados de sanidade.*
- b) — *Sobre fundamentos técnicos de utilização dos insecticidas modernos na luta epidemiológica.*
- c) — *Bacteriologia geral aplicada ao diagnóstico das enfermidades infecciosas do homem.*
- d) — *Paludologia com noções de hematologia e protozoologia médica.*

Estes cursos dirigidos pelo Prof. Clavero, foram regidos pelo mesmo e pelos Prof. Palanca, Director Geral de Sanidade, Drs. Rodriguez Yllera, Perez Pardo, Lastra, Luengo, Nájera, Gonzalez Rodriguez, Lozano Morales, Lenzano Bermudez.

O curso destinado a *Diplomados em Sanidade*, regido pelos Drs. Clavero, Alvarez Sáiz de Aja, Vallejo Nájera, Laguna Rodriguez, Yllera, Gallardo, Luengo, Garmendia, Colomo, Vallejo de Simon, Folch, Ibañez, Carda, Gracián, Perez Pardo, Castrillo, Nájera Angulo, Socias, Lastra, Crespo Alvarez e outros, compoz-se das seguintes disciplinas :

<i>Higiene geral.</i>	15 Lições
<i>Estatística sanitária e demografia</i>	8 "
<i>Administração e Legislação sanitária</i>	9 "
<i>Microbiologia, sorologia e parasitologia sanitárias</i>	46 "
<i>Técnicas físicas e químicas de aplicações higiénico-sanitárias.</i>	27 "
<i>Doenças infecciosas.</i>	11 "
<i>Puericultura</i>	6 "
<i>Paludismo.</i>	4 "
<i>Luta contra as doenças de pele e sociais</i>	0 "

<i>Luta anti-tuberculosa</i>	6 Lições
<i>Luta contra as psicopatias e higiene mental</i>	0 "
<i>Luta anti-tracomatosa</i>	1 "
<i>Ampliação de bromatologia</i>	9 "
<i>Comprovação de medicamentos</i>	21 "
	e 13 aulas práticas
<i>Zoonoses transmissíveis</i>	25 Lições

Os programas destes cursos merecem leitura atenta, pela sua boa orientação e carácter prático.

* * *

Como vimos atrás, o Prof. Clavero considera a sua Escola ainda num período de experimentação.

Segundo o seu plano, de acordo com a Lei de Sanidade de 1944, a *Escola Nacional de Sanidade*, com sede em Madrid, superintende em todo o ensino e educação de sanitaristas, que podem estudar nos Institutos de Sanidade Provinciais, como os de Barcelona, Cádiz, Corunha, Granada, Las Palmas, Palma de Maiorca, Salamanca, Santander, Santa Cruz de Tenerife, Sevilha, Valhadolide, Valência, Biscaia, Saragoça e outros que a Direcção Geral de Sanidade venha a criar, dirigidos pelos respectivos Chefes provinciais de Sanidade, tomando sempre parte no ensino, nas cidades universitárias, os professores de Higiene das Faculdades de Medicina respectivas bem como os das Escolas de Farmácia e Veterinária, colaborando com o pessoal técnico dos Institutos de Higiene e dos laboratórios municipais. O ensino abrange a preparação de *oficiais sanitários*, cujo diploma exige curso feito na Escola de Madrid, como a *formação sanitária de especialistas médicos* para o *serviço da Sanidade Nacional* e o ensino de *Epidemiologia e Higiene Escolar* a *professores*; mas abrange também a preparação técnica dos *diplomados de sanidade*, a *instrução e formação de médicos especialistas de Higiene Escolar*, a *preparação do pessoal auxiliar sanitário especialmente de Instrutoras (visitadoras) sanitárias e agentes sanitários*, o aperfeiçoamento científico dos sanitaristas e a extensão cultural dos problemas desta natureza que exigem para a sua solução uma compreensão e activa colaboração das populações.

Estas últimas quatro atribuições podem ser desempenhadas pelos Institutos de Higiene Provinciais, mas para se obterem os títulos têm de fazer-se exames na Escola Nacional de Sanidade, na escola de Tisiologia, ou na Escola Nacional de Puericultura que pedagogicamente dele dependem.

A Escola Nacional de Sanidade tem a seu cargo, directamente, a direcção da luta anti-palúdica.

A 1.^a parte do curso, comum a médicos, farmacêuticos e veterinários, tem a duração de dois meses e meio. A parte especial para médicos leva mais um mês e meio, levando outro tanto cada um dos destinados, quer a farmacêuticos quer a veterinários.

O tempo total que levam os cursos destinados a *oficiais sanitários*, é de 17 meses, 8 destinados a lições teóricas e práticas, 3 a trabalho de campo em meio epidémico e 6 para preparação de teses, começando no dia 1 de Novembro de cada ano, com número limitado de alunos.

Para actualização de conhecimentos sanitários há cursos de aperfeiçoamento realizados em Madrid e nas capitais das Províncias, dirigidos pelos respectivos chefes de sanidade. No Hospital d'El-Rei já se realizaram 11 cursos de aperfeiçoamento sobre doenças infecciosas, do último dos quais, já realizado depois da minha visita, me foi dado o programa.

Procuramos dar uma ideia do que vimos e nos foi explicado durante a visita que fizemos à Escola Nacional de Sanidade.

Para melhor compreensão do assunto é indispensável ler os pormenores, estudando os programas dos diversos cursos ⁽¹⁾.

A preocupação de formar devidamente os sanitaristas, médicos, farmacêuticos e veterinários, e seus auxiliares, e manter todos em dia com os aperfeiçoamentos da técnica e da ciência, é manifesto, sendo tal acção da Direcção Geral de Sanidade realizada através da Escola Nacional de Sanidade, dela dependente, com a colaboração dos sanitaristas mais distintos dos diferentes serviços e da Faculdade de Medicina.

(1) Ver as memórias da Direcção Geral de Sanidade referentes aos anos de 1943 a 1946, o Programa Nacional dos Cursos Gerais de Aperfeiçoamento médico e sanitário, a Lei de Sanidade de 1944 e a Legislação, publicada na *Revista de Sanidade e Higiene Pública* e no *Boletim Oficial do Estado*.

Excelentes princípios e prometedoras experiências, demonstrando unidade de vistas largas e espírito progressivo, digno de admiração e exemplo não só para sanitaristas como para homens de Estado.

Direcção Geral de Sanidade

No dia 23, às 10 horas, fui recebido pelo Director Geral de Sanidade. O Dr. José Alberto Palanca y Martinez-Fortun, médico militar, professor catedrático de Higiene da Faculdade de Granada, formado em 1917, não ocupou a Direcção Geral pela primeira vez a seguir à Guerra Civil, pois já desempenhara essas funções antes da implantação da República.

Amigo dedicado do Generalíssimo Franco, tendo a confiança plena do Governo e em particular a do Ministro da Governação, D. Blaz Pérez González, cercado dum grupo de sanitaristas competentes e activos, alguns deles formados na América, sob o patrocínio da Fundação Rockefeller, o Dr. Palanca, competente, sabedor, dinâmico e enérgico, tem conseguido dar grande impulso aos serviços de saúde, desde que lhe foi confiado cargo de tanta responsabilidade.

O seu principal colaborador na Direcção Geral, o Dr. Benigno Garcia Castrillo, é um espírito de organizador metódico e experimentado.

A Direcção Geral está situada, como vimos, na Praça de Espanha, em edifício próprio.

O Dr. Palanca, ao tomar conta da Direcção Geral mostrou logo estar integrado no conceito moderno de Higiene, bem diferente do que limitava a acção dos sanitaristas às estufas de desinfecção quase simbólicas, em face do número de focos de infecção sobre os quais nenhuma acção exerciam; às quarentenas, tantas vezes feitas empiricamente, generalizando a todas as doenças o que só para uma ou outra estava demonstrado ser aplicável e desprezando vias de contágio que elas não atingiam; os cordões sanitários em que os soldados por vezes assistiam inconscientes ou colaboravam mesmo na transmissão do germe que simbólica e maveriticamente se julgava estarem a guardar; luta contra as grandes epidemias apenas com o auxílio dos técnicos, sem a colaboração consciente e activa sequer de muitas das autoridades, quanto mais das populações, de onde resultava que as resistên-

cias passivas, os sofismas e as mistificações tornavam inúteis grande parte dos esforços dos técnicos.

A *educação sanitária* das populações e, mais ainda, dos seus orientadores, para que as não desorientem; a preocupação de defender as futuras gerações do que os modernos e indiscutíveis princípios da genética demonstram que é prejudicial à *higiene da raça*; a *organização da higiene pré-natal, da puericultura e higiene da infância, da higiene industrial, da alimentação, mental e ocular*, particularmente no que diz respeito à *luta contra o tracoma*; da *luta contra a lepra, as doenças venéreas, o paludismo, etc.*; da *organização da luta nacional contra as epidemias*, no sentido quanto possível preventivo, nomeadamente pela defesa dos portos, fronteiras e transportes; a *investigação científica* referente à defesa da saúde pública, a *preparação e aferimento de soros, vacinas e medicamentos*; a *aquisição e distribuição de medicamentos de interesse público*, fundamental, como os anti-palúdicos; a *preparação de médicos sanitários, de instrutoras sanitárias* (visitadoras) e *enfermeiras* e outros agentes a empregar na defesa da saúde; o incremento e aperfeiçoamento de *engenharia sanitária*; a *inspecção dos estabelecimentos termais* e a *preparação dos médicos hidrologistas*, bem como dos *médicos de assistência domiciliária* e selecção dos mesmos, a *censura sanitária* da publicidade referente a medicamentos, tratamentos, anúncios profissionais, etc.; todos estes problemas como os referentes à luta contra a tuberculose, a que preside, como delegado do Ministro da Governação, o Director Geral de Sanidade, e ao funcionamento e prestígio do Conselho Nacional de Sanidade, a que preside pessoalmente todas as semanas o mesmo Ministro, são preocupações constantes do Dr. Palanca, que expressamente as referiu por isso no Prólogo da Memória da Direcção Geral de Sanidade de 1943.

A troca de impressões que tive com ele, com o Dr. Castriño, com o Prof. Clavero, com o Director da Escola Nacional de Instrutoras Sanitárias, Dr. Turégano, com o Director do Hospital d'El-Rei, Prof. Vallejo de Simon, com os Inspectores Provinciais de Sanidade das cidades que visitei a seguir a Madrid, até com pessoas não médicas com quem falei durante a viagem, confirmam essa orientação e o rumo decidido dado aos serviços sanitários pelo Dr. José Alberto Palanca.

Uma das suas primeiras preocupações foi a de conseguir uma nova Lei que regesse a Sanidade Nacional, pois a que ainda estava em vigor, datava de 1855, embora fosse actualizada em 1904 e 1925, neste último ano acrescentando-se-lhe regulamentos sanitários dos Estatutos Provincial e Municipal e posteriormente, durante a vigência da República, e exigia uma remodelação.

Essa remodelação, iniciada em 1942, por ocasião da primeira assembleia da Obra de Aperfeiçoamento Médico, pelo Ministro D. Blaz Pérez González, com a colaboração técnica do Dr. Palanca, fixou-se em 1944 na *Lei de Bases da Sanidade Nacional*.

Se a ideia de a realizar foi aprovada numa grande assembleia onde estavam reunidos médicos de toda a Espanha, a lei só foi levada às Cortes depois de apresentada a uma assembleia em que tomaram parte os chefes provinciais de Sanidade de Espanha, os decanos das Faculdades de Medicina, o Reitor da Universidade de Valência (por ser o único reitor médico de Espanha) representantes das Faculdades de Farmácia e Veterinária, o Fiscal da Habitação, representantes da Academia de Medicina de Madrid, do Ajuntamento de Madrid e da Deputação Provincial, em nome de todos os ajuntamentos e deputações de Espanha.

Esta assembleia selecta apresentou ao Ministro as suas observações, por escrito. O Conselho Nacional de Sanidade, tomou-os na devida consideração, como o Conselho de Ministros e só depois o projecto foi apresentado às Cortes, em 22 de Novembro de 1944, onde foi discutido e aprovado.

Não vem para aqui a análise da Lei de Sanidade Nacional de 1944.

Fixa ela com sobriedade os princípios que regem a Saúde Pública em Espanha e o papel do Estado e das diferentes entidades na sua administração.

Nos *serviços centrais* inclue seis grandes grupos, o dos *serviços gerais*, a *inspecção de centros e serviços*, as *lutas sanitárias*, os *serviços farmacêuticos*, a *sanidade veterinária* e os *serviços especiais*.

Reconheceu-se em Espanha a utilidade de, a par da sanidade pecuária, interessando à saúde dos animais, ser dada colaboração directa dos veterinários aos serviços de sanidade para defesa da saúde humana.

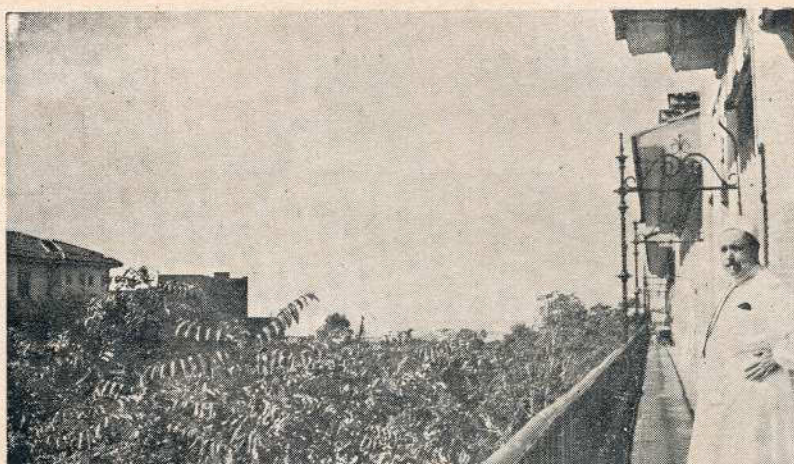
Evitam-se assim lutas estéreis de atribuições, indisciplinas e falta de unidade na acção da Direcção Geral de Sanidade com todas as consequências nefastas que delas resultam.

Como organismo consultivo existe, como vimos, um *Conselho Nacional de Sanidade*, presidido pelo Ministro da Governação, com a vice-presidência do Director Geral de Sanidade e tendo 11 secções, as de *Psiquiatria, Higiene da Alimentação, Higiene geral e epidemias, Farmácia, Veterinária, Tuberculose, Oncologia, Sanidade Infantil e Maternal, Lepra e doenças sexuais, Paludismo e Higiene Social e assuntos profissionais*.

Entre as *Instituições sanitárias centrais* contam-se a *Escola Nacional de Sanidade*, de que já nos ocupamos, o *Instituto de Hematologia* e os *Hospitais de Doenças Infecciosas*.

A luta contra as doenças infecciosas, a desinfecção e a desinsectação, a sanidade dos portos, fronteiras e transportes, o serviço de estatísticas sanitárias, a luta contra a tuberculose (apesar de estar especialmente encarregado desta o Patronato Nacional anti-tuberculoso), a luta contra o reumatismo e as cardiopatias, o paludismo, o tracoma, as enfermidades sexuais, lepra, dermatoses, cancro, sanidade maternal e infantil (embora diversas instituições tenham a seu cargo os vários aspectos do problema), a higiene mental, os serviços farmacêuticos, a sanidade veterinária, com o pessoal sanitário, técnico, administrativo e auxiliar, bem como os serviços de sanidade provinciais, auxiliados embora pelas deputações e mancomunidades, as instituições provinciais de sanidade, os centros secundários e primários de sanidade rural, a sanidade municipal, a higiene do trabalho, da educação física e dos desportos, a higiene da alimentação, as águas potáveis e o saneamento, as obras de engenharia e arquitectura sanitárias, a inspecção das habitações, a assistência médica em relação com o seguro na doença e propaganda sanitária, a inspecção dos balneários e águas minero-medicinais, a polícia sanitária mortuária e a organização profissional, de médicos, farmacêuticos e seus auxiliares, em todos estes assuntos superintende o Director Geral de Saúde, para lhes garantir unidade e uniformidade de critério administrativo e maior eficácia.

Para ouvir as opiniões e actualizar conhecimentos e técnicas têm sido organizadas reuniões nacionais de sanitaristas, a primeira das quais foi em 1943 em Madrid e a segunda em Barcelona



MADRID — O PROF. VALLEJO DE SIMON
 numa das varandas do Hospital del Rey
 (à esquerda vê-se, primeiro, um pavilhão do Hospital del Rey
 e mais longe a Escola de Instrutoras Sanitárias)

FIG. 16



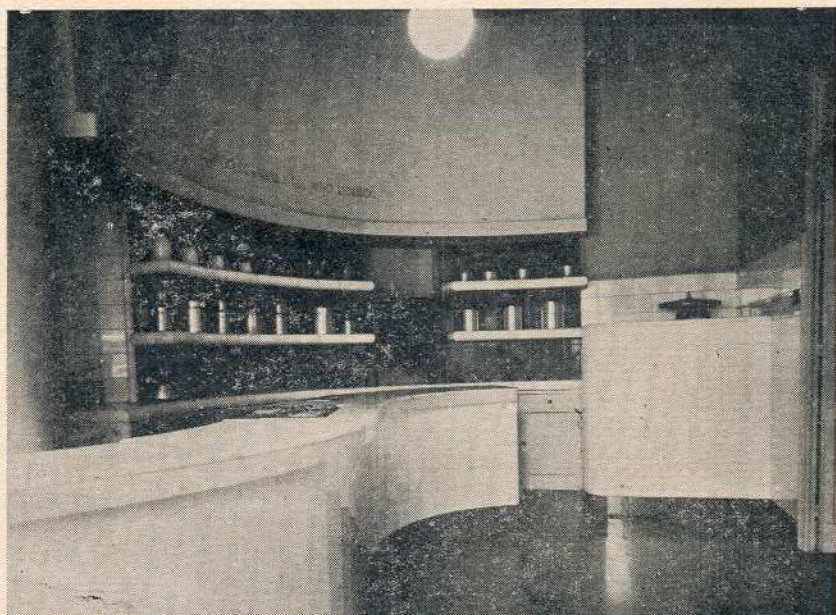
MADRID — O DIRECTOR DO HOSPITAL DEL REY
 PROF. VALLEJO DE SIMON E O DR. CALLAO

FIG. 17



INSTITUTO PROVINCIAL DE SANIDADE
DE BARCELONA

FIG. 18



INSTITUTO PROVINCIAL DE SANIDADE DE BARCELONA
Serviço de Puericultura. Cozinha dietética

FIG. 19

em 1947, onde têm sido versados assuntos de interesse sanitário geral, como de luta anti-palúdica, contra a poliomielite, bem como o estudo da técnica administrativa dos serviços de sanidade nacional, tudo orientado com horizontes de largas vistas e atendendo aos mais modernos ensinamentos, com a colaboração dos mais distintos sanitaristas espanhóis.

Unidade de vistas, apoio e compreensão governamental, contacto de serviços centrais com os sanitaristas de toda a Espanha, preparação atenta e cuidadosa dos médicos sanitários e seus auxiliares, boa colaboração com as deputações e municípios, etc. tudo se congrega para que a execução da nova lei sanitária coloque a Espanha num nível elevado nunca até hoje atingido, que as instituições e acção desenvolvidas ultimamente não permitem duvidar de que será alcançado.

No que em particular interessa à preparação de sanitaristas, os *Institutos Provinciais de Sanidade*, mantêm contacto permanente com a Escola Nacional de Sanidade, da qual recebem "normas e meios para chegar à unidade de técnicas e funções".

Cada Instituto Provincial é dirigido pelo *Chefe Provincial de Sanidade* respectivo e, nos termos da lei, "todos os serviços dos Institutos Provinciais de Sanidade que possam ser utilizados para o labor docente (sanidade exterior nas províncias marítimas ou fronteiriças, epidemiologia, análises higiénico-sanitárias, higiene infantil, escolar e maternologia, tuberculose, dermatologia e higiene social, veterinária, especialidades clínicas postas ao serviço das secções mencionadas, hematologia, saneamento e higiene da habitação, serviço de desinfecção e desinsectação, pavilhão de isolamento e lazareto, serviço de transporte de doentes, (serviços estes modificados segundo as necessidades sanitárias e capacidade económica de cada província) funcionarão de acordo com as Faculdades de Medicina, Farmácia e Veterinária. Os chefes dos serviços que correspondam a esta coordenação (os chefes de sanidade) serão nomeados professores agregados e, em ocasião de vagas, os catedráticos da assinatura da secção vaga passarão a ocupar os serviços pendentes de provisão, nos termos dos Regulamentos.

Esta disposição mostra bem o nível que está a ser dado actualmente aos serviços sanitários em Espanha.

A propósito dos Institutos Provinciais de Sanidade que visitei voltarei a ocupar-me do assunto com mais alguns pormenores.

Resta-me chamar a atenção para a utilidade de serem lidas as publicações feitas pela Direcção Geral de Sanidade, quer para relatar a sua acção, quer para vulgarização de conhecimentos, ⁽¹⁾ e agradecer ao Dr. José Alberto Palanca a gentileza e deferência com que me distinguiu, através das quais pude bem apreciar a consideração e carinho que os portugueses merecem aos espanhóis categorizados e responsáveis, consideração e carinho aliás observados por toda a parte sem excepção, em serviços oficiais, combóios, estabelecimentos comerciais, etc., da parte de pessoas de todas as camadas sociais e até sem excluir algumas, que excepcionalmente encontramos anti-governamentais, mas que nem por isso deixavam de mostrar admiração e respeito por Portugal, pelo seu Governo e pelos portugueses, atitude de correcção e unanimidade que não podemos deixar de registar neste lugar.

* * *

Depois de mais troca de impressões com os Drs. Palanca, Castrillo, Clavero, Cortezo e Lain Entralgo, e de procurar em vão encontrar-me com outras personalidades e obter informações bibliográficas e reunir alguns livros e dados para os outros estudos, a que me referirei na segunda parte deste relatório, quer em Madrid, quer em Toledo e Escorial, deixei Madrid na noite de 28, indo desde o dia 29 de Setembro até 7 de Outubro,

(1) *Ley de Bases de Sanidad Nacional, Memórias de la Dirección General de Sanidad de 1943, 1944, 1945, 1946. El niño español en el siglo XX, Programa Nacional de los Cursos generales de perfeccionamiento medico e sanitario, Trabajos del Hospital del Rey, La lucha anti-tuberculosa en España (1945-1946), Colonias infantiles, os "folhetos para medicos," sobre Quimioterapia del paludismo, Dermatologia rural, Diagnostico etiologico de la influenza, Criterio diagnostico en la leishmaniosis visceral mediterranea, Las leishmaniosis cutaneas, Lepra (investigación de las fuentes de contagio), Sarampion, (clinica, epidemiologia, profilaxia), Las tiñas, Ferran = su obra sanitaria, Perspectivas de la sanidad en España (ponencia general de la II Reunion Nacional de Sanitarios Españoles). Papel de la enfermera social en la lucha anti-venérea, folhetos de divulgação sobre Sifilis, Lucha contra el cancer, Instrucciones sobre la lepra, etc., subscritos por alguns dos mais ilustres sanitaristas espanhóis.*

a Barcelona, Monserrat, Gerona e Valência, voltando nos dias 8 e 9 a Madrid, de passagem para Granada, Cordova e Sevilla.

Em Madrid ainda troquei de novo impressões com os Drs. Palanca, Castrillo e Clavero, visitando no dia 9 a Escola de *Instructoras Sanitarias*.

Escola Nacional de Instrutoras Sanitárias

A Escola Nacional de Instrutoras Sanitárias, está situada a 7 quilómetros ao N. de Madrid, em Chamartin, junto da cerca do Hospital d'El-Rey.

Instalada em edifício próprio, vasto e moderno, construído antes da Guerra Civil, utilizado durante esta para hospital e para quartel sucessivamente, foi restaurado logo que cessaram as hostilidades, tendo começado a funcionar em 1941. ⁽¹⁾

A sua finalidade é formar o que entre nós se chamam *visitadoras sanitárias* com preparação polivalente.

Dirige-a o Dr. José Fernández-Turégano Martinez, que me recebeu com a maior gentileza, acompanhando-me na visita, dando-me todos os esclarecimentos e pondo à minha disposição programas, projectos e críticas aos resultados colhidos da experiência, pelo que lhe estou sinceramente reconhecido.

Assisti a parte duma aula regida pelo insigne historiógrafo Frei Justo de Urbel.

As instalações da Escola são confortáveis. O regime seguido é o de internato, sendo admitidas alunas de qualquer região de Espanha, em número de cerca de 50.

Vivem com elas na Escola a *Chefe de Escola*, a *Secretária* e a *Administradora*. Uma *Chefe de Estudos* assiste a todas as aulas, ao lado de cada professor, revendo os apontamentos, seguindo as instruções do Director, orientando as alunas, cuidando dos horários, organizando as práticas, etc.

⁽¹⁾ *Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias* (publicação da *Revista de Sanidade e Higiene Publica* — Março de 1943 — *Boletim Cultural e informativo do Consejo general de Colegios Medicos de España* (n.º 1 — 1945 — *Papel de la enfermera social en la lucha anti-venerea*, pelo Dr. José F. Turégano (Cap. da obra *Curso de Lucha antivenerea*, publicado pela *Jefatura Provincial de Sanidad de Madrid*, 1945.

Em virtude da pequena remuneração dada em Espanha às visitadoras, não tem havido a preocupação de se exigir das candidatas grande cultura, compensando-se mesmo a sua modesta preparação anterior com a ministração de conhecimentos de cultura geral; já na Escola, sobre *gramática e língua espanhola, literatura, geografia de Espanha e universal, ciências da natureza* (física, química, zoologia e botânica), *aritmética, história universal e de Espanha, arte e religião*.

As disciplinas pròpriamente do Curso são a *Higiene geral, a epidemiologia, estatística e demografia, higiene social, administração sanitária, alimentação, noções de anatomia, fisiologia, patologia e terapêutica, medicina e tuberculose*, além de aulas práticas, fazendo visitas, organizando e preenchendo fichas, colhendo produtos para análises, fazendo mesmo algumas mais simples, procedendo a vacinações, colheita de medidas antropométricas, técnica das reacções alérgicas, prática de injecções, preparação de dietas, técnica dos banhos, vestuário de crianças, limpeza, desinfecção, esterilização, desinsectação, etc., a par da propaganda sanitária.

Ao lado do curso geral há cursos especiais, como os de visitadora de puericultura, de luta anti-venérea e de tuberculose.

O conceito de *instructora sanitaria*, correspondente ao de *visitadora sanitária* é perfeito e o Dr. Turégano, como o Dr. Palanca, expõem-no clara e lúcidamente nas suas publicações e disposições legais e regulamentares.

Não é definitiva todavia a orientação da Escola, em face dos ensinamentos da experiência.

As primeiras visitadoras espanholas datam de 1932 ⁽¹⁾. A Escola funciona desde 1941.

O regime de internato tem dado excelentes resultados. A Senhora que superintende neste (Jefe de Escuela) e a que orienta o estudo (Jefe de estudios) têm demonstrado perfeita competência pedagógica e contribuído não só para a formação das alunas mas para o estudo da personalidade de cada uma, bem como das insuficiências da técnica seguida, de modo a introduzirem-se-lhe todos os anos aperfeiçoamentos.

(1) Boletim Cultural e Informativo do Consejo General de Colegios Medicos de España — n.º 1 — 1946.

Se à entrada foram sempre exigidas garantias de ordem moral, pessoal e familiar, bem como de saúde e robustez, apuradas por exame médico, o convívio no internato, uma vez admitidas, e a adopção dos métodos psico-técnicos, tem revelado ser insuficiente o exame de admissão feito pelo processo clássico das provas escritas e orais apenas.

A cultura reduzida não pode ser compensada com os estudos gerais instituídos desde o começo da Escola para a suprir, visto só poder ser eficaz se fosse mais longa, e fazer perder tempo necessário à instrução e educação técnicas.

É indispensável, por isso, segundo reconheceram e à semelhança do que se faz entre nós, recrutar as futuras visitadoras entre jovens senhoras habituadas, embora pobres, a convívio familiar de certo nível cultural e social.

É preciso que a remuneração, sem ter de ser exagerada, seja todavia suficiente, atraindo senhoras que actualmente seguem outras profissões.

Se a idade se pode manter, para a admissão, dos 20 aos 25 anos, e se todas devem ser solteiras, o estudo das *vocações* e do *equilíbrio nervoso* devem ser mais rigorosos, pois a vida de responsabilidades e mesmo de sacrifícios que é a de visitadora, não dispensa tais atributos. Consideradas em todos os países civilizados como agentes imprescindíveis na moderna luta a favor da puericultura e contra as endemias e epidemias, a tal ponto que o Dr. Palanca não duvidou em afirmar que "a grande conquista sanitária do nosso tempo foi a incorporação da mulher nas nossas tarefas", a sua acção seria bem modesta e de fraco rendimento se não fossem seleccionadas com rigor, sem contemporizações de qualquer ordem, quer antes, quer durante o curso, e se, uma vez colocadas, se transigisse com faltas e deficiências de ordem moral, sanitária ou técnica.

Ora para evitar desilusões, desistências ou demissões futuras, com as perturbações e tempo perdido consecutivos, é indispensável a selecção pré-escolar cuidada.

Com exames psico-técnicos, informações seguras, além dos exames médicos, que substituam os rápidos e contingentes exames escritos e orais clássicos, fazendo estágios que permitam convívio com pessoal pedagógico com qualidades e treino, ou associando os meios a utilizar, o que é indispensável é que a selecção seja de tal modo que se obtenha a maior eficácia e se

evite a perda de tempo. Os meios pedagógicos propriamente da Escola são por mais de um motivo modelares.

Os professores, as chefes de escola e de estudos, as instalações e o material pedagógico foram todos devidamente escolhidos. A situação da Escola, junto do Hospital das Doenças Infecto-contagiosas e do Hospital de Crianças dependente do Instituto Nacional de Puericultura e num bairro dos arredores da cidade onde habitam operários e trabalhadores rurais, permitindo o estudo dos problemas da habitação e social, com os defeitos ao mesmo tempo urbanos e rurais, presta-se a excelentes trabalhos práticos e treino, que são devidamente realizados.

A função ao mesmo tempo *educadora*, *informadora* e *conquistadora de lares*, que incumbe às visitadoras, junta à de *agente de ligação entre quem ministra e quem precisa* de auxílio económico, técnico ou de orientação, tem na *Escola Nacional de Instrutoras Sanitárias* de Madrid um ambiente de excepcional valor para se exercitar. A própria distância a que a Escola fica da cidade, se por um lado faz perder tempo e complica a vida dos professores por não estar devidamente organizado o serviço do seu transporte, por outro lado garante às alunas durante o próprio curso um estágio de valor excepcional, em meio profissional.

Os programas adoptados, aliás devidamente estudados, não são rígidos, modificando-se e aperfeiçoando-se de ano para ano conforme os ensinamentos da técnica e a preparação anterior diferente das alunas.

Colhi da minha visita uma excelente impressão de pedagogia viva, com perfeito conhecimento dos múltiplos aspectos do problema do serviço social moderno e da sua aplicação à defesa da saúde, dada a convicção, fundada na experiência espanhola, de acordo com a de todos os países, da ineficácia da acção dos médicos, os mais competentes, dos dispensários e outras instituições, os mais perfeitos, e de programas, os mais meticulosos, sem a intervenção oportuna, constante, nas circunstâncias mais inesperadas, das agentes do serviço social, as *instructoras sanitarias*, como se lhes chama em Espanha, as *Visitadoras sanitarias*, as *assistentes sanitarias*, como se denominam na maior parte dos países (1).

(1) Não vemos vantagens em se pôr de parte em Espanha a denominação internacional de *visitadora*, tanto mais que esta é menos uma instrutora que uma *educadora* e nesse sentido é ali tão racionalmente orientada.

Em última observação do Dr. Turégano e dos seus colaboradores está de acordo com a nossa experiência, a dos inconvenientes de especializar as visitadoras sem que possuam, todas elas, uma formação geral polivalente, o que, em Espanha, como em Portugal, quando se tenta, dá lugar a duplicações, à ida de várias visitadoras a uma dada casa, cada uma de sua especialidade, com critérios e qualidades pessoais diferentes, para a resolução de vários problemas individuais numa mesma família, quando é mais lógico e prestigioso ser feito, por uma só visitadora polivalente, bem formada, o estudo do núcleo familiar e das suas múltiplas necessidades, participando estas aos diversos serviços.

BARCELONA

Partindo de Madrid às 20 horas do dia 28 de Setembro, cheguei a Barcelona às 11,15 da manhã do dia seguinte.

Interessava-me principalmente a visita ao Instituto Nacional de Sanidade, já pela sua importância entre as instituições congêneres de Espanha, já pela importância da cidade e da província de Barcelona, já pelo prestígio especial do seu director, o Dr. Enrique Bardaji López, antigo Subsecretário de Estado da Saúde do Governo espanhol e um dos pioneiros da moderna orientação sanitária e médico-social, com brilhante folha de serviços iniciados na luta anti-sezonática.

Conheci o Dr. Bardaji em Lisboa, em 1928, no Congresso de Medicina, onde realizou uma conferência sobre a luta anti-sezonática que o impoz à consideração dos que ainda o não conheciam, confirmando para os outros o juízo que já dele faziam.

Velho amigo e admirador de Portugal e conhecedor perfeito dos seus problemas fundamentais, ⁽¹⁾ é tal o apreço em

⁽¹⁾ O Dr. Bardaji frequentou anos repetidos o nosso país. É digna de registo a calorosa admiração que ele, antigo Subsecretário dum governo republicano, com seu irmão, ministro do mesmo governo, em 1935, me manifestou pelo sr. Dr. Oliveira Salazar, lamentando que em vez de estar à frente dum país de 8 milhões de habitantes, não dirija um de 50 milhões.

Não menos digno de registo é o calor e admiração com que me falou do Dr. José Alberto de Faria, lamentando que tivesse deixado a Direcção Geral de Saúde, recordando a sua competência e o seu entusiasmo pelas

que é tido quer na Direcção Geral, quer entre os sanitaristas espanhois, com vários dos quais troquei impressões a seu respeito, que foi ele quem presidiu à segunda reunião nacional dos sanitaristas espanhois, realizada em Barcelona em Abril de 1947 e em que colaborou, com os Drs. Turégano, Ciriaco Laguna e Bartolomeu Benitez Franco, respectivamente directores da Escola Nacional de Instrutoras Sanitárias, e da Escola Nacional de Puericultura e Secretário Geral do Patronato Nacional anti-tuberculoso, na tese geral desse congresso sanitário, sobre as *Perspectivas da Sanidade em Espanha*.

Tendo colhido em Madrid os elementos essenciais sobre a organização do ensino dos sanitaristas e das visitadoras e sobre os serviços sanitários provinciais e seu funcionamento, interessava-me observar alguns desses serviços para colher deles ensinamentos.

Instituto Provincial de Sanidade

Visitei o *Instituto Provincial de Sanidade* no dia 30, percorrendo com o Dr. Bardaji todas as suas dependências, sobre as quais me deu pormenores de ordem técnica e administrativa.

Está situado no Salón Victor Pradera — 7, junto do Passeio de S. João e do Arco de Triunfo, ocupando um edificio próprio, de cinco pisos, em estilo moderno, sóbrio.

Está nele instalado, além da Direcção e administração, um *serviço de bacteriologia*, com laboratório, onde, com os serviços de análises e bacteriologia sanitária correntes, são preparadas vacinas contra o tifo exantemático, soro anti-diftérico e anti-tífico; outro de *química*, ocupando-se particularmente de *águas e bromatologia*; serviços de *epidemiologia, estatística, alimentação, inspecção dos centros de higiene rural, inspecção provincial de*

campanhas sanitárias que o levaram a visitar particularmente vários centros de luta anti-palúdica, dispensários, etc., de Espanha, demonstrando o seu profundo conhecimento dos mais modernos problemas e técnicas sanitárias. Ao despedir-se de mim disse-me, emocionado:

"Tengo por Faria más que admiración, cariño, por su corazon, una estima de hermano. El no puede creer el amigo que tiene aqui, tan lejos de su pais!

Un caballero siempre! „



INSTITUTO PROVINCIAL DE SANIDADE DE BARCELONA
Laboratório de preparação de vacina contra o tifo exantemático

FIG. 20



INSTITUTO PROVINCIAL DE SANIDADE DE BARCELONA
Laboratório de Química

FIG. 21



CENTRO PRIMÁRIO DE HIGIENE RURAL DE MANRESA
(BARCELONA)

FIG. 22



CENTRO SECUNDÁRIO DE HIGIENE RURAL DE IGUALADA
(BARCELONA)

FIG. 23

farmácia e de sanidade veterinária; dispensário de puericultura, (com cosinha dietética e aparelho de raios X); dispensário de higiene mental e de luta anti-venérea. Além destes diversos serviços, há o de propaganda sanitária, dirigido por um médico.

Nos serviços dependentes da *Jefatura Provincial de Sanidad* trabalham 11 médicos, 5 farmacêuticos, 4 veterinários, 6 enfermeiras, 8 visitadoras, (instrutoras sanitárias) além de pessoal administrativo e auxiliar, 6 motoristas, 3 desinfectadores e pessoal menor, ao todo cerca de 100 funcionários.

A despesa total, incluindo, além da dos serviços da sede do Instituto, as dos Centros de Saúde comarcais de Igualada e Vich e dos Centros primários de Caldas de Montbuy e Manresa, o laboratório de Villa Nueva e Geltrú, de Villafranca Pansdés, o dispensário anti-venéreo do Porto, estava orçada em 1947 em 2.222.447 pesetas.

Para custear estas despesas, de acordo com a Ordem de 25 de Setembro de 1946 e o Regulamento Económico-administrativo de 14 de Junho de 1935, a Mancomunidade Sanitária Provincial de Barcelona incluiu no orçamento 2 % de receitas em relação com as contribuições cobradas pelos 308 *ayuntamientos*, variando desde os máximos de 186.892 pesetas (Sabadell), 111.575 (Manresa) e 107.896 (Badalona) e os mínimos de 112 (San Jaime de Frontaña), 128 (Campina) e 130 pesetas (Granera).

Barcelona contribuiu com 295.803 pesetas, nos termos da Base 20 da Lei de Sanidade, referente a todas as cidades com mais de 100.000 habitantes.

Além da contribuição dos *ayuntamientos*, previu-se a receita de 200 mil pesetas de direitos sanitários, 5 mil de matrículas nos cursos e a de 10 mil eventual, nada se prevendo de subvenções da Direcção Geral de Sanidade e das Corporações provinciais e municipais, nenhum saldo havendo do ano anterior.

O Instituto Provincial de Sanidade de Barcelona tem de certo modo, por consequência, vida económica autónoma, sendo sustentado pelas receitas da Província.

É preciso notar-se todavia que este orçamento de 2.222.000 pesetas, que em 1948 deve atingir quase 3 milhões, não inclui as despesas com a luta contra a tuberculose, contra a mortalidade infantil, anti-venérea, etc., que constam do orçamento geral da Direcção Geral de Saúde.

O Instituto Provincial de Sanidade completa e em certos casos amplia na área da sua jurisdição o que é custeado pelo Estado, estimulando e auxiliando a criação de novos centros de saúde do tipo rural dependentes da iniciativa local, da compreensão dos municípios e cultura dos seus orientadores, entusiasmo dos médicos sanitários e especialistas de cada área, verbas disponíveis, edifícios aproveitáveis, adaptáveis ou a construir, etc.

A complexidade da organização de cada centro depende por outro lado também das possibilidades financeiras e da existência ou não de técnicos das diversas especialidades.

O Serviço Social assegura aos centros a organização de fichas sanitárias das famílias de cada área, de forma a surpreender precocemente qualquer surto epidémico e permitir uma intervenção oportuna e eficaz quanto possível.

Quanto às despesas feitas com as verbas cobradas na Província, 26 % são absorvidas pelo pessoal, 53 % em material, 11 % com a Escola de Puericultura.

Para a propaganda sanitária destinaram-se 15.000 pesetas, para a assistência de médicos aos cursos organizados pela Obra de Aperfeiçoamento médico, 50 mil, e para a II Reunião Nacional de Sanitaristas Espanhois, 60 mil.

O Dispensário de luta anti-tuberculosa, dependente do Patronato Nacional anti-tuberculoso, considerado o melhor de toda a Espanha ⁽¹⁾ está instalado independente, embora superintenda nele como delegado do Patronato o Chefe de Sanidade. O *Hospital de Nuestra Señora del Mar* é o destinado a doenças infecciosas, sendo no *Hospital de S. Lázaro* que se recolhem os leprosos.

No Instituto de Sanidade são feitos cursos de iniciação de sanitaristas (*cursillos*) com a duração de 3 meses, dando direito apenas a concorrer aos cursos da Escola Nacional de Sanidade de Madrid.

Eis a traços largos o que me foi dado apreciar e colher da visita que fiz ao Instituto Provincial de Sanidade de Barcelona, que me pareceu modelar, realizando, quer na cidade, quer nos

(1) Información sobre la lucha anti-tuberculosa en España y Memória correspondiente al año 1944 — pelo Dr. B. Benitez Franco — pág. 240.

centros de saúde de tipo rural já montados, aos quais se irão seguindo outros, as disposições da nova Lei de Sanidade, de tal modo que julgo da maior utilidade que alguns delegados de saúde portugueses façam um estágio em Barcelona. Não é estranho a esta impressão, além da sua competência sobejamente demonstrada, o entusiasmo pelas cousas sanitárias do Dr. Enrique Bardaji, mantido sem desfalecimentos à mais de 25 anos, através de tantas vicissitudes, septicismos e obstáculos e cujo *contágio* só pode ser útil, não só a sanitaristas espanhóis, como a portugueses.

Manifestou o Dr. Bardaji o desejo de me mostrar outro Instituto vizinho de Barcelona, para eu poder ver como o sistema expresso na lei e exemplificado no que dirige não é único, mas com orgânica semelhante, já toda a funcionar, nas instalações sucessivas das diversas Províncias.

Pensou primeiro em que visitássemos o de Tarragona. Estando porém ausente o seu Director, fomos visitar o de Gerona.

GERONA

Partidos de Barcelona às 11 da manhã, chegamos a Gerona às 13 h., tendo feito o percurso de 62 quilómetros de automóvel.

Esperava-nos o *Jefe Provincial de Sanidad*, Dr. Julio Orensan, formado em 1916, tendo tomado parte nos trabalhos do Office International d'Hygiène, com o Dr. Bardaji, lá conhecendo e ficando a admirar, como este último já há muito admirava, o Prof. Ricardo Jorge.

Instituto Provincial de Sanidade

O Instituto está situado fora da cidade, em local alto, de difícil acesso, fatigante para os que têm de o frequentar.

Fizemos esse reparo, ao que nos foi respondido não ter sido possível impedir que tal se fizesse.

Andará estranho à escolha do local, como já vi suceder em Portugal, embora sem influência decisiva, a ideia de que um dispensário, tal como um sanatório, tem de estar situado em local arejado e alto? Não me admira que tal sucedesse, o que só confirma a minha convicção de que a campanha de vulgarização

sanitária e de propaganda dos princípios que regem a moderna assistência médico-social e definição correcta das instituições tem de ser feita, por enquanto, menos entre as classes populares do que nos meios onde são recrutados os influentes e dirigentes, quer os das municipalidades, quer os administradores dos concelhos, os governadores civis, os deputados, os directores gerais e até por vezes ministros, para se evitar que, por mal esclarecidos mas influentes impeçam ou tornem estéreis iniciativas oportunas ou cometam ou sancionem erros, desprestigiando-se sem vantagem nem necessidade.

O edifício onde está instalado o Instituto, de construção recente, é amplo e sóbrio, bem apetrechado, tendo anexo um posto de desinfecção.

Tem a funcionar secções de *puericultura, pediatria, higiene pré-natal, venereologia, tuberculose, raios X, estatística, epidemiologia, análises químicas*, incluindo as *bromatológicas, análises bacteriológicas, sanidade veterinária, serviço social e de administração*.

Tem uma sala para aulas e conferências, destinada a iniciação de médicos sanitários e de futuras visitadoras que têm de ir frequentar a Escola Nacional de Sanidade e a de Instrutoras Sanitárias de Madrid.

A despesa anual está orçada em 450 pesetas.

Tem o Dr. Orensanz verificado que o serviço de distribuição de leite (lactário) é pouco frequentado, pensando por isso em utilizar a verba que lhe é destinada para criação dum serviço de transfusões de sangue.

O serviço em que o Dr. Orensanz considera ter obtido maior exito foi o de vacinação anti-diftérica, em que conseguiu a imunização de excepcional número de crianças, sendo muito frequentada também a anti-variólica.

Para vencer certas resistências às vacinações utilizou o Dr. Orensanz um pequeno estratagema que as circunstâncias de momento lhe ofereciam, o de fazer constar que quem não se vacinasse teria depois dificuldades no racionamento de géneros alimentícios...

A incompreensão das regras da moderna Medicina Preventiva por grande parte dos clínicos verifica-se na região de Gerona como, mais ou menos, por toda a parte, não sendo dos menores obstáculos criados à acção dos chefes de sanidade.

Às 18 e 30 regressamos a Barcelona, reconhecidos ao Dr. Orensanz, quer pelas suas gentilezas pessoais, quer pelos esclarecimentos que nos deu, que muito contribuíram para apreciarmos, no seu conjunto, os serviços sanitários provinciais espanhóis, cujo aperfeiçoamento e unificação está a ser compreendido de modo inteligente e intensivo, para prestígio do seu Governo.

No dia seguinte, 4, às 10 da manhã, deixei Barcelona, gratíssimo ao Dr. Enrique Bardaji pelas visitas que me proporcionou e pelos pormenores que me forneceu sobre os serviços a seu cargo que muito influíram no bom juízo que fiquei fazendo do impulso benéfico que, debaixo da orientação do Dr. Palanca, está a receber a Sanidade em Espanha.

Antes de deixar Barcelona avistei-me com o maior proveito, pelas valiosas observações que lhes ouvi durante trocas de impressões, o Prof. Barceló, da Faculdade de Medicina e o Dr. Lucena Raurich, decano da Assistência Municipal, com o primeiro a respeito do problema dos reumatismos e da organização da luta contra eles, assunto que o levou a passar alguns meses na América, donde acabou de regressar; com o segundo sobre aspectos vários do problema da assistência municipal. Sobre ambos os assuntos há muito que aprender em Barcelona.

VALÊNCIA

Partindo de Barcelona no combóio das 10 do dia 4 cheguei a Valência pouco depois do pôr do sol.

Instituto Provincial de Higiene de Valência

No dia seguinte visitei o *Instituto Provincial de Higiene*, situado na Calle Dr. Simarro, 39.

Está instalado em edifício próprio, de construção recente, dirigindo-o o Dr. Juan Durich Espuñez, sanitaria prestigioso, que conheceu e foi admirador do Prof. Ricardo Jorge.

O rez do chão do edifício é ocupado pelos serviços de luta anti-tuberculosa e anti-venérea, o primeiro com consultório, aparelho de raios X, laboratório privativo, salas para pneumotorax, para inecções, para arquivo, de espera, quirófano (nome sistemáticamente dado em Espanha às salas de operações) e suas depen-

dências; o serviço anti-venéreo tem igualmente salas de consulta, curativos, de arquivo, de espera e laboratório privativo, além de outras dependências. As meretrizes não são ali atendidas, mas sim noutro dispensário.

No 1.º andar estão os serviços de recepção, direcção, secretaria e arquivo geral, além dos de higiene pré-natal e puericultura, com as respectivas dependências.

No 2.º andar estão os laboratórios de química e bacteriologia e os serviços de epidemiologia, estatística, administração, de higiene escolar, oftalmologia, oto-rino-laringologia e odontologia, com as dependências correspondentes.

A orientação geral é a mesma de Barcelona e de todos os Institutos Provinciais, aproveitando os serviços de especialistas e outros médicos categorizados, bem como a colaboração de professores da Faculdade de Medicina e tendo instalado serviço social.

O Instituto funciona como dispensário polivalente, centralizando a luta contra as diversas epidemias e endemias, iniciando sanitarias que depois concorrem à inscrição na Escola Nacional de Sanidade e candidatas a Visitadoras, que vão cursar a Escola de Instrutoras Sanitárias.

Entre as endemias destaca-se na região de Valência a de sezonismo, o que exige particular acção nos centros de saúde rurais, bem como a de tracoma, esta última em via de intensificação metódica.

Da troca de palavras com o Dr. Durich colhi excelentes impressões sobre a sua competência e cultura especial e geral.

Por sua indicação, visitei na tarde do mesmo dia o Dispensário del Grao, no Porto, por assim dizer uma miniatura do Instituto Provincial, instalado em edificio próprio, (de construção moderna e sóbria, com secções de epidemiologia, higiene pré-natal, puericultura e pediatria, tuberculose, raios X, venereologia, odontologia, oto-rino-laringologia, oftalmologia, laboratório e dependências correspondentes, havendo também uma sala para isolamento de crianças, com caminhas em *boxes* envidraçados.

Este dispensário deixou-me muito boa impressão, parecendo-me digna de estudo a sua arquitectura ao serem planeados os edificios para bastantes das delegações de saúde portuguesas.

Em Valência visitei ainda, acompanhado do colega, Dr. Vicente Matteu y Lloppis, que foi para mim um cicerone inigualável de gentileza e boa vontade, a Maternidade dependente

dos Seguros Sociais, com 15 camas, tendo duas visitadoras, colaborando no serviço pré e post-natal e na puericultura, e o "Sanatório," do Instituto Nacional de Previdência, verdadeira maternidade e casa de saúde modelar, com instalações excelentes, 150 camas, quirófanos e todas as dependências necessárias. O edifício onde está instalado o Sanatório tinha sido construído pela classe médica local para Casa de Saúde, tomando conta dele e apetrechando-o convenientemente o Instituto de Previdência.

Tanto uma como outra instituições merecem visita atenta.

Na tarde do dia 7 parti para Madrid, por ter sido informado das dificuldades, demora e incómodo da viagem de Valência a Granada ou Cordova feita directamente. Em Madrid, como já disse, visitei no dia 8 o Prof. Clavero e no dia 9 os Drs. Palanca e Castrillo, a quem apresentei as minhas despedidas, visitando neste último dia a Escola de Instrutoras Sanitárias e saindo no combóio das 20 horas para Granada, onde cheguei no dia seguinte às 12, com duas horas de atraso.

GRANADA

Visitei em Granada, na manhã de 11, o Instituto Provincial de Higiene, um dos mais antigos de Espanha e onde o nome do Prof. Palanca, actual Director Geral de Sanidade e então catedrático da Faculdade de Medicina de Granada, é recordado com respeito e saudade, como pioneiro da moderna acção médico-social e sanidade, ali prestigioso há muito.

O pouco tempo de permanência em Granada, devido a dificuldades de ligação de combóios, agravada com o atraso da chegada e a necessidade de aproveitar o tempo para colher dados referentes ao Hospital de S. João de Deus, à vida do Santo português e aos antigos hospitais árabes, fez que só na manhã do dia 11, pouco antes da partida para Cordova, que foi às 10 horas, me fosse possível fazer a visita, desencontrando-me do seu director, o Dr. André López Prior, que se calculava estar a essa hora no vizinho Hospital de S. Lázaro.

Não pude por isso trocar impressões com ele, como desejava e tentara na véspera debalde, por ter perdido a oportunidade de o encontrar devido ao atraso do combóio, já referido.

Está instalado também em edifício próprio, tendo podido ver que o seu funcionamento segue as mesmas normas estabelecidas para todos os institutos congêneres espanhóis.

A viagem para Cordova durou das 10 às 18,45.

CORDOVA

Também em Cordova não consegui avistar-me com o Chefe de Sanidade, Dr. Cesar Sebastian, tendo-me recebido e dado todos os esclarecimentos o Sub-Chefe, Dr. Joaquim Iglezias Sanchez, com a maior gentileza e boa vontade.

Instituto Provincial de Higiene

O *Instituto Provincial de Higiene*, que visitei no dia 13 de manhã, está instalado na Calle Pérez de Castro — 3, numa casa antiga, acanhada e insuficiente, esperando-se a construção breve dum edifício próprio.

Embora em instalações acanhadas, deixou-me todavia boa impressão o seu trabalho, pela documentação epidemiológica, a referente a centros de saúde rurais, etc.

De resto a sua organização é a mesma que rege os Institutos de Barcelona, Valência, Granada e de toda a Espanha, como já vimos.

Na noite de 11 visitei uma Casa de Socorros da cidade, onde estava de serviço um dos 12 médicos que ali se revezam, auxiliados por 8 praticantes, um dos quais também estava de serviço, tipo de auxiliar do médico com cultura e categoria superiores à de enfermeiro.

Troquei impressões com ambos, que me esclareceram várias dúvidas.

No dia 13 às 17 horas parti para Sevilha, no comboio que ali chegou às 22.

SEVILHA

Instituto Provincial de Higiene

O *Instituto Provincial de Higiene* de Sevilha, está situado longe do centro da cidade, na Calle do Oriente — 91, em edifício próprio, construído para esse fim em terreno que permite o seu alargamento tendo sido inaugurado em Maio de 1946.



INSTITUTO PROVINCIAL DE SANIDADE DE VALÊNCIA

FIG. 24



DISPENSARIO DEL GRAO, NO PORTO DE VALÊNCIA

FIG. 25



SEVILHA — INSTITUTO PROVINCIAL DE SANIDADE

FIG. 26



TOLEDO — FACHADA DO HOSPITAL DE SANTA CRUZ

(SÉCULO XVI)

FIG. 27

Visitei-o na manhã de 15, tendo-me recebido o seu director, Chefe Provincial de Sanidade, Dr. Tomas Peset, que gentilmente me acompanhou e esclareceu pormenorizadamente.

As instalações do Instituto são por mais dum motivo modelares.

Conforme as disposições da Lei Sanitária de 1944 e à semelhança dos Institutos que já tinha visitado, além da direcção, administração e secretaria, e dos serviços de epidemiologia e estatística, tem nele instalado um dispensário polivalente, com secções de luta anti-tuberculosa, esta com serviço especial destinado a crianças, oftalmologia, com serviço especial anti-tracomatoso, ⁽¹⁾ oto-rino-laringologia, odontologia, dermatologia, venereologia, paludismo, pré natal, puericultura, pediatria, raios X, veterinária, análises químicas, bacteriologia, vacinações, com preparação de vacinas anti-tífica, anti-variólica e anti-rábica.

Entre as suas secções sobressai o Instituto de Puericultura, com a sua Escola Provincial de Puericultura, dirigidos pelo Prof. João Morales y Gonzalez, com quem troquei impressões e cujo prestígio e entusiasmo tive oportunidade de apreciar pessoalmente e pelo que dele me disse o Dr. Peset e outras pessoas.

As instalações do Instituto de Puericultura, em aperfeiçoamento aliás na ocasião da minha visita, em que havia obras no andar superior, merecem, como todas as dependências do Instituto de Sanidade uma visita atenta e demorada.

Resumo e conclusões

Depois de percorrer durante um mês algumas das mais importantes cidades de Espanha, ou sejam Madrid, Barcelona, Gerona, Valência, Granada, Cordova e Sevilha, e de visitar os respectivos Institutos Provinciais de Sanidade; de ter tomado

(1) São dignos de estudo especial os esforços ultimamente realizados em Espanha em matéria de Higiene ocular, particularmente no que respeita à luta contra o tracoma, especialmente intensa nas regiões da costa mediterrânea, tendo sido construído há pouco um edificio próprio em Aguilas (Murcia). Pelo conjunto dos serviços de higiene ocular espanhóis passaram em 1946 cerca de 92.000 doentes, entre os quais 35.785 tracomatosos e 36.806 com outras afecções contagiosas (Vid. *Memoria da D. G. S.* — 1946).

conhecimento em Madrid, na Direcção Geral de Sanidade, do plano geral de remodelação dos serviços de Saúde Pública e visitado atentamente o Hospital de doenças infecto-contagiosas, a Escola Nacional de Sanidade (onde se formam os médicos, veterinários e farmacêuticos sanitários) e a Escola de Instrutoras Sanitárias (onde se formam as visitadoras); depois de conferir os apontamentos do que vi e me disseram nos diversos serviços, com os relatórios oficiais e com as disposições legais, a primeira impressão de conjunto que tenho de registar é a de haver acordo entre o que li, relatado, e o que vi, facto que nem sempre se verifica em relatórios oficiais nos diversos países.

A segunda impressão, confirmando, explicando e reforçando esta, é a de se estar a desenvolver em Espanha uma notável actividade em benefício da Saúde Pública, obedecendo a um plano de conjunto, uniforme, mas sem excluir adaptação a circunstâncias locais, a oportunidades, a recursos financeiros e de pessoal técnico.

Essa actividade sanitária, iniciada anteriormente embora, intensificou-se deveras depois da Lei de Bases da Sanidade Nacional, aprovada em 1944, após ampla crítica e discussão, em que intervieram representantes das instituições universitárias, científicas e profissionais ou administrativas de maior categoria do país, colaborando inteligente e lealmente com a Direcção Geral de Saúde e o Conselho Nacional de Sanidade.

Uma das razões fundamentais do éxito que está a ter a efectivação do plano exposto na Lei de 1944, consiste na compreensão e apoio dado aos serviços sanitários pelo Ministro da Governação, pelo Governo e pelo próprio Chefe de Estado.

Outra razão está na colaboração que lhe dão as Faculdades de Medicina e na valorização destas pelos serviços de saúde.

Uma nota inteligente e prática é-nos dada pela centralização na Direcção Geral de Saúde de tudo o que interessa à defesa da saúde humana, com a superintendência do Director Geral, quer pertencendo a outros ministérios ou serviços (Serviços veterinários e da fiscalização farmacêutica), quer formando organismos especiais pela sua particular importância (luta anti-tuberculosa e puericultura).

Com efeito, em todos os Institutos Provinciais de Sanidade há secções de higiene veterinária e de farmácia, como a há anti-tuberculosa e de puericultura, nuns casos funcionando no

mesmo edifício, noutros em edifício independente, mas debaixo da direcção comum do Médico Chefe Provincial de Sanidade, evitando duplicações, despesas inúteis e rivalidades esterilizadoras.

O cuidado em aperfeiçoar a técnica pedagógica da formação dos sanitaristas, das visitadoras e outros auxiliares é manifesto.

O entusiasmo despertado pela remodelação e intensificação progressiva dos diferentes sectores é evidente.

O ensino dos sanitaristas médicos e seus auxiliares, iniciados nos institutos de sanidade das diversas províncias, exige a frequência duma escola central, única — a Escola Nacional de Sanidade.

Cada província tem seu Instituto de Sanidade, com funções múltiplas, a um tempo administrativas, técnicas, de luta contra epidemias e endemias, estatística, de salubridade, de polícia sanitária e pedagógica. Nem todos os Institutos têm já todas as secções a funcionar. Serviços há todavia que se encontram em quase todos, tais como o pré-natal, de *puericultura*, *pediatria*, *tuberculose*, *venereologia*, *veterinária*, *farmácia*, *análises químicas e bromatologia*, *bacteriologia*, com preparação de soro anti-diftérico, anti-tífico e anti-tifo exantemático (como no Instituto de Barcelona) de vacinações anti-variólica e anti-rábica (como no de Sevilha). A par destes serviços há, em alguns, outros especiais, como o de *higiene mental* (em Barcelona por exemplo) *hematologia* e de *transusão de sangue*, de *oto-rino-laringologia*, de *oftalmologia*, em especial para a *luta contra o tracoma* (Valência, Murcia e Sevilha, por exemplo) *odontologia*, *higiene escolar*, *anti-palúdica*, (Cáceres, Valência, por exemplo), *desinfecções*, *vulgarização sanitária*, e outros.

Quase todos os Institutos têm *aparelhos de raios X* e *quirófanos* (salas de operações), com material moderno, especialmente destinados à prática do pneumotorax, como há *salas de curativos*.

A investigação em matéria de sanidade, tem como centro a Escola Nacional de Sanidade e o Hospital del Rei, colaborando nela sanitaristas de qualquer dos Institutos.

A instalação dos centros de sanidade começou pelos da luta anti-palúdica por alturas de 1921, sendo dos primeiros os de Cáceres, Navalmoral e Granada, devendo-se grande expansão deste ao Dr. José Palanca.

Havia certos Institutos pertencentes aos *Ayuntamientos*, como o de Barcelona, que foram incluídos na organização geral e aperfeiçoados.

No Instituto de Sevilha há algumas camas para partos, como as há nalguns institutos para tuberculosos, destinadas a casos urgentes.

Está determinado que nos Institutos Provinciais de Sanidade haja habitação destinada aos respectivos directores, estando já instalado na sua o de Sevilha.

Os serviços funcionam habitualmente das 9 horas às 14.

Nos laboratórios de análises químicas e hematológicas, como nos de bacteriologia, trabalham indistintamente médicos e farmacêuticos e, em certos serviços, veterinários.

A propaganda sanitária na Direcção Geral de Sanidade e nos Institutos é dirigida por médicos.

Nos gabinetes de todos os médicos chefes Provinciais de Sanidade há crucifixos nas paredes, como nos postos de socorros de urgência, hábito aliás já antigo.

Na casa de socorros de Cordova o crucifixo manteve-se durante o período mais agudo de luta anti-clerical.

A atenção dada pelos estudantes de Medicina espanhois à cadeira de Higiene é reduzida, absorvida quase inteiramente com o estudo das clínicas.

Uma vez formados, como médicos, pouca importância dão em geral às obrigações sanitárias, sendo deficiente o modo como são feitas as participações de casos de doenças infecto-contagiosas, principalmente nos grandes centros.

A classe médica parece atravessar uma crise de desânimo e de falta de confiança, de onde resulta o enfraquecimento da deontologia e a falta de confiança nos "Colégios médicos", correspondentes à Ordem dos Médicos Portugueses.

Muitos e muitos ensinamentos se tiram duma visita aos serviços centrais de Saúde Pública de Espanha e aos Institutos Provinciais de Sanidade. A rapidez da visita que fiz não permitiu por certo pôr em destaque tudo o que o merece, apesar da atenção com que tudo vi e a todos escutei para evitar lapsos, insuficiências ou erros de observação ou interpretação. Por isso proponho, como conclusão do meu trabalho:

- I — Devem ser enviados a Madrid, Barcelona e Sevilha, cinco delegados de saúde para estagiarem um mês em cada um dos Institutos Provinciais de Sanidade e mais estabelecimentos sanitários destas cidades.

II — Os restantes delegados devem, cada um estagiar 15 dias no Instituto Provincial de Sanidade mais próximo da sede da sua Delegação.

III — Dois funcionários do serviço de defesa sanitária das fronteiras, portos e transportes, devem estagiar nos Institutos de Barcelona e Valência, em especial nos dos serviços dos respectivos portos.

IV — Deve estabelecer-se um intercâmbio entre os serviços sanitários de Portugal e Espanha, de modo a facilitar as visitas e os estágios dos sanitaristas dum país aos serviços do outro, o aperfeiçoamento dos respectivos serviços e o estudo dos problemas sanitários que interessam aos dois países.

II PARTE

Subsídios para a História da Assistência na Península

Não foi o simples *diletantismo* ou curiosidade literária que me levaram a querer averiguar em Espanha, aproveitando a oportunidade de ali ir estudar alguns aspectos de problemas sanitários, certos dados referentes à história dos hospitais, nomeadamente da sua arquitectura.

A história da Medicina não tem interesse cultural e especulativo apenas. Como todos os ramos da História, ela deve interessar-nos principalmente pelos ensinamentos que nos dá, para evitar que se repitam factos e procedimentos que se reconheceu serem errados há já algumas dezenas, centenas ou milhares de anos, ou se apresentem vaidosamente como novidades, coisas antiquíssimas mas esquecidas.

Na história dos hospitais há que apurar a sua origem, e dos seus fundos, a sua arquitectura, o seu pessoal, o seu funcionamento técnico e administrativo, com os erros, defeitos e parasitas que numa época ou outra nele existiram, para se aprender a prevê-los e evitá-los.

No momento em que em Portugal se está a proceder à remodelação e aperfeiçoamento dos hospitais há que estudar todos os aspectos dos problemas que lhes dizem respeito, sem exclusão do que incluye a lição de história.

Não basta estudar os hospitais modernos dos mais adiantados países, é indispensável compreender os aspectos vários que orientaram os que os planearam, os seus architectos, engenheiros, médicos, cirurgiões, enfermeiros e demais pessoal auxiliar, as suas administrações, etc.

A razão que levou em determinado país à construção e organização de hospitais, de certo modo pode ter sido ignorada pelos que noutros países os imitaram e tal razão ser precisamente

oposta, pelas especiais circunstâncias portuguesas, à que deve orientar a construção e organização hospitalar em Portugal.

O exemplo recente de certos edifícios públicos e particulares em que se foi escravo da fachada e da aparência, por ser a seguida em países progressivos da Europa ou da América, mas em que, por não se atender ao clima e até por má técnica da aplicação do cimento armado ou da escolha mesmo deste como material de construção; a ausência da noção da responsabilidade e a leviandade com que por vezes se tomam incumbências, obrigam a ser-se previdente e ponderado.

Está iniciada a execução dum plano hospitalar como nunca houve em toda a nossa história, nem será natural vir a realizar-se nos séculos mais próximos.

As gerações futuras não nos perdoarão se sacrificarmos à quantidade a qualidade dos hospitais a construir, podendo evitar-se certos erros.

Por isso é indispensável que, não uma apenas e sem ser especializada na matéria, mas várias pessoas, procurem averiguar o que a antiguidade nos legou de sensato em matéria de arquitectura e organização hospitalar, quer em Espanha, quer na França, Bélgica, Inglaterra, Alemanha, Suíça, Itália, Austria e Rússia, pois em todos há que aprender.

Grande parte dos elementos estão publicados, mas a falta dum bom serviço bibliográfico e de intercâmbio inteligente na matéria, impede o seu conhecimento.

Não é trabalho, repito, para uma só pessoa, mesmo especializada, nem para um só mês e visitando um só país, antes para uma *équipe*, depois dum plano prévio, seguindo com zelo e escrúpulo os caminhos previstos.

O ensaio que tentei em Espanha, nos intervalos de missão de maior interesse imediato para mim, apenas nos dá a indicação de *pistas* a seguir. Não me parece todavia que sejam inúteis.

*
* * *

Também no campo da assistência há muito que observar com proveito em Espanha na história contemporânea e na medieval. Dalguns factos e ensinamentos se esqueceram lamentavelmente os próprios espanhóis...

Visitando com atenção algumas cidades da vizinha Nação, colhe-se sem dificuldade a impressão nítida dum grande esforço colectivo, official, religioso e particular, para actualizar instituições e técnicas assistenciais, applicando-lhes os ensinamentos mais modernos da ciência e aproveitando as experiências mais perfeitas dos diferentes países.

São inúmeras as instituições de assistência espanholas. Não me foi possível (nem isso era meu intento) obter durante a minha permanência ali, um mês, dados estatísticos recentes, acompanhados dos respectivos esclarecimentos.

Os que já conhecia, antigos, segundo a organização de há um século, os que analisei em publicação official de há 30 anos, bem documentada, e o que observei directamente ou ouvi, mostram-me que a actividade beneficente espanhola tem há muito uma organização inteligente, embora nunca fosse considerada perfeita, e que inteligentemente se procura aperfeiçoá-la e actualizá-la.

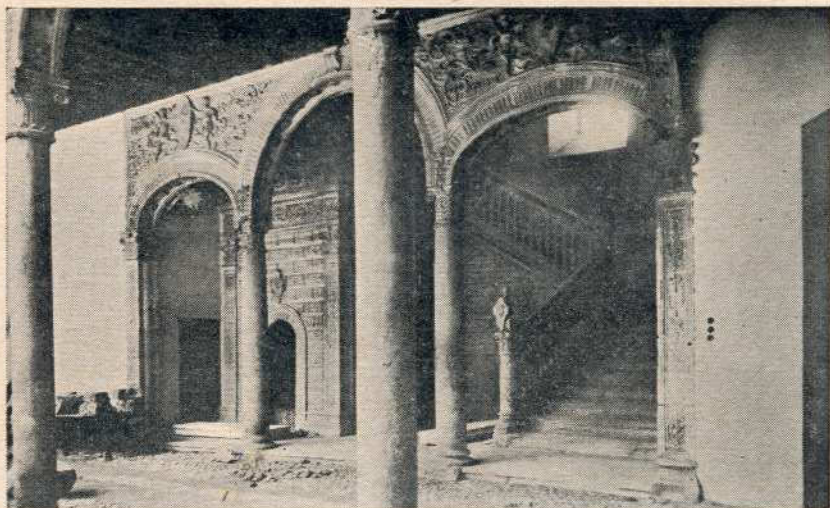
Em 1918 registavam-se 11.687 instituições, entre as quais hospitais, gerais ou especiais (oftalmológicos, de doenças mentais, infecciosas, particularmente para leprosos, tuberculosos, etc.), asilos, orfanatos, maternidades, refúgios maternais, mutualidades e cantinas maternais, casas de expostos, misericórdias, sanatórios, lactários, creches, albergues, casas de socorros, colégios, patronatos, cantinas escolares, colónias de férias, vestiários, parques infantis, asilos de cegos, concessão de dotes, lazaretos, leprosas, hospícios termas, etc. etc.

Entre os fundadores destas instituições só em 134 se contam instituições officiais: o Estado, em 15, as deputações provinciais, em outras 15, ou os *ayuntamentos*, nas restantes. A quase totalidade foram fundadas por religiosos ou instituições religiosas (santos, beatos, veneráveis, clérigos seculares ou regulares, comunidades religiosas, congregações, confrarias, irmandades, ou outros). Há-as que foram fundadas por reis (45) rainhas (22), nobres (242) militares (28), colectividades civis várias (240), ateneus (11), centros (10), círculos (8), juntas (15), patronatos (5), entidades e individualidades várias (240) e por agrupamentos diversos ou por subscrições públicas (56).



TOLEDO — UM DOS PÁTIOS DO HOSPITAL DE SANTA CRUZ

FIG. 28



TOLEDO — HOSPITAL DE SANTA CRUZ — ESCADARIA

FIG. 29



TOLEDO — PÁTIO BIPARTIDO DO HOSPITAL
DO CARDEAL TAVERA
(SÉCULO XVI)

FIG. 30



BARCELONA — HOSPITAL DE S. PAULO
(SÉCULO XVII)

FIG. 31

* * *

Através da história verifica-se que, principalmente a seguir ao século xv, se fundiram muitos hospitais em hospitais maiores. Não vem para aqui registar inúmeros dados, já reunidos, sobre hospitais antigos de Espanha.

O que me interessou foi obter dados bibliográficos, trocar impressões com pessoas competentes que me pudessem esclarecer, e visitar o que resta de alguns hospitais antigos.

Em Madrid pus-me em contacto com o Prof. Lain Entralgo, catedrático de História da Medicina da Faculdade de Medicina de Madrid, que, além de várias indicações, me ofereceu o seu estudo sobre o Hospital de S. Carlos da capital e me deu apresentação para dois eruditos de Barcelona, com um dos quais, o Dr. Cardoner, me pude avistar, como veremos.

Tentei em vão pôr-me em contacto com o Prof. Puigdollers, de Valência, cujos estudos sobre Juan Luis Vives, são valiosos, para ouvir a sua opinião a respeito da acção do grande humanista na reforma da Assistência em Espanha, o que não consegui por não se encontrar, segundo me informaram, em Madrid.

O Dr. José Maria Albareda, Secretário do Consejo Superior de Investigaciones, forneceu-me logo e enviou-me posteriormente vários ensinamentos, oferecendo-me um estudo sobre a história da Universidade de Alcalá de Henares.

Os dados que reuni permitiram-me poder comparar o que se passou em Espanha até ao fim do século xvi com o que se verificou em Portugal.

* * *

Vejamos quais os antigos hospitais cujos restos me foi dado visitar ou de que tive notícia e de algum modo podem interessar à história da Assistência em Portugal.

Hospital da Misericórdia — Fundado pela Princesa D. Joana, viúva do Príncipe D. João, irmã de Filipe II, mãe de D. Sebastião, junto do Convento das Descalças de Madrid, que ela também fundou.

A única referência que encontrei a esse hospital foi no livro de Jorge de S. Paulo, *História da Rainha D. Leonor e da fundação do Hospital das Caldas* (pág. 60). Sobre este hospital nada consegui averiguar mais.

Hospital de Santa Cruz, de Toledo, que visitei em 24 de Setembro, transformado em Museu de Arte e Arqueologia e muito danificado pela Guerra, visto ter sido ocupado pelas forças que atacaram o Alcázar.

O Hospital de Santa Cruz, de Toledo, foi mandado construir por Isabel a Católica, ficando terminado em 1514, devendo-se a iniciativa da sua criação ao Cardeal Mendoza, que obteve do Papa Alexandre VI bula autorizando-a, datada de Outubro de 1494. Falecendo porém três meses depois, não pôde o Cardeal realizar o seu intento, expresso entretanto claramente no testamento com que o favoreceu, destinando-o a crianças expostas.

O edifício, que se deve ao architecto Enrique Egas, que dirigiu ele próprio a execução da obra, é considerado uma das mais antigas construções em estilo plateresco. Tem a forma rectangular com a fachada principal, voltada ao S., com 50 m., a do N., com 45, a lateral do W com 60 m., a do E. com 70 m., por se prolongar além da linha da frontaria.

Interessou-me em especial a sua architectura por ser da época da do Hospital de Todos os Santos, de Lisboa. Tem dois pátios com arcos assentes sobre colunas. Os seus dormitórios, na primitiva, estavam dispostos, no rez do chão, em volta do cruzeiro da igreja, onde estava o altar-mór, permitindo que os internados e o pessoal assistissem à missa sem saírem dos dormitórios ou mesmo das suas camas. Os claustros são desiguais, um com $17,5 \times 20$ m. (o do S.) o outro, do N., com 15×16 m.

Sofreu o edifício várias transformações posteriores, sendo de desejar que, ao ser restaurado, como merece pelo seu valor artístico, seja quanto possível restituído à forma primitiva, pelo menos nas suas linhas gerais.

Hospital de S. João Baptista, *Hospital do Cardeal* ou *Hospital de Afuera*, este último nome devido a estar *extra-muros* da cidade, foi fundado pelo Cardeal Tavera, começando as obras em 1539 ou 1541, sob a direcção do architecto Bartolomeu de Bustamante, que as orientou até 1579, em que foi para a Com-

panhia de Jesus, e desde então até se terminar, em 1624, pelos mestres da Catedral, Hernan González de Lara e os Vergaras, pai e filho. O Cardeal não viu mais que o princípio das obras, visto ter falecido em 1545, tendo continuado a custeá-las seu sobrinho, o Marquês de Malagon e Conde de Villaloreso.

O Hospital ocupa um grande edifício com cerca de 80 m. de frente e 60 de fundo, tendo ao centro um amplo claustro, "partido", no meio por uma arcaria elegante idêntica à que cerca todo o claustro. O conjunto deste tem cerca de 50m. $\times$ 20, tendo o passadiço que o divide e o torna "partido", uns 8 m. de largo.

Do lado oposto à frontaria, ao centro, ergue-se a igreja que se prolonga 40 m. além da linha da fachada posterior do claustro.

A fachada do lado esquerdo do edifício, olhando a porta principal, prolonga-se também posteriormente, indo 45 m. além da linha traseira da maior parte do edifício, ficando essa fachada, exposta a W., com o total de cerca de 105 m.

É digno de visita o *claustro* e a *farmácia* do século xvi, admirável e raro exemplar da época, bem como o arquivo-biblioteca, em que são exibidos livros de contas do Hospital, dos séculos xvi e posteriores, encadernados em pergaminho devendo-se a valorização de tudo ao Prof. Marañón.

* * *

Qualquer dos dois hospitais que visitei em Toledo nos fornece elementos para melhor compreensão do que teria sido o Hospital de Todos os Santos, de Lisboa. O de S. João Baptista, como o nosso, figurava entre os mais notáveis hospitais da Europa, no século xvi.

O de Toledo, de S. João, ficou por acabar, não tendo na parte posterior sido construída a fachada E. e N., pelo que, dum lado a outro da igreja não chegaram a formar-se os dois claustros que estavam planeados.

Digno de nota é também o facto de existir um quadro no Hospital com um retrato a óleo que lá se crê ser de D. João II de Portugal.

Outros hospitais antigos havia em Toledo, de que só tive conhecimento após a minha visita e de que não restam senão ruínas ou foram completamente transformados: o de *Santo Antão*, fundado no século xiii pelo famoso Conde de Orgaz, D. Gonçalo

Ruiz de Toledo, amigo do Rei Fernando IV, e falecido em 1323, e o de S. *Lazaro*, destinado a leprosos e sarnentos, fundado no começo do século XV por João Sanchez de Greviñon, ambos situados fora de portas, perto do local onde está o Hospital do Cardeal Tavera. Além destes houve, no local do antigo picadeiro da Academia Militar, destruído durante a Guerra Civil, um hospital destinado a cativos, o de S. *Tiago*, fundado em 1175 pelo primeiro Mestre da Ordem Militar da mesma invocação, D. Pedro Fernandez de Fuente Almejir; o *Hospital del Rey*, cuja fundação parece remontar ao tempo de Afonso VIII ou Fernando, o Santo, superintendendo nele uma irmandade composta pelos homens mais categorizados de Toledo; o *Hospital da Misericórdia*, fundado nos meados do século XV por D. Guiomar de Menezes; o de *Santo Ildefonso*, destinado a regeneração de mulheres pobres, fundado em 1344; o de S. *Justo*, fundado no século XVI pelo Cardeal Quiroga para albergue de indigentes; além dos hospitais do *Balsamo*, dos *Peregrinos*, da *Conceição*, dos *Desamparados*, de S. *Pedro*, e o de *Santana*, fundados em diversas épocas que não consegui averiguar.

Hospital de Santa Cruz, de Barcelona. Visitei-o nos dias 29 e 30 de Setembro, neste último dia acompanhado pelo Dr. Felipe Mateu y Llopi, ilustre director da Biblioteca Central da Catalunha, actualmente instalada no edificio. Este foi começado a construir em 1401, sendo dado como terminado em 1415, embora o claustro tenha sido feito um pouco mais tarde, sob a direcção de Guilherme Abiell.

No Hospital de Santa Cruz fundiram-se quatro velhos hospitais de Barcelona, os de Guitart, Sant Maciá, Bernat Marcús e Pere Desvilar.

Este hospital sofreu um incêndio em 1638, sendo logo restaurada a parte incendiada. Funcionou até há pouco como hospital. A Biblioteca foi nele instalada depois de restauração inteligente, que nos mostra já duas vastas enfermarias góticas, com tecto de madeira, transformadas em salas de leitura e outras dependências.

Aqui registamos o nosso reconhecimento ao Dr. Mateu pela gentileza com que nos deu esclarecimentos valiosos, notas bibliográficas e apresentação para seu irmão, o Dr. Vicente Mateu y Llopi, que foi incansável em Valência, a mostrar-me tudo o que

naquela cidade tem interesse sanitário ou para a História da Assistência, poupando-me muito tempo e valorizando aquele de que dispunha.

Casa de Convalescentes, anexa ao Hospital de Santa Cruz, construída no século xvii, de 1629 a 1639, com o produto de vários legados, entre os quais se destacou o de Pan Ferran.

É digno de visita o claustro, tendo ao centro uma estátua de S. Paulo, erguida sobre uma cisterna.

Junto destes dois edifícios está a *Academia de Medicina de Barcelona*, funcionando no edifício, construído de 1762 a 1764, destinado a Colégio de Cirurgia, colégio cujas tradições foram notáveis, fundado em 1402 pelo Rei Martinho, ligado ao Hospital de Santa Cruz e equiparado pelo Papa Nicolau v ao Colégio de Tolosa.

Além dos dois hospitais que visitei, de Santa Cruz e de Convalescentes, havia na Idade Média outros na cidade ou extra-muros desta.

O mais antigo é anterior ao século xi, o d'En Guitart.

Entre os 10 citados pelos investigadores conta-se um destinado a cativos e outro a leprosos, o primeiro da invocação de Santa Eulália, padroeira da cidade (fundado em 1234), este último anterior ao século xii, com a invocação de Santa Margarida, e que então passou a denominar-se de S. Lázaro.

Já vimos que parte destes hospitais foram fundidos ao ser criado o Hospital de Santa Cruz em 1401. A fama deste tornou-se grande, acolhendo nas suas enfermarias, em cada uma das quais havia um altar, conforme o costume da época, doentes não só da Catalunha mas de toda a Península e mesmo estrangeiros, muitos deles homens do mar, que iam levar a sua fama aos respectivos países.

Mas não foi apenas em Barcelona que houve hospitais nessa época. Sabe-se da existência de hospitais em muitas localidades da Catalunha, como em Tarragona e arredores, Olesa de Bonesvalls, Espluga de Francolí, Vich, Lleida, Montblanch, dos quais restam ruínas ou documentos valiosos a respeito da sua arquitectura, e em Tortosa, Altafulla, Tossa de Mar, Calaf, Girona, Camprodon, Besalú e Manresa.

Havia-os destinados a leprosos, a atacados do Mal de Santo Antão, a quaisquer doentes, a cegos e a loucos,

como houve hospitais para pestosos e de sangue, em certas ocasiões.

O do Infante Pere, Conde de Prades, filho de Jaime II, começado em 1310, era um hospital-fortaleza, exigência devida aos ataques da época. Houve um onde parece ter havido o que modernamente se chamam *boxes*, talvez semelhantes aos existentes no Hospital de Tonerre, em França: foi o hospital de Terrodes, em Vich.

Montserrat — Além dos hospitais medievais de Barcelona e da Catalunha, interessava-me apurar o que diz respeito às Albergarias existentes próximo ou no caminho de Monserrat, visto ser um lugar de peregrinação medieval, muito visitado, ao que parece, pelos portugueses que se dirigiam por terra a Roma ou a Rocamador.

Visitei com essa intenção, apesar da chuva (foi um dos dois únicos dias de chuva durante toda a viagem) o histórico lugar de peregrinação, no dia 2 de Outubro.

Pude avaliar bem o sacrifício que representava subir ao santuário a cavalo ou a pé, depois duma viagem por vezes longa e penosa.

Apurei que se realizam peregrinações pelo menos desde o século XII e que era costume então abrigarem-se os peregrinos no claustro, sendo distribuído a todos pão, vinho, queijo e sal e tratados na enfermaria do mosteiro os que adoecessem.

Mas em virtude de aumentar a frequência foi necessário construir albergues para o maior número possível.

No tempo de Jaime II cresceu tanto o número de peregrinos que este tornou público o aviso de que não havia possibilidade, não só no mosteiro mas nas povoações próximas, de obter abastecimentos para tanta gente, pelo que cada um deveria levar géneros em abundância.

Actualmente, com as facilidades de transportes, funiculares, etc. a hospedagem está industrializada, limitando-se os frades beneditinos a receber as pessoas de suas próprias famílias e as visitas que se recebem em qualquer outro mosteiro.

Hospital Provincial de Valência — Visitei o Hospital Provincial de Valência no dia 7 de Outubro, acompanhado pelo colega Dr. Vicente Mateu y Llopis e pelo Dr. Arturo Zabala

López, professor da Faculdade de Direito e Arquivista-Bibliotecário da Deputação Provincial.

No Hospital de Valência, onde é feito o ensino clínico aos alunos da Faculdade de Medicina, o que me interessava era a sua origem histórica e o seu arquivo. A respeito de qualquer destes assuntos ninguém me poderia por certo esclarecer melhor do que aquele ilustre professor, que ordenou o arquivo do hospital e conhece bem a bibliografia referente à sua história.

Na cidade de Valência sabe-se que houve 14 hospitais anteriores ao século xv, 8 já existentes no século xiii, o de *S. Vicente, Martir*, para pobres e desvalidos, fundado pelo Rei Jaime i, o dos *Cavaleiros da Ordem de S. João*, para o qual o mesmo rei deu terreno, o de *S. Lázaro*, para leprosos, já existente em 1254, o de *San Guillem*, instituído por Guillem Escrivá, o de *Santo António*, dos padres antonianos, o de *Roncesvalles*, o dos religiosos da ordem do mesmo nome e o da *Rainha* ou de *Santa Lucia*, fundado por D. Constança, viúva do rei D. Pedro iii de Aragão, para doentes, órfãos e expostos.

Fundados no século xiv, havia os hospitais de *En Clapers*, fundado por Bernardo den Clapers, para pobres e necessitados, o de *Santa Maria* ou dos *Beguinos*, datado de 1334, fundado por Ramon Guillem Catalá, para albergue dos homens da Penitência, ou sejam os irmãos terceiros de S. Francisco, o dos *Sacerdotes pobres doentes*, fundado em 1356 pela confraria de *Nossa Senhora de La Seu* (da Sé) e o de *En Bou*, para pescadores pobres e doentes, fundado pelo mercador Pedro Bou em 1399.

Em 1409, estimulados por um sermão eloquente e caloroso do Padre Frei Juan Gilabert Jofré, da Ordem da Mercê, dez mercadores de Valência fundaram o *Espital dels Folls, Hospital de Nossa Senhora Santa Maria dos Inocentes*, considerado o primeiro manicómio existente na Europa, ⁽¹⁾ dando glória ao seu instigador que tem uma estátua no pátio de entrada do Hospital

(¹) É contestada essa prioridade, entre outros, por H. C. Burdett que cita o hospital de Bedlan, em Londres, que recebia alienados já antes de 1400. De resto em Granada houve um hospital onde se acolhiam loucos — o Maristan — fundado em 1375.

actual e foi desde sempre considerado como santo pelo povo, embora não tenha sido ainda canonizado.

Em 1512 o Hospital dos loucos foi transformado em *Hospital geral*, destinado a toda a espécie de doentes, continuando a admitir alienados e recolhendo também expostos, reunindo em si os bens de quatro hospitais antigos, o de *S. Vicente, Mártir*, o de *Santa Lucia*, o de *En Clapers* e o de *S. Lazaro*. Com o andar dos tempos foi progredindo, adquirindo a actual categoria.

É digno de estudo o seu arquivo, que reúne livros de contas desde o ano de 1414 ⁽¹⁾.

* * *

Visitei em Valência o Arquivo onde se guardam manuscritos preciosos em pergaminho, entre os quais um de Arnaldo de Vila Nova sobre águas minero-medicinais, com inúmeros desenhos, inéditos, e um exemplar do primeiro livro que saiu dos prelos de Espanha, de versos em louvor da Virgem, impresso em Valência em 1474.

João Luís Vives e a sua influência na Assistência

Além da visita ao Instituto Provincial de Sanidade e da averiguação dos elementos para a história dos hospitais antigos, outro assunto me levava a Valência, qual era o esclarecimento da influência que possa ter exercido o eminente valenciano João Luís Vives na remodelação da assistência em Espanha. Em Madrid procurara debalde, como já disse, por-me em contacto com o Prof. Mariano Puigdollers Oliver, catedrático da Universidade de Valência, vivista distinto e actualmente Director Geral dos Negócios Eclesiásticos do Ministério da Justiça, cujo livro sobre "A filosofia espanhola de Luís Vives," me interessara deveras.

Em Madrid, trocando impressões com os Profs. Dr. Lain Entralgo e Frei Justo Perez de Urbel; em Barcelona com os

(1) É curioso registar que num dos volumes do arquivo, referente a 1831, a propósito duma tourada realizada a favor do Hospital de Valência, está guardado um cartaz em que se fala duma *caballista: La Portuguesita*. Artista de Circo? Cavaleira tauromáquica? Não tivemos tempo de o apurar.

Drs. Felipe Mateu y Llopis e Cardoner; em Valência com os Profs. Corts Grau e Arturo Zabala López e com os Drs. João Durich, Manuel Dualde Serrano, o director do Arquivo Regional, Dr. Constantino Ballester Julbe e o director da Biblioteca da Universidade, Dr. José Maria Ibarra y Folgado; a todos pedi que me esclarecessem sobre tal influência de João Luís Vives.

Nenhum deles, tal como eu, tinha a ideia de que essa influência se houvesse exercido.

Com efeito, quando saiu a público, em Bruges, em 1524, o livro de Vives "O socorro dos pobres," (*De subventionem pauperum*) já a reforma da assistência, quer pela criação de hospitais grandes por fusão de pequenos hospitais anteriores, quer pela tendência para a administração laica, remodelação dos regulamentos antigos, para evitar abusos e parasitismos, construção de edifícios próprios, etc., tinha começado a ser executada havia mais de um século, em várias localidades de Espanha, antes de se iniciar em Portugal.

Essa influência, mesmo sobre outros países da Europa, parece ter sido até hoje pouco estudada em Espanha, pelas informações que colhi.

É natural ela ter-se exercido, embora as suas doutrinas, que reúnem as ideias greco-romanas sobre assistência e as consecutivas ao cristianismo, hajam sido transportadas para o campo das utopias, pelos teóricos da assistência da Revolução Francesa, como La Rochefoucauld Liancourt e os seus companheiros.

Não é aqui lugar para analisar esse problema.

Por mais dum motivo deve interessar aos portugueses o estudo da origem e evolução das instituições e ideias sobre assistência nos antigos reinos de Valência e Aragão, nomeadamente a anterior ao século xiv, pelo que pode ter influído no espírito da Rainha Santa Isabel, cuja acção foi tão notável nesse campo, como se sabe, e no do Infante D. Pedro, mais tarde, ao trazer para Portugal as suas impressões sobre o que estava a passar-se em matéria de administração pública nos diversos países da Europa, em particular nos hospitais onde se estava a procurar pôr termo a erros e parasitismos vários, prejudiciais aos pobres.

Hospitais de Granada — Uma das cidades onde esperava encontrar mais subsídios para a história dos antigos hospitais era Granada.

Sabia que havia ainda ruínas do velho hospital árabe, o *Maristan* ou *Hospital Real*, fundado em 1375 por Abd Allah, em frente do actual convento da Conceição; fora ali que o português João Cidade, ⁽¹⁾ de Montemor-o-Novo, o futuro S. João de Deus, desenvolveu a maior parte da sua acção, hospitalizando loucos e outros doentes, fundando um hospital e estimulando a criação duma ordem de hospitaleiros, cuja história a bem dos que sofrem é notabilíssima; existia finalmente em Granada o edificio do *Hospital Real* fundado pelos Reis Católicos. ⁽²⁾

Pude visitar este último, como a igreja de S. João de Deus, onde se guardam relíquias e o próprio corpo do Santo, o hospital que tem o seu nome, instalado no local do antigo mosteiro de S. Jerónimo, e a Casa dos Pisas, onde morreu.

Esperava contudo poder ser esclarecido por um dos médicos que melhor tem estudado a Medicina Árabe, o Professor Fidel Fernández, cuja obra me servira de guia. Tive porém logo ao chegar a triste notícia de que falecera há anos, ainda jovem, quando tanto havia a esperar das suas qualidades de inteligência e trabalho, para honra da Faculdade de Medicina de Granada, a cujo Corpo docente pertencia. Aqui deixamos estas palavras de sentimento à sua memória.

Para cúmulo, devido às actuais dificuldades de obter lugares nos combóios rápidos, só me foi possível estar 22 horas em Granada.

Há notícia de muitos hospitais antigos na cidade. Evidentemente, dado que foi tomada aos mouros em 1492, depois de a terem ocupado desde o século VIII, só há dados referentes a hospitais cristãos posteriores à reconquista.

Os hospitais mais antigos de que há notícia em Granada foram três árabes, a um dos quais, o *Maristan*, já nos referimos, fundado em 1375. Os reis católicos fundaram na cidade o

⁽¹⁾ João Ciudad Duarte lhe chama um autor granadino.

⁽²⁾ Sobre S. João de Deus veja-se o excelente livro de D. Raquel Jardim de Castro, Condessa de Nova Goa, recentemente reeditado.

Hospital para feridos, da *Alhambra*, o *Hospital Real* (1504) o de *S. Lazaro* (1514), o da *Encarnação ou de Santana* (1520) auxiliando o Arcebispo Frei Hernando de Talavera.

Em 1513 foi criada uma irmandade de cavaleiros que fundou o *Hospital da Caridade do Refugio*; outra irmandade, criada em Santa Fé durante o cerco de Granada, fundou o *Hospital de Corpus Christi*. Durante o século xvi existiu mais o *Hospital dos Mouriscos*, o de *S. Sebastião*, fundado por comerciantes, o de *Loucos e inocentes*, fundado por Carlos v, o actual *Hospital Militar*, o primitivo de *S. João de Deus*, fundado por este em 1537, no número 34 da rua de Lucena, o dos *Jerónimos*, fundado em 1520, ao qual se incorporou em 1552 o de *S. João de Deus*, o da *Misericórdia*, fundado em 1549 e o das *Navas*, fundado em 1572. No século xvii foram fundados o da *Tinha* ou da *Virgem do Pilar*, em 1662, o das *Angustias*, em 1664 além de outros, em Baza, Guadix, etc.

Hospital Real — fundado pelos Reis Católicos.

Visitei-o no dia 11 de Outubro. Está instalado hoje nele um hospício para loucos e um asilo de velhos, tendo no século xvi sido o centro de tratamento de doentes com o *mal francês*. A sua planta é em forma de cruz inscrita num quadrado de 70 metros de lado, tendo 4 pátios iguais. Os braços da cruz eram ocupados por enfermarias, estando no cruzeiro a capela disposta de tal modo que os doentes podiam assistir à missa sem sair das enfermarias.

É um edifício amplo e grandioso, todo de cantaria, que merece estudo demorado.

Hospital de S. João de Deus — ou *Hospital Provincial*. — Visitei-o no dia 11 igualmente. Situado no local do antigo mosteiro de S. Jerónimo. Junto dele é a igreja de S. João de Deus.

Num dos seus claustros vêem-se 34 quadros nas paredes representando cenas da vida do Santo Português, pintados por Diogo Sánchez Sarabia no segundo quartel do século xviii e em grande risco de se perderem, o que é lamentável, embora o seu valor artístico não seja grande.

Hospitais de Cordova — No dia 13 de Outubro visitei o Arquivo Provincial de Cordova, instalado no edifício do Ayuntamiento, onde o arquivista Dr. José Maria Rey Díaz me deu esclarecimentos sobre os antigos hospitais da cidade, oferecendo-me os números 41 a 44 do valioso *Boletim da Academia de Ciências, Belas Letras e Artes Nobres de Cordova*, de 1934 e 1935, com uma notável *Monografia historico-medica de los Hospitales de Cordova*, da autoria do Dr. Germán Saldaña Sicilia, catedrático da Escola de Veterinária desta cidade.

Este trabalho exaustivo de investigação histórica mostra-nos que desde que Fernando III, o Santo, tomou Cordova aos mouros em 1236, até hoje há notícia de ter havido na cidade 64 hospitais.

Do tempo da dominação árabe, embora seja absurdo admitir que não houvesse hospitais, sabendo-se como foi notável a Escola de Medicina que ali houve durante o Califado, há falta de documentos que demonstrem a sua existência, aliás admitida por historiógrafos de responsabilidades. Fala-se de ter havido 50 hospícios, e de os hospitais serem pequenos, mas cita-se um, como tendo sido de grandes dimensões, em cujo local foi depois fundado o hospital de S. Sebastião.

Saldaña diz-nos que houve 9 hospitais fundados durante o século XIII, 7 no século XIV, 17 no século XV, 15 no século XVI, 3 no século XVII, 1 no século XVIII, 3 no século XIX, 2 no século XX, e 7 em datas desconhecidas, dos quais 34 hospitais propriamente ditos, 14 asilos permanentes, 3 albergues temporários, 3 hospitais de peregrinos, 6 hospitais-asilos para crianças e 11 de destino desconhecido ou inclassificáveis.

Entre os títulos ou patronos dos diversos hospitais contavam-se os de Santa Maria de las Huertas, S. Bartolomeu e Santo Ildefonso, Santo Antão, Santo Antonio Abade, da Lampada, de Burgos, de S. Lazaro, de Afogados, de S. Sebastião, de S. Braz, Santíssima Trindade, Nossa Senhora das Hortas ou Rocamador, da Misericórdia, S. José e Madalena, Precioso Sangue de Cristo, S. Acíscolo e Santa Vitória, Nossa Senhora da Consolação, Nossa Senhora da Candelária, S. Zoilo, Santa Maria dos Órfãos, dos Rios, S. Simão e S. Judas, S. Salvador, Guadalupe, Jesus Cristo, Santa Brígida, S. Bartolomeu, Omnium Sanctorum, de Cegos, Santo André (Bom Sucesso) dos Desamparados, de Santa Quitéria, da Caridade, Santa Catarina, Jesus Crucificado,

de Antão Cabrera, Santo Eloi, S. Bartolomeu (Porta de Ricón), Corpus Christi e Santa Lucia, Nossa Senhora da Assunção, S. Sebastião em Sanlloreinte, da Coroação, Santiago, S. Bartolomeu e a Madalena, Nossa Senhora de Vila Viçosa, Santo André (Conde de Gavia), de Convalescentes de S. Jeronimo, de S. Bartolomeu (Letrados), S. Julião, S. João e S. Jacinto, S. Bartolomeu e Jesus Nazareno, de Convalescentes de S. Francisco, da Misericórdia, do Cardeal (actual Provincial ou dos Agudos), Hospício ou Casa de Misericórdia, Casa central de expostos, Casa de Maternidade, Cruz Vermelha, Militar, de S. Martinho, do Menino Perdido, Nossa Senhora das Naves e S. Domingos de Silos, de S. Matias, de S. Bento, Nossa Senhora de Linares e Santo Antão e de S. Mateus.

Como se vê havia muitos com invocações semelhantes em Portugal.

Muitos elementos fornece o estudo do Prof. Saldaña, para melhor compreensão de certos aspectos da história dos velhos hospitais portugueses, como esta por certo os fornece para esclarecimento de dúvidas no estudo da dos espanhóis.

Durante a minha rápida visita a Cordova, estive no *Hospital Provincial ou do Cardeal Salazar*, na *Capela de S. Bartolomeu* e no *Hospital de S. Sebastião ou de S. Jacinto*, onde actualmente está instalado o Hospício de Expostos e visitei o que resta do *Hospital de Santa Caridade de Nosso Senhor Jesus Cristo* em cujo edifício está instalado o Museu de Pinturas.

Hospital das Cinco Chagas, de Sevilha ou Hospital de la Sangre — Visitei-o no dia 15 de Outubro. É um edifício amplo, construído entre 1546 e 1559, pelo primeiro Marquês de Tarifa, D. Fradique Enriquez de Rivera, para cumprir os desejos de sua mãe, D. Catarina de Rivera, que em 1500 o instituiu, com bula do Papa Alexandre vi.

Hospital da Caridade — Visitei-o no dia 15, percorrendo, além do pátio "partido", no género do de Toledo, do Cardeal, algumas enfermarias. Foi fundado em 1664, como Hospício, Albergue para peregrinos e Hospital para incuráveis e velhos, por D. Miguel de Mañara Vicentelo de Leca, que a tradição aponta como um dos modelos de D. João Tenório, cujo corpo está enterrado à porta da igreja de S. Jorge do Hospital,

tendo uma lápide que diz: *Aquí jaz o peor homem que houve no mundo*, e a quem foi feito um monumento em bronze pela vida de admirável caridade para com os pobres que levou depois de deixar a que lhe deu triste celebridade.

O Hospital pertence à *Irmandade de Santa Caridade*, fundada em 1568, sendo aprovada pelo Ordinário dez anos depois.

A irmandade primitiva exerceu a sua actividade com zelo e fervor até 1610, em que começou a esmorecer a sua acção, que voltou a intensificar-se apenas em 1630, "em cujo tempo voltaram a tomar calor aquelas cinzas geladas da primitiva", como diz no introito da nova Regra D. Miguel Mañara, que a apresentou para aprovação superior. Esta regra, em 50 capítulos, é uma síntese admirável da caridade cristã, devendo um exemplar à oferta do Prof. João Morales, a quem aqui fica registado o meu reconhecimento.

A crítica moderna tem contestado a tradição de ter sido D. Miguel Mañara o D. João da lenda. Seja como fôr, a segunda parte da sua vida foi tão notável pela caridade que praticou e incitou, com exito, os outros a praticarem, que são raros os que se lhe podem comparar. Nascido em 1627, casou em 1648, foi um marido exemplar, enviuvando em 1662 e recolhendo-se então num convento onde "fez confissão geral, implorando as luzes do céu". Não sentindo vocação para a vida conventual desistiu de ali ficar, começando logo a sua acção caritativa com tal fervor, dando para os pobres toda a sua fortuna, mendigando para eles, transportando ao colo para o hospital os que não podiam ir por seu pé, tratando-os, etc., que foi eleito em 1663 irmão mór da Irmandade da Santa Caridade, cargo que desempenhou até morrer com 52 anos, em 1679, tendo determinado o lugar da sua sepultura à porta da igreja para que todos o pisassem, sem indicação de nome nem de dignidade alguma, sendo nobre, e tendo apenas inscritas as palavras de humildade atrás referidas, expressamente indicadas por ele.

Não me foi possível averiguar em Sevilha a existência de antigas instituições, além destas, nem compreender bem durante a minha visita certos aspectos das próprias instituições que visitei.

Ora são notáveis as tradições de Sevilha em matéria de Assistência.

A mais antiga notícia que obtivemos a respeito de hospitais refere-se à fundação duma gafaria, onde S. Fernando fez internar

os leprosos logo que tomou a cidade em 1248, há precisamente 7 séculos. Fermin Iglesias diz-nos que Afonso o Sábio ordenou a seu filho D. Sancho que fundasse uma *Malateria* em Sevilha.

É positivo que do tempo de Afonso o Sábio data a criação da Ordem de S. Lazaro nos bispados de Cadiz e Sevilha.

A origem do Hospital de S. Bernardo, dos velhos, remonta a 1395. Em 1436, Marco Sancho de Contreras, fundou o Hospital de S. Cósme e S. Damião, destinado a loucos, que, ao que parece, já eram hospitalizados desde o tempo de S. Fernando.

O actual Asilo de Mendicidade de S. Fernando foi instalado no edifício onde anteriormente esteve um hospital, existente já em 1453 (Morales — *El pasado, el presente y el porvenir de la puericultura sevillana*), onde inicialmente foi instalado o Hospital das Cinco Chagas e onde foi o Hospital das Boubas (José Gestoso y Pérez).

Em 1500 o comerciante João Eloi Sorret fundou um Hospício (Morales) destinado a crianças com mais de 6 anos. A primeira "Casa Cuna", ou "Inclusa", destinada a crianças com menos de 6 anos, existente em Sevilha estava anexa à Santo Casa Hospital do Patriarca S. José, no Convento de S. Paula no século XVI (Morales). Deve-se à iniciativa do Arcebispo D. Fernando Valdes, funcionando desde 1558 como Casa de expostos.

Em 1666 foi fundado o *Hospital Provincial do Santíssimo Cristo das Dores*, por iniciativa de duas freiras franciscanas, hospital conhecido pelo povo com o nome de *Poço Santo* ⁽¹⁾.

O actual Hospital Provincial tem a sua origem numa instituição criada em 1450 com o nome de Niños de la Doctrina, destinada a proteger órfãos.

Nos tempos modernos é digna de registo a criação da primeira *creche* de que há memória, de tipo fabril, funcionando na Fábrica de Tabacos, que em 1620 funcionava em S. Pedro e já em 1728 ocupava o actual edifício. Essa creche é pois anterior à que Marbeau fundou em Paris, seguindo o modelo de Madame Pastoret, até hoje considerada a mais antiga do mundo.

(1) Uma dessas freiras, Madre Marta de Jesus Carrillo, fundou em Granada um *Hospital de convalescentes* e outro, para peregrinos e doentes, no Bispado de Salamanca.

Revela-nos a existência desta *creche* o Prof. João Morales, como nos dá conta da existência dum *lactario*, fundado em 1890, antes de Budin ter fundado os que se julgava serem os mais antigos, em 1891, e de Dufour, de Fécamp, ter criado a sua *gôta de leite*, em 1894.

* * *

Não terminarei sem registar uma nota curiosa referente à fundação do Hospital das Cinco Chagas.

Quando em 1535 D. Fradique Enriques de Rivera, para cumprir os desejos de sua mãe, encarregou de orientar a construção do hospital os priores dos mosteiros da Cartuxa, de S. Jerónimo e Santo Isidoro del Campo, já escolhidos por ela para esse fim, assente o local da edificação, em frente da Porta de Macarena, encarregaram estes um famoso architecto, Rodriguez Cumplido, de executar a obra, recomendando-lhe expressamente *que visitasse antes os melhores hospitais existentes em Espanha e Portugal*, e obtivesse cópia das plantas dos mesmos, o que mostra que a fama dos hospitais portugueses (e o de Todos os Santos de Lisboa teve-a em toda a Europa) era grande.

* * *

Muitos elementos, além dos referidos, colhemos durante a visita a Espanha a respeito da história da assistência e em particular dos hospitais.

Outros me restam para procurar, como os que dizem respeito aos hospitais de Burgos, Valladolid, Roncesvalles, S. Tiago de Compostela e Salamanca.

* * *

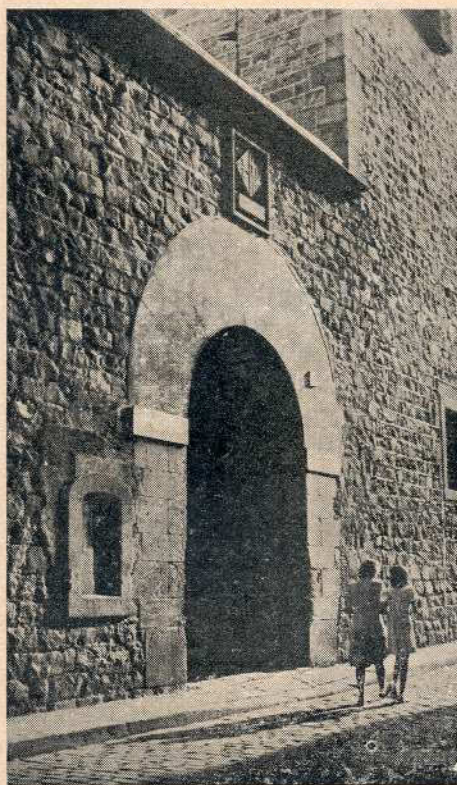
Não dei por mal empregado o tempo e dou-me por feliz por ter tido a sorte de encontrar tantos, tão cultos e tão generosos informadores como aqueles que refiro.

Não se deduza porém que o não dar o meu tempo por perdido significa que não podia ainda aproveitá-lo melhor.



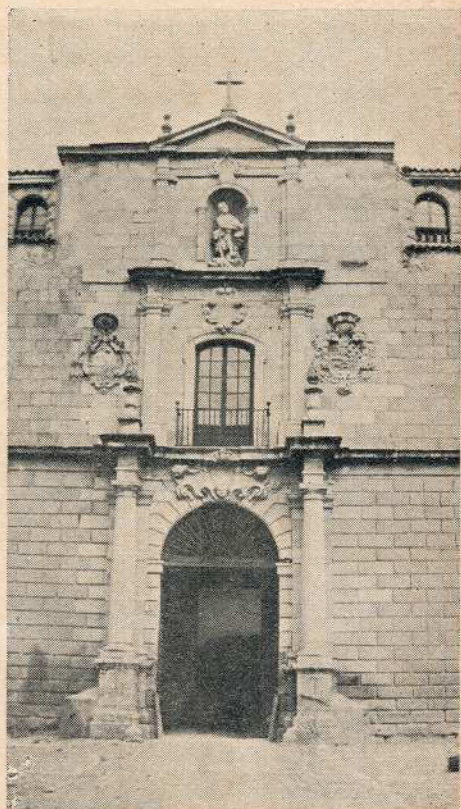
BARCELONA — PÁTIO DO HOSPITAL DE CONVALESCENTES
(SÉCULO XVII)

FIG. 32



BARCELONA -- PORTA DE ENTRADA
DO HOSPITAL DE SANTA CRUZ
(SÉCULO XV)

FIG. 33



GRANADA — HOSPITAL REAL
(SÉCULO XVI)

FIG. 34



GRANADA — HOSPITAL DE S. JOÃO DE DEUS
(FACHADA)

FIG. 35



GRANADA — PÁTIO INTERIOR DO HOSPITAL
DE S. JOÃO DE DEUS

(SÉCULO XVII)

FIG. 36

Com excepção dos 6 de Barcelona, os clichés são do Autor.

Vários critérios têm sido seguidos pelos que vão ao estrangeiro em visitas de estudo.

Há os que apenas vão procurar maravilhas e em tudo as vêem, com uma espécie de prazer masoquista de maldizer o que é português.

Mas há os que, pelo contrário, só procuram os defeitos, processo clássico de se mostrar inteligência e saber, seguido antigamente por certos professores preguiçosos e autoritários. Calcule-se o que apuraria sobre Portugal ou qualquer das instituições portuguesas — a mais perfeita — um estrangeiro que apenas ouvisse os profissionais da maledicência, os despeitados, os ambiciosos ou os punidos por faltas pelos que depreciam...

Há os hiper-críticos, desdenhando de tudo, método seguido por muitos vaidosos ou também pelos preguiçosos, que querem justificar a pouca conta que dão do tempo e subsídios gastos em missões oficiais.

Há os que involuntariamente só vêem o que lhes deixam ver, colhendo por isso apenas verdades oficiais, nem sempre condizendo com as verdades reais.

Há os que só vêem o que é da sua especialidade, cuja importância hipertrofiam, não se interessando ou desdenhando tudo o mais, apesar de ser fácil e lógico observá-lo, sem distrair a atenção dos assuntos fundamentais, preferindo distraí-la apenas em cousas turísticas ou artísticas.

Há os que vão cheios de boa vontade e de boa fé, com o desejo de aproveitar e aprender o mais possível, mas que pouco aproveitam por não irem preparados para colher o maior número de dados em pouco tempo.

Há em compensação os que apenas vão para passear e divertir-se, sem vontade nem prazer de aproveitar o que exija qualquer esforço, mas querem convencer os outros de que, se o não fizeram, foi por estarem a profundar os estudos da sua especialidade, o que não sucede, limitando-se com frequência a contar as intrigas das instituições e bagatelas semelhantes.

Há os que vão oficialmente para um fim e realmente para outro, em que gastam o principal tempo e esforço, destinado a valorizar pessoalmente e profissionalmente as suas pessoas.

Há finalmente os que se preparam o melhor que podem, que vêem e procuram profundar o mais possível os assuntos que principalmente os lá levam, sem deixarem todavia de apreciar

tudo o que surge e possa ser apreendido sem perda de tempo que prejudique o fim principal, nem fadiga de maior. Foi o que procurei fazer, sem todavia ter conseguido ir tão preparado como desejava, por falta de dados e de tempo, e sem ter a pretensão de não ter perdido algumas oportunidades, por as não ter previsto. Uma preocupação tive constantemente, a de só afirmar o que objectivamente pude observar e comprovar, comparando-o com o que vi em relatórios e publicações, fugindo a fantasias, a interpretações erradas ou a exageros.

Não deixei de ouvir desabaços, má lingua, narrativas de faltas deontológicas, comentários políticos e religiosos, tudo o que, em verdade, me pareceu de pouco interesse para aqui referir.

A minha preocupação foi a de procurar o que quer que fosse que em Espanha fosse digno de apreço e admiração, quer para aumentar os meus conhecimentos, quer para apontar como exemplo.

Vi muito que me mereceu louvores e admiração. Estou contente por isso. Não o estaria se só visse cousas censuráveis ou banais. As gentilezas com que me cumularam não modificaram absolutamente nada o meu critério, nem o meu espírito de justiça. Quem me conhece sabe bem que sou intransigente com mentiras, exageros e cousas inconfessáveis.

Lisboa, 28 de Fevereiro de 1948.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

Curso de Medicina Sanitária de 1947

Aprovados pelo Sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social os programas e plano sobre que foi ouvido em 2 de Novembro de 1946 o Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, nos termos do Decreto n.º 36.050, de 18 de Dezembro seguinte (Ver páginas 235 e 294 do I Vol. do Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge) foi aberta a matrícula no Curso de Medicina Sanitária, que funcionaria, por ordem superior, apenas em Lisboa, durante o ano escolar de 1946-1947.

As aulas começaram no dia 3 de Fevereiro, tendo decorrido com toda a regularidade até 9 de Julho, prolongando-se os estágios e outros trabalhos até Outubro.

Os *horários* foram organizados de modo a permitirem aos alunos a frequência concomitante do Curso de Medicina Tropical e o aproveitamento de alguns serviços hospitalares. Salvo dois dias por semana em que durante algum tempo as aulas de Epidemiologia e Técnica de profilaxia foram dadas à noite, as aulas funcionaram das 8 às 11 horas.

Assisti pessoalmente a quase todas as aulas, o que, a par do prazer de ver confirmar em todos os professores do Curso a competência e qualidades pedagógicas que já neles conhecia, me permitiu estudar, de acordo com os mesmos, o melhor modo de evitar repetições inúteis e de obter unidade pedagógica ao conjunto.

Inscreveram-se no curso 55 alunos, 49 médicos, 5 veterinários e 1 engenheiro, perdendo o ano por faltas 8, devido a motivos vários.

Na classificação final não interveio apenas o conjunto de conhecimentos revelados nos exames, mas diversos outros factores de apreciação, entre os quais a assiduidade e pontualidade.

É cómodo julgar um aluno apenas pelas respostas que dá nos exames do fim do ano.

Num simples ano lectivo, porém, não é possível a respeito de muitos, fazer juízo só pelos exames, embora haja provas teóricas, práticas e escritas.

Os tímidos, os pouco faladores, os que têm pouco brilho na exposição, os nervosos, etc., sem já falar nos fatigados (alguns deles precisamente vítimas do sistema tradicional do estudo por atacado no fim do ano) a cada passo são suplantados por alunos por mais dum motivo inferiores a eles.

Para mitigar, na medida do possível, as causas de erro de juízo, só evitáveis em cursos que demorem vários anos, procurei apreciar os alunos durante o ano, observando-os atentamente e sujeitando-os a várias provas.

Independentemente das aulas teóricas e das práticas, das demonstrações e das visitas, houve sessões de estudo e todos os alunos fizeram estágio de 10 dias nos serviços do Dispensário de Alcântara, outros tantos no Centro de Saúde e 5 na Secretaria da Delegação de Saúde de Lisboa, elaborando cada um sua monografia sobre um assunto de interesse sanitário.

Na disciplina de Higiene e Assistência Social fizeram um exercício de frequência.

Esse conjunto permitiu ir julgando a pouco e pouco todos, atendendo à *assiduidade, pontualidade, atenção, inteligência, desembaraço* demonstrado nas discussões e *argumentação*, nas sessões de estudo, *interesse, ponderação*, conjunto das qualidades, sem excluir a *calma* e o *tacto*; ao *relatório dos estágios* e ao *valor das monografias*.

A classificação destas, por sua vez, segundo um critério já consagrado, assentou na análise do seu *plano, clareza deste, conhecimentos revelados, documentação* apresentada, *forma, trabalho pessoal* exigido, *utilidade prática, apresentação e bibliografia*.

Foi por esta série de provas que formei juízo dos alunos, não hesitando em os admitir todos a exame.

As notas que lhes dei na minha disciplina não corresponderam por isso apenas às que poderiam deduzir-se das provas escritas

e orais, antes dependeram do conjunto de impressões, confirmadas depois, na maior parte dos casos, pelas provas dos exames.

Pela comparação das notas que dei com as finais, obtidas nos termos do Decreto N.º 36.050, pela média das notas dadas por cada membro do juri, verifica-se que as que dera e eu próprio rectifiquei durante os exames, em face das provas, apenas foram superiores em 20 % às finais.

Do Juri, a que presidi, fizeram parte os professores Drs. Arruda Furtado, Couto Nogueira, Carvalho Dias e Bernardino de Pinho.

Comparando as classificações que dei com as alcançadas nas Faculdades de Medicina, Escola Superior de Medicina Veterinária e Instituto Superior Técnico, verifica-se que em 80 % as minhas foram igualmente inferiores ou iguais.

Não posso pois ser acusado de benévolo, tanto mais que nem sempre coincidiu nos mesmos alunos a subida ou descida das notas obtidas, como se vê em parte no seguinte quadro:

Classificação	Durante o ano	Final	No Curso universitário
12 valores	3	1	1
13 »	4	7	11
14 »	12	19	13
15 »	16	15	12
16 »	6	4	8
17 »	5	—	—
18 »	—	—	1

O interesse dos alunos pelo Curso foi manifesto. Dos 14,5% que perderam o ano por faltas devidas a motivos vários, quase todos tiveram também oportunidade de manifestar o seu interesse, tendo-se visto obrigados a desistir por motivos ponderosos, sendo 5 médicos e 2 veterinários.

Dos médicos, um abandonou o Curso antes de as aulas estarem a meio, indo fazer exame ao Porto, onde havia requerido inscrição anteriormente, obtendo classificação igual às dos mais classificados por nós no exame final (16 valores).

Faltou às provas um médico veterinário admitido a exame.

Houve 9 alunos, médicos, que tiveram de fazer algum serviço militar durante o Curso, sendo-lhes as faltas anuladas por satisfazerem a todos os estágios e terem apresentado os relatórios e monografias, sendo curioso registar que durante o ano as suas classificações foram de 14 em 1, de 15 em 3 e de 16 em 5 e no exame foram de 14 em 3, de 15 em 5 e de 16 em 1.

A orientação do Curso teve um carácter essencialmente prático.

Reconhecida a impossibilidade da prática laboratorial correcta e útil num Curso Geral de Higiene Pública, como é o actual Curso de Medicina Sanitária, prática só possível quando sejam criados outros graus de ensino, aliás já projectados, foi esta de algum modo substituída por demonstrações de análises bromatológicas e bacteriológicas sobre assuntos correntes, conforme o programa.

Em sessões de estudo foram postos aos alunos problemas sanitários, para discussão livre e esclarecimento de dúvidas, discussões que decorreram sempre com elevação, disciplina e correcção, apesar de vivas, quando o assunto ou os argumentos o exigiam, não se tendo perdido a ocasião de entre as matérias apresentadas se terem posto as que envolvem as questões deontológicas mais importantes.

Os 10 dias de estágio no Dispensário de Alcântara e Centro de Saúde, descritos nos respectivos relatórios, proporcionaram a todos a assistência às consultas de pediatria, puericultura, higiene pré-natal, doenças infecto-contagiosas, vacinações, radiologia, que no Dispensário de Alcântara tem organizado de modo exemplar o recenseamento torácico, odontologia, só existente no Centro de Saúde, a enfermagem de Saúde Pública, e o Serviço Social.

As impressões colhidas por todos os alunos justificam o aproveitamento destes dois Centros de Medicina Social do Estado para neles se iniciarem os alunos do Curso de Medicina Sanitária, registando neste lugar os nossos agradecimentos aos respectivos directores, Srs. Drs. D. Fernando de Lancastre e Prof. João Maia de Loureiro e a todos os seus colaboradores pelas facilidades e boa vontade com que nos deram tão importante colaboração.

O funcionário da Delegação de Saúde de Lisboa, sr. Barbosa Dias, bem como o Subdelegado de Saúde de Setúbal, Sr. Dr. José Ferreira Fialho, puseram todos os alunos ao facto dos diversos serviços correntes numa delegação e subdelegação de saúde,

como os de atestados, resolução de reclamações de ordem sanitária, exames, organização de mapas, estatísticas, etc.

O Sr. Dr. Henrique Jorge Niny acompanhou os alunos a visitas a prédios insalubres, a edifícios modernos em construção e à Repartição de Obras da Câmara Municipal, onde, com a colaboração dos engenheiros e architectos que ali prestam serviço, lhes foram mostrados projectos e feita a respectiva crítica.

O Sr. Dr. Bernardino de Pinho acompanhou-os a uma visita à Estação de tratamento de águas de Lisboa, de Campolide, e ao Aqueduto das Águas Livres, entre esta Estação e o Depósito das Amoreiras.

O Sr. Dr. Carvalho Dias, acompanhou-os ao Serviço de Sanidade Marítima.

Outras visitas fez entretanto o Curso: ao Hospital do Rego, acompanhado pelo Dr. Moura Monteiro, aos Dispensários de Higiene Social da Praça do Brasil e do Parque Sanitário, ao Instituto Português de Oncologia, às obras do respectivo Hospital e do novo Hospital Escolar, à Estação de Fomento Pecuário, ao Laboratório de Patologia Veterinária, ao Parque Vacinogénico, e ao Mercado de Arroios.

Nas visitas aos serviços de Medicina Veterinária e ao Mercado foram os médicos esclarecidos pelos condiscípulos veterinários.

Deixamos aqui expresso o nosso agradecimento aos directores e colaboradores de todos os serviços visitados, pelas facilidades concedidas e esclarecimentos dados, devido aos quais as visitas, que acompanhei quase todas, foram da maior utilidade para a formação do espírito dos futuros sanitaristas.

* * *

Damos agora os títulos das monografias apresentadas:

O problema da profilaxia da loucura na Ilha da Madeira

— Gualberto João Baptista Caldeira.

Elementos para a Topografia Médica de Sousel — Arquimínio

Rogério Simões Eliseu.

Profilaxia das doenças venéreas nas toleradas — Alberto de Oliveira.

Nota prévia sobre vulgarização em Higiene — Hugo Heitor da Silva Gomes.

- Luta anti-tuberculosa num concelho* — António de Almeida André Gomes.
- O problema da cegueira* — Miguel Alberto da Costa.
- Educação sexual na criança* — Rui Gastão Alcântara de Melo.
- Elementos para a Topografia Médica do Sabugal* — Joaquim Gerardo Pinção Crujo e Raul Francisco Xambre Bento.
- De que se morre no Ribatejo* — Renato Simões Gameiro.
- A raiva* — António Óscar Carmona Rodrigues.
- O vermelho do bacalhau salgado* — António de Oliveira Torres Botelho.
- Bruceloses* — Mário Júlio de Oliveira Teixeira.
- Bioquímica das águas residuais* — José Falagueiro Pinto Fonseca.
- Elementos para a Topografia Médica de Alvito* — Francisco Martins Serpa Castelo Rodrigues.
- Alguns aspectos médico-sociais da tuberculose em Portugal e em especial no concelho de Silves* — José Ventura Duarte.
- Elementos para a Topografia Médica de Almada* — Horácio da Silva Louro e José da Costa.
- Algumas considerações sobre a prostituição. Inspeção das toleradas em Lisboa* — Hernani Alberto da Guerra Judice.
- Elementos para a Topografia Médica de Alenquer* — Manuel Camelier Neuparth Vieira.
- Alguns aspectos da Medicina Escolar em Portugal* — Júlio Duarte de Sousa Calça.
- Algumas notas sobre o Dispensário de Higiene Social da Praça do Brasil* — Fernando Piteira Vaz de Barros.
- O sezonismo em Alcácer do Sal* — Fernando António Pacheco Melo Franco.
- O trabalho industrial da mulher. Sua importância na mortalidade infantil* — Agostinho Martins Nunes.
- Instituições de Assistência do Ribatejo* — César Levy Marques Guimarães.
- Elementos para a Topografia Médica de Porto de Mós* — Joaquim Marques Elias.
- Elementos para a Topografia Médica de Santa Marta de Penaguião* — José Guilherme Correia de Mesquita.
- Saúde Escolar nos Liceus* — Artur Manuel Lino Ferreira.
- Aspecto geral dos serviços médico-sociais na Colónia de Angola* — Vergílio Óscar Nobre Monteiro.

- Pensamento e acção dum centro médico-social* — Eugénio José Ascensão Ribeiro Rosa.
- Considerações e notas sobre a Profilaxia das doenças venéreas* — Gabriel de Sousa Morais.
- Luta anti-sezonática em Benavente* — Manuel Joaquim Lopes Ferreira.
- Mortalidade infantil na cidade de Castelo Branco* — Alfredo da Silva.
- Alguns aspectos da tuberculose* — Manuel António da Costa de Matos.
- Características médico-sociais da tuberculose* — Nuno Alvaro Barata de Oliveira e Carmo Botelho de Medeiros.
- Educação e Higiene mental infantil* — Aníbal de Vasconcelos Esteves.
- Profilaxia da sífilis* — David Veloso de Vasconcelos e Horta.
- Dos óbitos no concelho de Sabrosa* — António Júlio da Silva Monteiro e António Augusto Varejão Castelo Branco e Sousa.
- O problema da prostituição em Lisboa* — Orlando Gomes da Silva.
- Higiene Escolar* — Vicente Rocha.
- Profilaxia das doenças da primeira infância* — Rui Ferreira Pinto Carmo.
- Alcoolismo e doenças mentais* — João Manuel Fragoso Mendes.
- Sociologia e assistência social. Importância do seu conhecimento pelos sanitaristas* — Armando de Mendia Deillot Estrela.
- A ventilação nos carros eléctricos* — Francisco Maria de Melo Aires de Abreu.

O conjunto destas 42 monografias, de diverso valor e volume, indo de 4 a 118 páginas, com o total de 1050 páginas do formato vulgar, entrelinhado, de papel dactilografado, demonstra da parte do Curso um esforço deveras apreciável, tornando-se para a maior parte dos alunos um treino de incontestável utilidade.

A maioria delas foram elaboradas na Biblioteca do Instituto, para o que foi preciso adquirir várias obras que não existiam ali.

Quase todas obrigaram à colheita de dados estatísticos e à crítica do valor destes. Quatro dos trabalhos tinham de 4

a 10 páginas; 19, de 11 a 20; 2, de 21 a 30; 6, de 31 a 40; 3, de 41 a 50; 4, de 51 a 60 e um 118 páginas.

Atendendo ao critério atrás citado, independente, é claro, do número de páginas, foram classificados:

7 com 10 valores	7 » 13 valores	7 » 16 valores
7 » 11 »	2 » 14 »	6 » 18 »
3 » 12 »	6 » 15 »	

O trabalho do Engenheiro Pinto Fonseca foi por ele lido no Curso de aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde.

Os trabalhos dos Drs. Renato Gameiro e César Guimarães, foram pelos seus autores apresentados no Congresso Ribatejano, como estímulo a estudos mais profundos sobre os assuntos de patologia local e assistência.

* * *

Este Curso de Medicina Sanitária foi de ensaio e muitos ensinamentos nos forneceu.

Confirmou a nossa antiga convicção sobre a competência e dedicação do corpo docente do Curso, mostrando que mesmo com os recursos actuais se pode valorizar mais o esforço dos professores e dos que trabalham em vários serviços, dependentes todos da Direcção Geral de Saúde.

Demonstrou que é possível conseguir-se que um curso de 50 alunos se interesse pelos problemas sanitários, sendo assíduo, pontual, trabalhador e brioso, sem perda, antes estimulando-se o espírito crítico e a personalidade de cada um, cultivando-se em todos a noção da responsabilidade, não tendo de usar-se de violências, nem de benevolência para a todos fazer justiça.

Não há mais do que aperfeiçoar de ano para ano a técnica seguida, dando-se de algum modo aos diplomados que substituíram a clássica indiferença pelo Curso por atenção dedicada e trabalho fácil de documentar, compensação do seu esforço, interesse e escrúpulo, evitando-se uma selecção invertida de valores ou acreditar sem provas na formação sanitária, embora elementar, dos candidatos.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

Curso para especialização de visitadoras em Higiene da Alimentação

De 9 de Abril a 12 de Maio de 1947, funcionou no Instituto Ricardo Jorge, sob a direcção do Director de Serviço de Higiene da Alimentação, Dr. Bernardino Pinho, um curso de aperfeiçoamento de visitadoras, cujos professores foram:

- Dr. Bernardino Pinho — Composição e classificação dos alimentos.
Dr.^a D. Helena de Ávila — Conservação dos alimentos e preparação das refeições.
Dr. Moura Monteiro — Deficiências alimentares. Serviço Social e Inquéritos alimentares.

Os programas foram os seguintes:

I — Composição e classificação dos alimentos

- 1.^a — *Alimentos de origem animal* — carnes e peixes; o leite e seus derivados; os ovos.
- 2.^a — *Alimentos de origem vegetal* — as farinhas e o pão; os frutos; o açúcar e os produtos açucarados.
- 3.^a — *Alimentos de origem vegetal* — os óleos vegetais; os produtos hortícolas; os vinhos e outras bebidas.
- 4.^a — Princípios nutritivos; as proteínas; as gorduras; os hidratos de carbono.
- 5.^a — A água; os sais minerais; as vitaminas.
- 6.^a — Alimentação equilibrada.

II — Conservação dos alimentos e preparação das refeições

- 1.º — *Alteração dos alimentos* — 1) factores externos; luz, ar, calor, humidade;
2) factores enzimáticos;
3) factores de índole microbiana.
- 2.º — *Conservação dos alimentos* — seca, salga, salmoura, fumagem, conservantes químicos, refrigeração e congelação.
- 3.º — *Conservação dos alimentos* — tindalização, pasteurização e vapor de água.
- 4.º — *Perdas dos valores nutritivos dos alimentos* — 1) na sua preparação industrial — trituração, descasque, moenda, conservas;
2) na sua preparação culinária — assados, torrados, estufados, grelhados e cozeduras.
- 5.º — *Condimentos ou temperos* — o sal das cozinhas, o vinagre, o alho e a cebola, a canela, a baunilha, a salsa, o coentro e outros.
- 6.º — *A arte culinária* — importância da dietética; os dietólogos; os dietistas e os cozinheiros; a higiene das cozinhas.

III — Deficiências alimentares

- 1.ª — *Apetite. Fome e sede.*
Digestão salivar, digestão gástrica, digestão intestinal, expulsão dos restos da digestão.
- 2.ª — *Absorção e utilização dos hidratos de carbono. Absorção e utilização das matérias gordas. Absorção e utilização das proteínas. Absorção e utilização dos minerais e vitaminas.*
- 3.ª — *Hipoalimentação.*
Insuficiência calórica; insuficiência de proteínas, gorduras e hidratos de carbono.
Carência de minerais; água, cloreto de sódio, cálcio, fósforo, ferro, iodo e cobre.
Fontes principais destes diferentes princípios nutritivos.
- 4.ª — *Carência das vitaminas A, D, E e K.*
Fontes principais destas vitaminas.
- 5.ª — *Carência das vitaminas do grupo B.*
Fontes principais das vitaminas do grupo B.

6.^a — Carência de vitamina C.

Fontes principais da vitamina C.

Cárie dentária e suas relações com a alimentação.

IV — Inquéritos alimentares

1.^a — Finalidade, importância e dificuldade de realização dos inquéritos alimentares.

Principais tipos de inquéritos alimentares.

Métodos usados nos inquéritos alimentares.

2.^a — Plano de um inquérito alimentar.

Fichas.

Uso das escalas de coeficientes e das tabelas de composição dos alimentos para a determinação da ração alimentar.

3.^a — A assistência social no domínio da alimentação.

4.^a — Orientação de um inquérito na própria família das visitadoras.

Determinação do peso médio por unidade de certos alimentos, habitualmente comprados por número (frutos, peixe, ovos, aves).

Trabalho prático.

Alunas diplomadas

D. Maria Elvira Machado

D. Maria Francisca Grilo Formosinho Sanches d'Abreu

D. Maria Izilda de Sousa Alves Afonso

D. Eva Gonçalves Oliveira Camacho

As duas primeiras visitadoras foram logo contratadas para o serviço de Higiene da Alimentação.

Nota dos livros entrados durante o ano de 1946 na Biblioteca do Instituto ⁽¹⁾

Livros e Revistas oferecidos ou permutados

Jornal dos Farmacêuticos — N.º 45/46
Beretning fra Oslo Helserad for Aret — 1944
Resumo mensal das Observações meteorológicas e
Boletim climatológico do Monte Estoril
Boletim climatológico da Praia da Rocha
Boletim da Sociedade de Geografia
La Reforma Medica
Boletim Geral das Colónias
Bulletin d'Hygiène — Cité de Montréal
Bulletin statistique d'Oslo
Boletim do Sindicato Nacional dos Médicos Veterinários
Boletim da Casa do Douro
Curriculum vitae de Fernando da Silva Correia — Of.
Sezonismo — A luta contra a epidemia no ano de 1942
Trabalhos originais — 1942
A luta contra a epidemia no ano de 1943
Trabalhos originais — 1943
Indústria Portuguesa — N.ºs 13, 15 e 179
Boletim epidemiológico de Angola
Arquivo de Anatomia e Antropologia
Boletim da Assistência Social
Boletim Médico Britânico
Anais do Instituto de Medicina Tropical
Folkemengdens Bevegelse — 1941
Anais de Marinha
Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique
I Semana Portuguesa de Higiene (Relatório) por Fernando da Silva Correia — Of.
Africa Médica

⁽¹⁾ Ver pág. 238 do Vol. I deste Boletim (n.º 3), referente aos livros comprados.

A Saúde Escolar — N.ºs 19 a 25
 O Doutor Serras e Silva — Livro de homenagem
 Lisboa Médica
 Origens e formação das Misericórdias Portuguesas — por Fernando da Silva
 Correia — Of. do A.
 Revista de Contabilidade Pública
 Bulletin mensuel du commerce extérieur — Oslo
 Aperçu de la situation économique pendant les années de la guerre — Oslo
 Bulletin du Bureau statistique du Royaume de Norvège
 Inspeção Geral das Industrias e Comércio Agrícolas — Notas sobre a sua
 actividade de 1938 a 1942
 Relatório e contas do orfanato-escola de Santa Isabel — 1945
 Saneamento do Porto — Relatório de Ricardo Jorge, 1888 — Of. da Câmara
 Municipal do Porto
 Saneamento do Porto — Consulta da Comissão de Saneamento, 1897 — Id.
 O Laboratório chimico-fiscal do Porto, aliás municipal — Relatório da comissão
 de inquérito, 1909 — Id.
 Boletim de Higiene e Sanidade Municipais — Ano I — N.ºs 1, 2 e 3 — 1936
 — Idem.
 Estatísticas Culturais de 1943 — Rio Grande do Sul
 Arquivo de Trabalhos da Faculdade de Medicina do Porto
 Assistência Social — Cadernos do Ressurgimento Nacional
 Le revenu national en Norvège 1935-1945 (Couts de l'occupation)
 Arquivos de Higiene e Saúde Pública — S. Paulo
 Os Cristãos Novos em Portugal no Século xx — Oferta do A. (S. Schwarz)
 Deficiency Diseases among Goa children — Of. do A. (J. M. P. Figueiredo)
 Jornal da Sociedade das Ciências Médicas
 Annuaire statistique de la Norvège 1943-1945
 Problemas de Higiene e Puericultura — por Fernando da Silva Correia — Of. do A.
 Boletim Pecuário
 Anuário Estatístico de 1945 — Dinamarca
 Índice Cultural Espanhol
 A revolução social Portuguesa — Oferta do Secretariado Nacional de Informa-
 ções e Cultura Popular
 Ontem e Hoje — Id.
 Pequena história das doutrinas económicas — Id.
 Temas corporativos — Id.
 O Estado Novo — Id.
 A Revolução Nacional — Id.
 Artes e indústrias populares — Id.
 Previdência Social — Id.
 Dez anos de política do espirito — Id.
 A obra de Salazar na pasta das Finanças — Id.
 Cadernos do Povo — Id.
 Cadernos da Revolução Nacional
 O pensamento de Salazar — Os nossos interesses de Nação — Id.
 " " — Votar é um grande dever — Id.
 The Rockefeller Foundation — A review for 1945

- Dispensário de Higiene Social — 23 brochuras de propaganda e relatórios
 " " " " 1 colecção de bilhetes postais — Id. — Of.
 da D. G. S.
- O clima de Portugal — Fasc. V — Beira — Obs. Inf. D. Luís — Of. da D. do mesmo
- Boletim mensal das Observ. Met. do Arq. da Madeira. — Junho e Agosto de 1945
- A purificação da Água de Abastecimento da cidade do Porto — Bernardino
 Pinho — Oferta do Autor
- A purificação bacteriológica das Águas da Cidade de Lisboa — Bernardino
 Pinho — Oferta do Autor
- Boletim mensal do Instituto N. de Estatística — 1
 " " " " " " " — 2
 " " " " " " " — 3
 " " " " " " " — 4
- Anuário Demográfico — 1944
- Anuário Estatístico — 1944
- " " do Império Colonial — 1944
- Censo da População de Portugal — Dezembro de 1930 — Vol. III
 " " " " " " — Vol. IV
- Tábua de mortalidade da população portuguesa — Estudos N.º 8
- Subsídios para a história da Estatística em Portugal — I Cadastro
 Análise — N.º 2 — Revista do Instituto Francês em Portugal
- Rumbos de política sanitária. Carlos Paz Soldan — 1946
- Recenseamento da População de Portugal (20 vols.) — Oferta do Instituto
 Nacional de Estatística
- Notícias de engenharia da América do Norte — N.º 11.
- Boletim do Instituto Nacional de Educação Física (N.º 1, 2, 3 e 4 — 1945).
- Medicamenta — N.º 108 — Ano IV — 16-8-46.
- Constitution y accion toxica de los modernos Insecticidas — P. Langer, H. Mar-
 tin, P. Muller.
- Turkische Zeitschrift für Hygiene und experimentelle Biologie — Band, 2 — n.º 3 — 19.
 " " " " — " — n.º 4 — 19.
 " " " " — " — 3 — n.º 1 — 19.
- Revista Clínica do Instituto Maternal — Vol. I — 1946 — n.º 1 — Oferta da
 Direcção do mesmo.
- Boletim da Comissão de Fiscalização das Águas de Lisboa — n.º 27 —
 I.º Sem. 1946, II Série — Of. da mesma.
- Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana — n.º 4 — Abril 1946 (vol. 25).
- Revista Bausch — Lomb — Ano XVII — N.º 1 — Agosto de 1946.
- The story of Avimo — Catálogo de aparelhos ópticos-eléctricos.
- Organizacion de los Servicios de Bioestadística de Chile, Est. Unidos e Mex.
- Regulamento dos prémios do Laboratório Sanitas concedido pela Sociedade das
 C. M. Lisboa.
- Resumo mensal das Observ. Meteorológicas do Serviço Meteorológico Nacional.
- Causes de Décès en 1943 — Suède.
- Regimento do Hospital de Todos os Santos — Edição da Casa Sanitas — Of.
- O Pensamento de Salazar — Discursos de inauguração — Of. do S. N. I.
- Guia de ensaios normativos de análise química das águas potáveis, por Cândido
 Coutinho e outros — Of. do Autor.

Bioquímica das águas residuais ⁽¹⁾

PELO ENG. J. F. PINTO FONSECA

I — Generalidades

Por "águas residuais," deve entender-se o conjunto de imundícies líquidas, provenientes tanto das habitações humanas como das instalações industriais; estas águas constituem para a saúde pública um perigo latente, pois dão muitas vezes origem a contaminações das águas de abastecimento, de alimentos consumidos crus ou insuficientemente cozinhados e, além disso, podem ainda tornar impróprios os solos para as culturas e as águas superficiais para a vida dos organismos superiores.

Para que o técnico sanitário possa combater a nocividade das águas residuais, é necessário conhecer tão bem, quanto possível, a sua composição e modos de evolução, quer nos meios naturais (águas superficiais e solo) quer nos meios artificiais (instalações de tratamento).

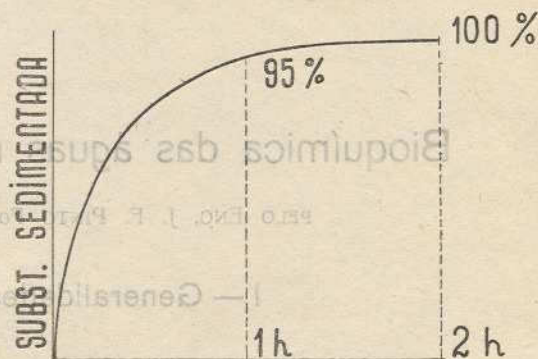
A composição qualitativa e quantitativa das águas residuais é muito variável e depende especialmente da natureza das imundícies, da quantidade de água de diluição e do grau de evolução da matéria orgânica nelas contida.

Designam-se respectivamente por "matérias em suspensão," e "matérias dissolvidas," as que são retidas ou passam por filtro de análise quantitativa, quando se procede à filtração da água residual.

(1) Lição proferida no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge durante o Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde em 1947.

A matéria em suspensão, por ter peso específico diferente do da água residual, tende a separar-se por gravidade e dá origem a duas fracções; uma que flutua (matérias flutuantes) e outra que se deposita no fundo (matérias sedimentáveis); para poder comparar os resultados obtidos com diferentes águas residuais, fixa-se o tempo de ensaio em duas horas e mantém-se o líquido em repouso.

O andamento do fenómeno admite a representação gráfica seguinte na qual se vê



claramente o decréscimo da quantidade de matéria sedimentada na unidade de tempo, à medida que nos afastamos do instante inicial.

Quando a proveniência das imundícies é essencialmente doméstica e elas se encontram no estado fresco, podemos admitir com suficiente rigor a seguinte contribuição, por habitante e por dia, de substâncias dissolvidas e em suspensão, para a água residual.

	Total	Mineral	Orgânica	C. B. O. aos 5 dias a 20° C.
Subst. em suspensão	90	25	65	42 Gr./Hab./Dia
{ sedimentáveis	{ 54	{ 15	{ 39	{ 19 " " "
{ não sedimentáveis	{ 36	{ 10	{ 26	{ 23 " " "
Subst. dissolvidas .	160	80	80	12 " " "
Subst. totais	250	105	145	54 " " "

A matéria orgânica contida nas águas residuais é determinável equiparando-a à matéria volátil por calcinação; a fracção orgânica representa uma parte importante do residuo total das

águas residuais e pode prestar-se, se as restantes condições do meio forem favoráveis, à poluição de numerosas espécies microbianas, as quais, por si e pelos enzimas que produzem, vão transformar profundamente a composição inicial.

A matéria orgânica sedimentável atinge, em média, cerca de 60% das substâncias em suspensão e segundo Buswell é constituída por

Proteínas	31,8 %
Gorduras e sabões	41,1 "
Materiais fibrosos	17,7 "
Ácidos húmicos	6,6 "

No estudo que vamos fazer procuraremos relacionar os fenómenos bioquímicos com os energéticos, uma vez que, como é sabido, os seres vivos dispendem energia para:

- a) — produção de calor
- b) — produção de trabalho
- c) — crescimento, reprodução e outros fenómenos vitais.

Nos microorganismos, que são de entre os seres vivos aqueles que mais interessam ao estudo das águas residuais, as quantidades de energia dispendidas para produzir calor e trabalho são desprezíveis em face da necessária ao crescimento e reprodução.

Os seres vivos assimilam os princípios alimentares que lhes permitam sintetizar a substância do seu próprio organismo; esta síntese exige consumos apreciáveis de energia.

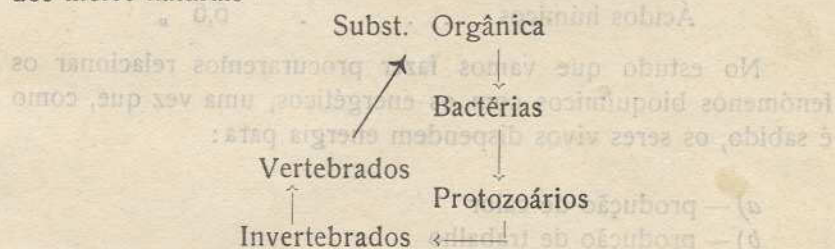
A rápida cadência de reprodução das bactérias, das quais algumas espécies podem duplicar o seu número em meia hora, obriga, como é intuitivo, a uma assimilação intensa

No crescimento e na reprodução uma grande parte da energia da síntese é obtida por consumo de matéria orgânica previamente assimilada pelos organismos; nestas condições, a quantidade total de substância orgânica que existia inicialmente no meio, vai diminuindo de forma muito apreciável à medida que novos organismos superiores se vão utilizando, para a sua alimentação, de organismos inferiores, já existentes, o que contribui de forma notável para os fenómenos de depuração nos meios naturais e artificiais.

Os números seguintes, bem conhecidos, indicam os valores (expressos em grandes calorias) obtidos por combustão completa de um grama de cada uma das substâncias em referência.

Glúcidos	4 cal.
Prótidos	4 cal.
Lípidos	9 cal.

Resumindo, podemos então dizer; os organismos heterotróficos, isto é, os que utilizam matéria orgânica pre-formada, actuam como elementos depuradores; é o que sucede no ciclo dos meios naturais



A matéria viva é constituída essencialmente por elementos do peso atómico baixo, entre os quais avultam pela sua importância:

carbono, oxigénio, hidrogénio, azoto seguindo-se-lhes:

fósforo, enxofre, cloro, potássio, sódio, cálcio, magnésio e ferro.

Segundo M. Javillier (*La Chimie des êtres vivants*), podem indicar-se os seguintes valores como exprimindo a composição média dos seres vivos

	CORPO HUMANO		PLANTAS	
	Mat. seca	Mat. húmida	Mat. seca	Mat. húmida
C	53 %	21,1 %	48 %	12 %
H	9 "	9,9 "	6 "	9,5 "
O	21,5 "	62,4 "	42,5 "	74,5 "
N	7 "	3,1 "	1,5 "	0,35 "
	90,5 "	96,5 "	98 "	96,35 "

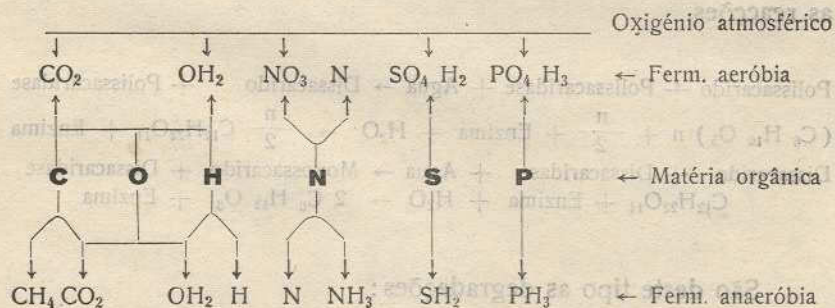
Dada a importância especial dos elementos abundantes (C, O, H, N) e ainda dos S e P, é deles que nos ocuparemos no esboço que vamos traçar dos fenómenos bioquímicos das águas residuais.

Em todos os fenómenos cujo estudo vamos fazer se notam duas tendências de evolução da matéria; degradação e síntese: os primeiros, partindo das moléculas mais complexas, fazem-nas evoluir, transformando-as noutras mais simples, os segundos encerram o ciclo actuando em sentido contrário. Consideramos a matéria orgânica constituída essencialmente por C, O, H, N, S, P e vamos representá-la simbolicamente por: **COHNSP**

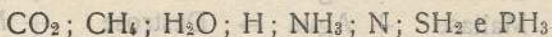
Veremos no decorrer dos fenómenos de degradação como obter as formas simples estabilizadas dos seis elementos considerados, quer por fermentação aeróbia quer por fermentação anaeróbia; veremos também como os seres autotróficos, isto é, aqueles que não necessitam de matéria orgânica pré-formada, sintetizam a sua própria substância a partir da água, do anidrido carbónico e do azoto atmosférico.

II — Fenómenos de degradação

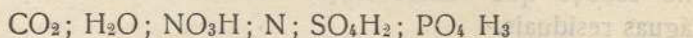
Os fenómenos de degradação conseguem-se por dois tipos de fermentação: aeróbia e anaeróbia.



A fermentação anaeróbia dá como produtos últimos de transformação:



A fermentação aeróbia dá como produtos últimos de transformação:

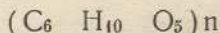


Para ordenar o estudo dos fenómenos de degradação consideramos separadamente os glúcidos, os lípidos e os prótidos e, para cada um deles, as fermentações aeróbias e anaeróbias mais importantes.

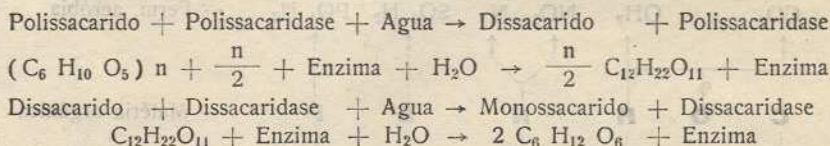
A) — Degradação dos glúcidos

Nas suas formas mais complexas os glúcidos aparecem como poliosidos e heterosidos, ou sejam, produtos obtidos quer por condensação de várias moléculas de assúcares simples (oses), quer por união de assúcares com outras substâncias de funções muito diversas.

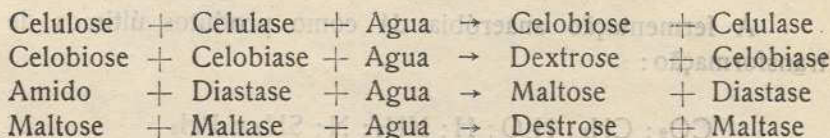
Consideremos, por ser mais típica, a degradação dos poliosidos, representáveis simbolicamente por:



Por hidrolise obtêm-se produtos mais simples como os dissacaridos e monossacaridos, à custa dos enzimas que catalizam as reacções.



São deste tipo as degradações:

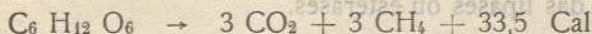


Os monossacaridos, quando absorvidos pelos organismos, vão ser em parte fixados sob a forma de reservas ou de substância viva, por síntese ulterior, enquanto que a parte restante (a maior, em geral) vai ser transformada em produtos de degradação com libertação de energia; as libertações de energia são especialmente elevadas nos fenómenos aeróbios.

Se o meio é suficientemente oxigenado, a reacção global de oxidação é:

$$C_6 H_{12} O_6 + 6 O_2 \rightarrow 6 CO_2 + 6 H_2O + 667 \text{ Cal}$$

se o meio é desprovido de oxigénio, isto é, se só são possíveis fermentações anaeróbias, a reacção global é:



Estas reacções globais são elucidativas mas nada dizem quanto às fases intermédias, características de tipos diversos de fermentação; vejamos algumas dessas fermentações.

F. Alcoólica	$C_6 H_{12} O_6 \rightarrow 2CO_2 + 2C_2 H_5 OH + 19,2 \text{ Cal.}$
F. Metânica do Alcool	1. ^a Fase $CO_2 + 2 C_2 H_5 OH \rightarrow CH_4 + 2CH_3 COOH + 22,1 \text{ Cal.}$
	2. ^a > $2CH_3 COOH \rightarrow 2CH_4 + 2CO_2 - 7,8 \text{ Cal.}$
	Total. $CO_2 + 2C_2 H_5 OH \rightarrow 3CH_4 + 2CO_2 + 14,3 \text{ Cal.}$
Ox. da Metana	$CH_4 + 3O_2 \rightarrow CO_2 + 2OH_2 + 213,5 \text{ Cal.}$
F. Acética	$C_2 H_5 OH + O_2 \rightarrow CH_3 COOH + OH_2 + 117,8 \text{ Cal.}$
Ox. do ácido acético	$CH_3 COOH + 2 O_2 \rightarrow 2CO_2 + 2H_2O + 209,6 \text{ Cal.}$
F. Butírica	$C_6 H_{12} O_6 \rightarrow C_4 H_8 O_2 + 2CO_2 + 2H_2 + 13 \text{ Cal.}$
Ox. do Acido Butírico	$C_4 H_8 O_2 + 5O_2 \rightarrow 4CO_2 + 4H_2O + 524,2 \text{ Cal.}$

Resumindo, diremos então que os glúcidos dão origem especialmente:

por fermentação aeróbia, a água e anidrido carbónico

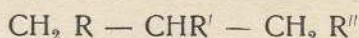
por fermentação anaeróbia, a ácidos voláteis, metana, hidrogénio e água.

No entanto, os heterosidos podem ainda dar derivados fosforados, entre outros, cujo interesse especial é o de intervirem no metabolismo das gorduras, muito particularmente na produção de glicerina.

B) — Degradação dos lípidos

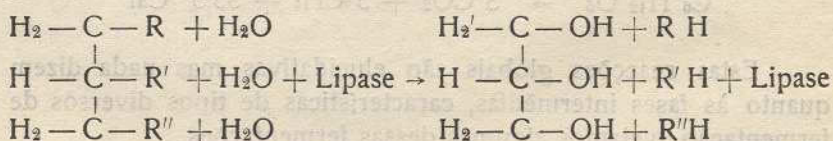
Os lípidos, a que juntaremos os sabões, aparecem nas águas residuais em quantidades apreciáveis.

Consideramos como representantes típicos deste grupo os gliceridos que são, como é sobejamente conhecido, ésteres da glicerina, de fórmula geral



em que R, R' e R'' são radicais ácidos orgânicos, por vezes de longa cadeia e exigindo por isso grandes quantidades de oxigénio para a sua completa oxidação.

A primeira transformação consiste numa hidrolise enzimática por meio das lipases ou esterases.

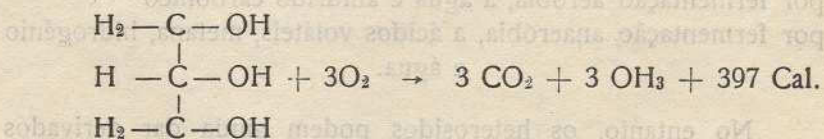


Como consequência desta hidrolise torna-se solúvel pelo menos a glicerina, quando não os ácidos (no caso dos baixos pesos moleculares), enquanto que no estado de éster, a totalidade da substância era insolúvel.

A partir da glicerina dissolvida já os organismos podem sintetizar os seus lípidos; no entanto a glicerina pode ser parcialmente destruída por diversas espécies microbianas:

Bacillus subtilis . . .	dá origem ao ácido pirúvico
Bacterium ylinum . . .	" " à dioxiacetona
Bacillus amaracrillis. . .	" " à acroleína

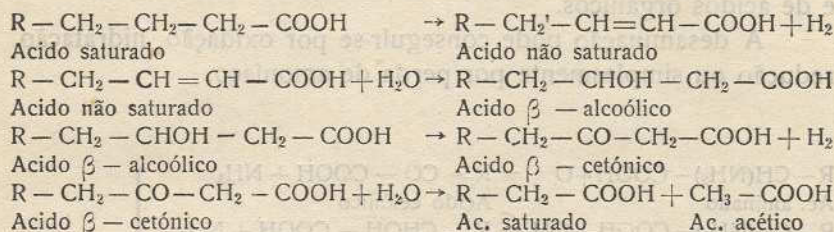
ou mesmo, sob a acção de outras espécies, pode verificar-se a combustão total



Quanto aos ácidos libertados, pode suceder um de dois casos; serem ou não saturados: no segundo caso pode dar-se uma hidrogenação na dupla ligação e está-se caído no primeiro.

No caso dos ácidos orgânicos saturados de cadeia longa, a degradação faz-se por fraccionamentos sucessivos, segundo a explicação clássica:

(desidrogenação, hidratação, desidrogenação e hidratação).



libertando-se finalmente ácido acético, e assim sucessivamente.

Como os lípidos e os sabões são devidos na sua quase totalidade a ácidos com número par de átomos de carbono, a degradação conduzirá por fases sucessivas a ácido acético, cuja degradação já se estudou.

Em meios anaeróbios apropriados é lógico concluir que a quantidade de gases libertados será grande.

Verifica-se na prática que o conteúdo de gorduras influi grandemente no poder calorífico dos gases de fermentação das instalações de digestão.

Aparentemente as gorduras comportam-se mal sob o ponto de vista da digestão, no entanto, quando bem emulsionadas e em instalações bem conduzidas, a sua degradação é relativamente rápida.

C) — Degradação dos prótidos

Dada a grande complexidade molecular, é este o grupo de substâncias em que os fenómenos de degradação são de mais difícil estudo.

A primeira fase de degradação dos prótidos é constituída pelo fraccionamento hidrolítico da molécula proteica, à custa das proteases, com libertação de ácidos aminados.

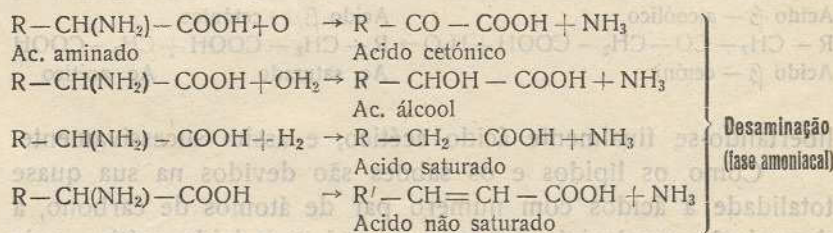
A fórmula geral dum ácido aminado é:



em que o radical R é muito variável, podendo conter enxofre, o que nos interessa especialmente para o caso das águas residuais.

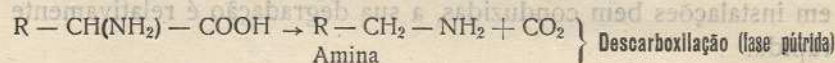
A degradação dos ácidos aminados começa em geral por uma desaminação (fase amoniacal) com libertação de amoníaco e de ácidos orgânicos.

A desaminação pode conseguir-se por oxidação, hidratação, redução ou simplesmente por perda de amoníaco.



Em seguida começará o fraccionamento do ácido orgânico, quer por redução quer por oxidação, o que já vimos anteriormente.

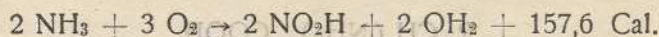
Se a degradação começa por uma descarboxilação em vez de uma desaminação, obtêm-se as aminas, como nas fermentações pútridas



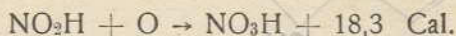
Nestes fenómenos intervêm acentuadamente os microorganismos: se houver disponibilidades de oxigénio, actuarão os aeróbios ou os anaeróbios facultativos; se o oxigénio vier a escassear, predominarão os anaeróbios.

Vejamos agora o que se passa com o amoníaco em meio oxigenado.

Determinadas espécies microbianas, tais como Nitrosocystis, Nitrospira e Nitrosomona (que se desenvolvem bem nos leitos bacterianos) transformam o amoníaco em ácido nitroso.



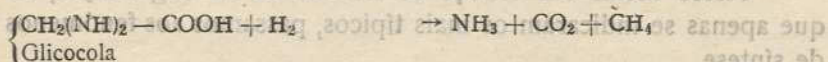
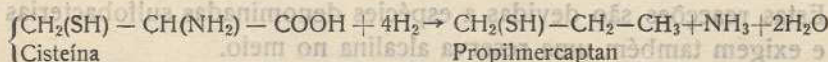
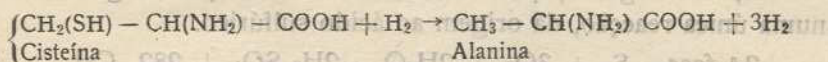
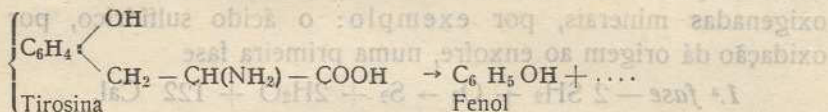
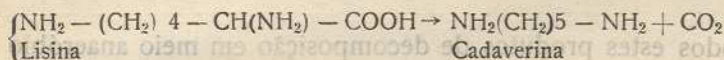
é, a seguir a esta nitrificação, se o meio dispõe ainda de oxigénio, dar-se-á a nitratação do ácido nitroso, sob a acção de determinados microorganismos específicos, os Nitrobacter por ex.

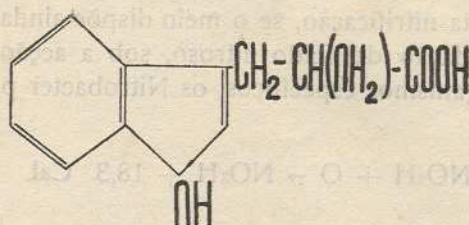


Estas reacções necessitam de um meio com reservas alcalinas para neutralização do ácido formado; é o que sucede com o emprego de brita calcárea como elemento de suporte nos leitos percoladores ou nos leitos de contacto.

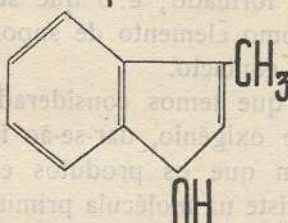
Se, contrariamente ao que temos considerado, o meio é insuficientemente provido de oxigénio, dar-se-ão fenómenos de redução ou putrefacção, em que os produtos elaborados só contêm oxigénio se este já existe na molécula primitiva.

Como produtos da fermentação anaeróbia aparecem: as poliaminas tóxicas (ptomaínas), os fenois, os hidroxiácidos e ácidos voláteis (como já vimos anteriormente), o escatol e o indol (à custa da triptófana) o ácido sulfídrico e os mercaptans (a partir dos amino-ácidos sulfidrilados) a metana e o anidrido carbónico (por redução dos aminoácidos) o azoto, (libertado por espécies desnitrificantes), o hidrogénio fosforado (obtido a partir dos núcleoproteídos e de outros compostos orgânicos fosforados) etc.

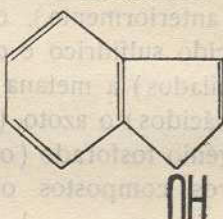




Triptofana



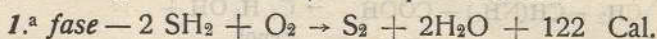
Escatol



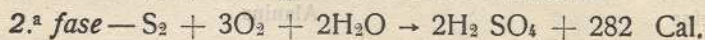
Indol

FIG. 38

Todos estes produtos de decomposição em meio anaeróbio são susceptíveis de oxidação ulterior, passando a combinações oxigenadas minerais, por exemplo: o ácido sulfídrico, por oxidação dá origem ao enxofre, numa primeira fase



e, em seguida, por uma série de oxidações englobáveis numa única reacção, dá origem ao ácido sulfúrico.



Estas reacções são devidas a espécies denominadas sulfobacterias e exigem também uma reserva alcalina no meio.

Vistos assim em esboço os fenómenos de degradação, de que apenas se indicaram os mais típicos, passamos aos fenómenos de síntese.

III — Fenómenos de síntese

As águas superficiais são frequentemente o meio de estabilização final das águas residuais e interessa saber como nelas se comportam os seres vivos perante um afluxo abundante de matéria orgânica, a qual vai proporcionar alimento ao plancton e aos animais superiores, seres heterotróficos por excelência e que actuam por isso como depuradores.

Os meios em que a vida destes seres é difícil ou impossível em virtude das características desfavoráveis da água, dizem-se "distróficos"; quanto aos outros, ainda a abundância ou a escassez de produtos alimentares os permite classificar, respectivamente, como "eutróficos" e "oligotróficos".

O teor de oxigénio dissolvido permite a caracterização dos meios: nos eutróficos desaparece rapidamente em profundidade, enquanto nos oligotróficos se mantém praticamente constante:

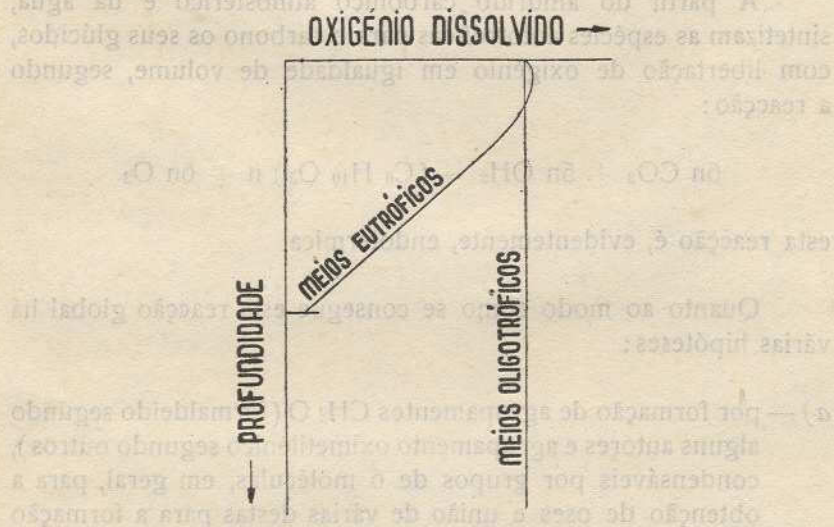


FIG. 39

Os organismos autotróficos necessitam dispendar maior quantidade de energia para fazer as sínteses e vão buscá-la ou à pigmentação assimiladora (plantas clorofilinas, por exemplo) ou aos fenómenos de oxidação (sulfobactérias, ferrobactérias e hidrogenobactérias, oxidando respectivamente o S do SH_2 o

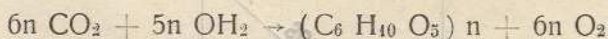
Fe e Mn dos sais ferrosos e manganosos e o hidrogénio molecular).

A noção do autotrofismo e heterotrofismo não são absolutas e assim teremos por exemplo: bactérias do género *Rhizobium*, autotróficas o azoto que fixam da atmosfera e heterotróficas para os glúcidos que lhe são fornecidos pelas leguminosas com as quais vivem em simbiose; estas últimas são autotróficas para o carbono que fixam a partir do anidrido carbónico da atmosfera e heterotróficas para o azoto que recebem daquelas.

O estado actual dos conhecimentos sobre o modo como os seres vivos realizam a síntese dos seus glúcidos, lípidos e prótidos não vai além de meras hipóteses muito discutíveis no pormenor, se bem que geralmente aceites na generalidade.

A) — Síntese dos glúcidos

A partir do anidrido carbónico atmosférico e da água, sintetizam as espécies autotróficas para o carbono os seus glúcidos, com libertação de oxigénio em igualdade de volume, segundo a reacção:



esta reacção é, evidentemente, endotérmica.

Quanto ao modo como se consegue esta reacção global há várias hipóteses:

- a) — por formação de agrupamentos CH_2O (formaldeído segundo alguns autores e agrupamento oximetilénico segundo outros), condensáveis por grupos de 6 moléculas, em geral, para a obtenção de oses e união de várias destas para a formação de osidos.
- b) — por fenómenos de óxido-redução a partir das clorofilas *a* e *b* e admitindo a fotólise da água.
- c) — por síntese preclorofilica dum hexa-ácido que é transformado pela clorofila em hexoses e depois em osidos; esta última hipótese baseia-se em trabalhos com carbono radioactivo C^{14} .

Seja ou não verdade qualquer destas hipóteses, o que se constata de facto é que há organismos autotróficos para o carbono, capazes de emitir oxigénio na proporção (em peso).

$$\frac{O_2}{C} = \frac{32}{12} = 2,67$$

ou seja, arredondando, 2,7 kg. de oxigénio libertado por kg. de carbono fixado.

O oxigénio libertado pelas plantas clorofilinas pode atingir uma importância notável quando se trata dos meios eutróficos, pois actuará em conjunto com o oxigénio atmosférico.

Nos seres heterotróficos para o carbono, são os produtos de degradação anterior que interessam, e então as reacções de síntese são mais simples, menos susceptíveis de discussão, necessitando menores quantidades de energia.

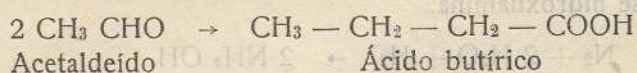
B) — Síntese dos lípidos

Os lípidos são de origem heterotrófica, partindo-se para a sua síntese da glicerina e ácidos gordos pré-formados.

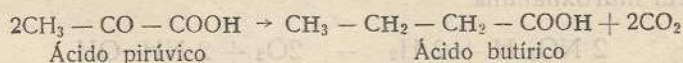
Os ácidos gordos provêm como se viu, de decomposições anteriores (de prótidos, lípidos e glúcidos) mas podem obter-se também por condensação, entre pares de moléculas, o que justifica a grande maioria de ácidos gordos com número par de átomos de carbono.

Os pontos de partida da síntese dos ácidos gordos de longa cadeia são o aldeído acético e o ácido pirúvico.

O aldeído acético por oxidação, desidratação e hidrogenação dá ácido butírico.



O ácido pirúvico por sucessivas fases de descarboxilação, desidratação e hidratação, dá ácido butírico.



Por novas condensações alongar-se-á a cadeia.

Quanto à glicerina, pode provir da hidrólise de anteriores gliceridos ou então, por intervenção dos produtos fosforados na

degradação dos heterosídeos, com formação de esteres fosfóricos das oses, os quais são hidrolisados por transformações complexas originando ácidos glicerofosfórico e fosfoglicérico que por sua vez dão origem à glicerina.

Além dos gliceridos, formam-se também os ceridos, os esteridos, as lecitinas e outros lípidos.

C) — Síntese dos prótidos

Tal como na degradação, são muito complexas as sínteses das substâncias que contém o azoto na sua molécula, daí provindo a incerteza dos conhecimentos sobre os fenómenos de síntese que nos conduzem desde o azoto livre até às moléculas enormes do mundo orgânico.

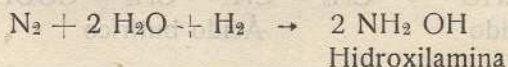
Só os organismos inferiores são autotróficos para o azoto atmosférico, havendo espécies aeróbias (por ex. *Azoto-bacter* e *Rhizobium*) e anaeróbias (*Clostridium*, entre outras).

As plantas assimilam os derivados oxigenados (nitritos e nitratos) ou os sais amoniacaes, julgando-se no entanto que, em virtude das disponibilidades de oxigénio nos solos, e da grande diluição dos sais amoniacaes, estes são previamente oxidados e absorvidos como nitritos e nitratos.

A síntese dos prótidos exige um grande consumo de energia, a qual provém da destruição de hidrocarbonados (1 gr. de azoto fixado corresponde aproximadamente ao consumo de 60 grs. de glúcidos).

Como esquema indica-se o que está geralmente aceite na síntese dos amino-ácidos.

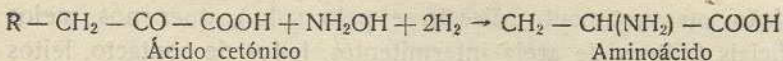
Partindo do amoníaco, por hidratação e hidrogenação obtem-se hidroxilamina.



Partindo dos nitratos, por redução e hidrogenação, obtem-se também hidroxilamina.



A hidroxilamina, em presença dos ácidos cetónicos, vai dar amino-ácidos.



A partir dos amino-ácidos já os organismos podem sintetizar os seus prótidos.

Os fenómenos bioquímicos a que passámos uma rápida revisão, interessam especialmente no estudo dos métodos de tratamento das águas residuais, por isso vamos relacionar rapidamente uns com os outros.

IV — Depuração natural e artificial das águas residuais

As águas residuais, pelas suas características especiais, têm dado origem a duas correntes de opinião :

- a) — rejeitadas por insalubres
b) — aproveitadas como fertilizantes

Baseado nestas opiniões, vemos o homem em todos os tempos, ou dispendendo avultadas verbas com a evacuação das águas residuais para locais onde não causem inconvenientes, ou aproveitá-las para fertilizar os campos empobrecidos em matéria orgânica.

Ainda hoje o problema é posto, se bem que em bases diferentes; aproveitar o que for possível (gordura, lamas, gases combustíveis, poder fertilizante), corrigindo-lhes a nocividade (tratamentos).

Vejamos então rapidamente os meios de que hoje se dispõe para dar destino adequado às águas residuais.

À parte algumas águas residuais de indústrias em que a nocividade pode ter origem na toxicidade ou nos valores excessivamente altos ou baixos do seu pH, pode dizer-se que o problema da correcção gira sempre em torno da matéria orgânica, a qual se procura eliminar por fenómenos de fermentação aeróbia ou anaeróbia e, mais raramente, por tratamentos químicos.

Para eliminar das águas residuais uma parte mais ou menos importante da matéria orgânica, procede-se à sua sedimentação em dispositivos adequados (é a denominada sedimentação primária), obtendo-se então uma lama (a que se dá o nome de lama primária); a água privada desta lama, ou como é costume dizer-se, desengrossada ou desbastada, pode então ser sujeita a uma oxidação eficaz, quer nos meios naturais (depurações por

diluição ou vertimento directo e pelo solo), quer nos meios artificiais (filtros de areia intermitentes, leitos de contacto, leitos percoladores e lamas activadas, entre outros).

A água residual tratada por oxidação nos meios artificiais dá origem, por floculação das substâncias dissolvidas, a nova lama (lama secundária), que se retira por sedimentação (sedimentação secundária).

As lamas primárias e secundárias retêm apreciáveis quantidades de água, o que as torna muito volumosas, sendo necessário então secá-las directamente, ou fazê-las perder água por fermentação anaeróbia (digestão) seguida de secagem; a matéria orgânica das lamas é estabilizada (isto é, deixa de ser putrescível), quer por acção prolongada do ar durante a secagem, quer pela fermentação anaeróbia.

Como produtos finais das duas partes em que dividimos a água residual, obtêm-se então:

a) — líquidos estáveis, ricos em matérias minerais indispensáveis, quer ao solo, quer às águas superficiais, as quais por aumento do plancton, tornam propícias à exploração piscícola.

b) — lamas imputrescíveis, ricas em produtos fertilizantes e susceptíveis de beneficiar os solos empobrecidos.

Como subprodutos, podem retirar-se gorduras e gases combustíveis.

Não deve no entanto concluir-se precipitadamente que o tratamento das águas residuais seja uma fonte de receita, mas sim que, uma vez feita a despesa por imposição de salubridade, se deve procurar tirar todas as vantagens possíveis do capital dispendido.

É chegada a altura de relacionar os fenómenos bioquímicos estudados, com os métodos de correcção das águas residuais.

Quando uma água residual evolui em meio suficientemente arejado, consome, para se estabilizar, apreciáveis quantidades de oxigénio.

Se representarmos, para cada temperatura, as quantidades de oxigénio consumidas por um certo volume da água residual em função do tempo, obtêm-se uma família de curvas com o andamento indicado. (Fig. 40)

Em qualquer destas curvas se nota uma zona inicial regular (período de carboxidação ou oxidação do carbono); neste

período o carbono da molécula orgânica é oxidado, libertando-se apreciáveis quantidades de CO_2 ; os produtos de hidrólise dos glúcidos e lípidos são degradados por oxidação, enquanto que os dos prótidos o são pelos microorganismos anaeróbios faculta-

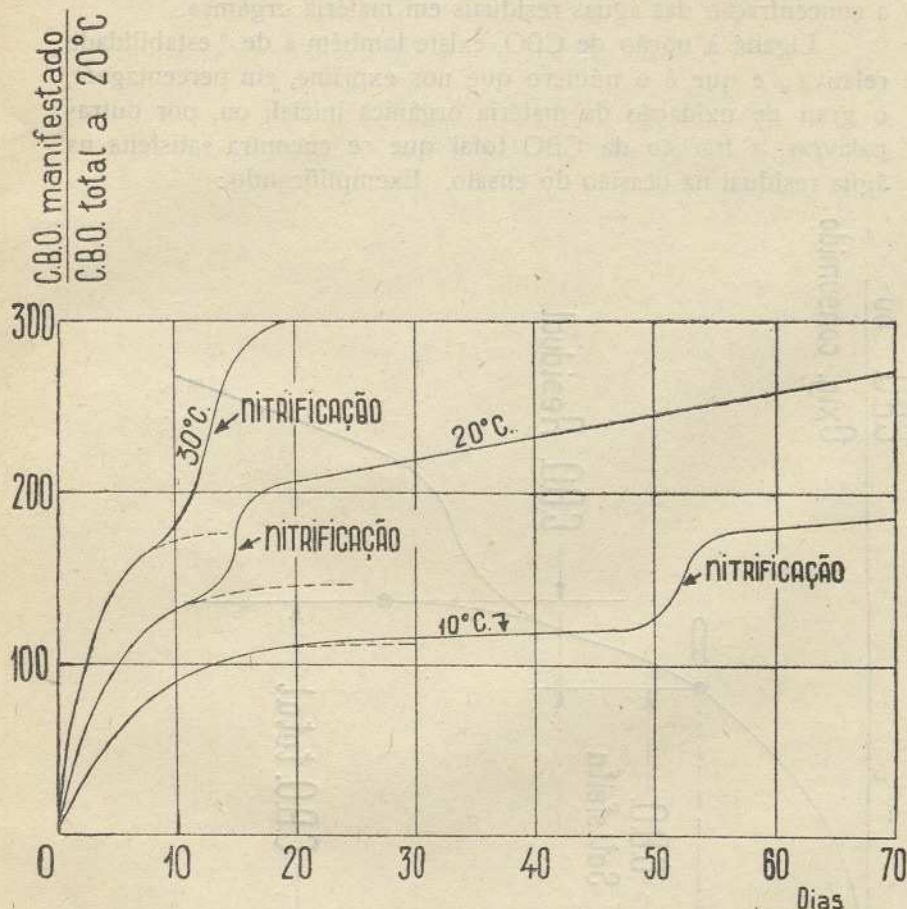


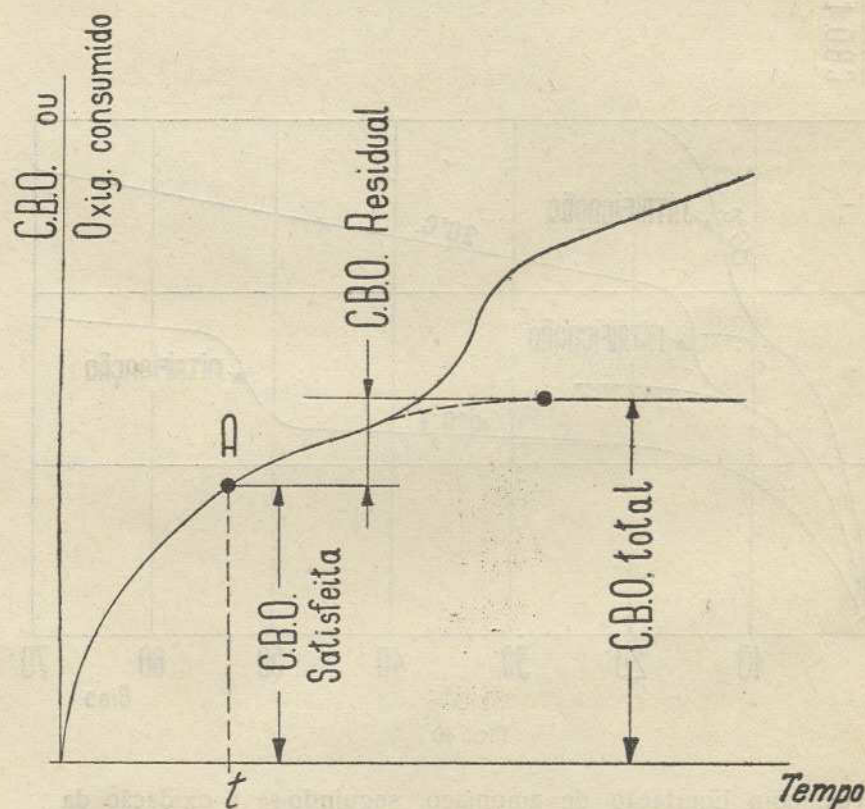
FIG. 40

tivos, com libertação de amoníaco, seguindo-se a oxidação da fracção não azotada da molécula.

Passado este período nota-se a transição que se revela pela parte irregular das curvas e entra-se na zona denominada de nitrificação, que se apresenta quase recta; neste período dá-se a oxidação do azoto amoniacal, libertado na fase anterior, e que passa então a nitritos e nitratos.

À quantidade de oxigénio necessária para a completa oxidação do carbono, dá-se o nome de CBO ⁽¹⁾ total; a sua determinação é basilar em todos os estudos de águas residuais; a CBO total é a grandeza bioquímica que nos permite medir a concentração das águas residuais em matéria orgânica.

Ligada à noção de CBO, existe também a de "estabilidade relativa", e que é o número que nos exprime, em percentagem, o grau de oxidação da matéria orgânica inicial, ou, por outras palavras, a fracção da CBO total que se encontra satisfeita na água residual na ocasião do ensaio. Exemplificando:



$$\text{Estabilidade relativa} = \frac{\text{CBO. Satisfeita}}{\text{CBO. Total}} \%$$

FIG. 41

(¹) Abreviatura de "carência bioquímica de oxigénio".

Como a determinação da CBO total é muito demorada (à temperatura de 20° cerca de 20 dias) faz-se a medição para um período mais curto, em geral 5 dias, e designa-se então por CBO aos 5 dias a 20° C; a esta temperatura, que é a usual nos ensaios, a equivalência entre os dois valores é

$$\text{CBO (20 dias)} = 1,46 \times \text{CBO (5 dias)}.$$

Estes fenómenos de oxidação passam-se quer nos meios naturais, águas superficiais e solos, em que se faz o derrame (o que obriga a grandes áreas para que se dê uma oxidação eficaz), quer nos meios artificiais, os quais se podem assemelhar a solos em que se procura melhorar as condições de oxidação, a-fim-de reduzir a área necessária.

Os meios artificiais têm como elemento activo a zoogeileia, ou seja, um aglomerado de espécies vivendo sobre matéria floculada nas águas residuais e formando massas de fraca coesão; estas podem estar fixadas sobre areia (filtros de areia intermitentes), cascalho (leitos de contacto e leitos percoladores), ou ficar em suspensão na água (lamas activadas).

O oxigénio necessário à vida da zoogeileia e à oxidação da matéria orgânica é assegurado, por arejamento natural nos leitos de material granular e por insuflação de ar comprimido nas lamas activadas.

Terminado o estudo esquemático dos líquidos, passemos ao das lamas.

Vimos que o problema das lamas se baseava na redução do volume e na estabilização da sua matéria orgânica.

Para conseguir estes fins recorre-se quase sempre na prática à digestão, ou seja, à fermentação anaeróbia condicionada de forma a obterem-se produtos de características adequadas.

A digestão consegue-se fazendo fermentar a lama ao abrigo do ar, em temperatura conveniente e impedindo por meios adequados a acidificação excessiva do meio; nas grandes instalações recorre-se às fossas Imhoff e às fossas de digestão separada; nas instalações privadas recorre-se às pequenas fossas Imhoff e às fossas Mouras e outros tipos delas derivados.

Durante a digestão das lamas libertam-se apreciáveis quantidades de gases, o que corresponde a uma destruição apreciável da matéria orgânica primitiva; entre estes gases preponderam

à metana (70 a 75 %) e o anidrido carbónico (cerca de 20 %), obtendo-se assim misturas gasosas de elevado poder calorífico (cerca de 6.000 grandes calorias por m³).

As lamas digeridas constituem um resíduo estável e de reconhecido poder fertilizante.

Para completar o estudo sumário dos fenómenos de depuração indicam-se os seguintes valores como resultados médios dos diversos tratamentos mais em uso para a correcção das águas residuais :

EFICIÊNCIA DOS TRATAMENTOS (EM %) ⁽¹⁾			
	C. B. O. aos 5 dias	MATÉRIA SEDIM.	BACTÉRIAS
Grelhas finas	2 a 20	20 a 25	10 a 20
Cloragem do líquido bruto ou sedimentado	15 » 30	—	90 » 95
Sedimentação	25 » 40	40 a 70	25 » 75
Fossas sépticas.	25 » 65	40 » 75	40 » 75
Fossas Imhoff	25 » 65	35 » 80	40 » 75
Filtros intermitentes	90 » 95	85 » 95	95 » 98
Leitos de contacto	60 » 80	55 » 90	30 » 55
Leitos percoladores com dupla sedimentação	80 » 95	70 » 92	90 » 95
Lamas activadas com dupla sedi- mentação	80 » 95	85 » 95	95 » 98
Cloragem de líquidos tratados biològicamente	—	—	98 » 99

⁽¹⁾ Eficiência do tratamento é a percentagem de redução duma característica da água residual, havendo pois que considerar várias eficiências para cada espécie de tratamento.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Microbiology of water and sewage* por P. L. Gainey.
- 2) *La chimie des êtres vivants* por M. Javillier.
- 3) *La vie dans les eaux douces* por Paul Vivier.
- 4) *El suelo* por E. H. del Villar.
- 5) *Sewage treatment* por Imhoff & Fair.
- 6) *Stream sanitation* por Phelps.
- 7) *Sanitary engineering* por Payrow.
- 8) *American sewerage practice* por Metcalf and Eddy.
- 9) *Sewerage and sewage disposal* por Metcalf and Eddy.
- 10) *La stazione di Foggia per le acque di fogna* por G. Ippolito.
- 11) *Poluição dos cursos de água* por J. Souto Teixeira.

LUGARES SELECTOS

Relatório que precede o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública de 24 de Dezembro de 1901

Senhor. — No proposito insistente de instituir válidamente a sanidade publica do país, entendeu o Governo que o modo mais efficaz e prompto de dar cumprimento às auctorizações parlamentares consignadas na carta de lei de 12 de Junho ultimo, era elaborar um regulamento geral, onde desde logo os serviços sanitários, no tocante a attribuições, competencias e funcçãoalidade, encontrassem totalmente a sua expressão organizadora e executoria. Reconcertar o mechanismo sanitario nas suas rodagens activas, systematizando-lhe peça por peça as relações, o funcionamento, e a finalidade, de modo a assegurar o pleno exercicio do seu trabalho em proveito da saude publica, tornava-se de facto a obra essencial; a seguir viriam encadeados os regulamentos parciaes e as instrucções referentes às variadas especies hygienicas, a cada qual compete capitulação propria de regime, o que nos paises que primeiro romperam e avançaram modernamente na legislação sanitaria, se foi a pouco e pouco incorporando num codigo de tomo, sempre aberto às addições que os progressos da sciencia e a sua integração administrativa incessantemente promovem.

A reorganização da sanidade official, iniciada nos últimos tempos cerra assim o seu periodo embrionario, e entra numa phase definida de estrutura e de acção, que o Governo se esforça por pautar, adstringindo-se às necessidades e circunstancias da hora presente, e adaptando-se quanto possivel, tanto às exigencias

scientificas e sociaes da hygiene, como ás condições administrativas e economicas do país.

Rastreia o regulamento quanto a serviços centraes as bases da auctorização; todo esse trecho é a paraphrase desenvolvida da preceituação, já justificada, imposta pela carta de lei para o pessoal e attributos da direcção geral, da inspecção geral, tornada o centro médico-profissional de todos os serviços sanitarios, da Repartição de Saude e do Conselho Superior de Hygiene Publica.

Ao entrar com os serviços externos, incumbidos tanto aos medicos e funcionarios do corpo de saude publica, como ás auctoridades, corporações e funcionarios administrativos, surdia o problema da distribuição de poderes e attribuições por essa dupla serie de entidades officiaes. Quaes as auctoridades sanitarias, em que grau e modo lhes impedem, conforme a sua natureza profissional ou administrativa, os direitos e os deveres da vigilancia e incumbencias da sanidade publica, havia que defini-lo com a maior exacção e precisão possiveis, como preceito organico fundamental.

Engeitado o systema que durante a sua longa vigencia se mostrou inapto para o regular exercicio da policia medico-sanitaria e muito menos para dar de si uma instituição condigna da hygiene nacional, tinha que se assentar em mais justo e efficaz "modus vivendi", nem divorciando da administração geral a sanidade, tornando-a inane, como em tempo lesivamente se perpetrara, nem reduzindo a meros e quaes inúteis consultores aquelles que mentiriam á consagração profissional, se não lhes fora conferida competencia activa.

O decreto de 28 de dezembro de 1899 estipulou, á espera de regulamentação, que os funcionarios administrativos e technicos cooperariam na melhor harmonia para a cabal execução do serviço de saude, incumbindo aos primeiros a superintendencia e vigilancia e aos segundos a iniciativa, responsabilidade e independencia no que seja da sua exclusiva competencia profissional.

As instruções provisórias de 22 de dezembro de 1900 tentaram a applicação d'este principio, pondo em funcionamento permanente os medicos sanitarios, conjugando-os estreitamente com a administração comum, e fundindo-os num conjunto harmonico pelo serviço central da inspecção geral. A experiência

mostrou desde logo exito, e de tal arte que o ensaio auctoriza a integrar definitiva e confiadamente as novas normas na gerencia effectiva da saude publica.

A toda a secção administrativa dos serviços havia pois que articular de novo as attribuições regulamentares. O decreto de 3 de dezembro de 1868 ennumerava as obrigações das autoridades civis, que o Codigo administrativo também regea. O presente projecto de regulamento refunde todo esse capitulo de jurisdicção, inteirando-lhe as prescrições avulsas successivamente editadas e as que emergem das novas disposições, pondo-a a par das imposições da hygiene e da medicina administrativa, e afinando-o pelo critério orgânico e profissional que presidiu a toda a reforma.

Apontaram-se ás camaras municipaes as obrigações a cumprir, nomeadamente nas obras de salubridade e no combate das molestias inficiosas, deixando-lhes ao mesmo tempo aberta a iniciativa e acção para tudo quanto seja beneficio de sanidade local. E nesta revista de entidades que teem de interferir por diversos modos nos actos sanitarios, não foram esquecidos os parochos, a quem, afora os deveres legaes consagrados do registo estatistico e da policia mortuaria, se confia a divulgação de instrucções e conselhos populares sobre hygiene, apostolado que tão bem se allia á sua investidura moral e religiosa.

A serie medica abre pelo facultativo que na pratica da sua profissão tem de ser naturalmente o primeiro funcçionario de saude; sem que o medico comprehenda que por imposição deontologica e necessidade impreterivel tem de na assistencia individual, zelar a assistencia collectiva, não ha hygiene publica viavel, tanto nos seus fundamentos de pathologia social, como na sua obra a mais imperiosa e salvadora, a defesa contra as molestias zymoticas. A classe medica do país — demonstra o seu honroso porte perante epidemias recentes — está compenetrada d'esse alto dever social, que, como nenhum outro, erige a sua profissão num sacerdocio publico. Será ella, pois, e confiadamente, o esteio do systema sanitario inaugurado.

No facultativo municipal, sobre o encargo da assistencia medico-cirurgica concelhia, cabem funcções sanitarias immediatamente ligadas ao exercicio e á area da clinica communal. Estipulam-se essas attribuições, e ao mesmo tempo refazem-se os

preceitos reguladores d'esta instituição secular e próspera dos partidos medicos, tão nossa e de tamanho bem commum.

D'este corpo medico-municipal tirou o decreto de 28 de dezembro de 1899 os sub-delegados e delegados de saúde, agora a postos desde o decreto de 22 de dezembro de 1900 e respectivas instrucções. Traça-se o regime da sanidade concelhia e districtal, dentro das dilatadas balisas agora marcadas á missão medico-sanitaria, e pautam-se as relações officiaes dos delegados e sub-delegados com a organização administrativa e sanitaria local e geral. Como antecipação forçada ás normas regulamentares futuras a que hão de obedecer no seu exercicio official as diversas especies hygienicas, houve que minuciar ponto por ponto desde já o rol de attribuições e intervenções que para o desempenho integral da vigilancia e da acção hygienica competem ao delegado e sub-delegado sobre cada ramo da sanidade. Destacam-se no elenco a instauração da estatistica demographico-sanitaria — tarefa numeral sem a qual se não pode saber do valor e estado physico-vital da comunidade nem aquilatar o esforço restaurador da hygiene — e a prophylaxia das molestias inficiosas, inscrevendo aqui as exigencias hoje iniludiveis da declaração obrigatoria das especies que mais importa conhecer na pathologia collectiva, e outras obrigatoriedades preventivas, entre ellas a desinfecção compulsoria das de mais forte ou mais evitavel perigo.

E' uma imposição de "direito sanitario," conquistado pela civilização hygienica, e validado pelos poderes publicos. Os medicos que tanto por toda a parte pugnaram pela inscripção d'esse lemma na lei escrita, emanencia directa e legitima do mais infrangivel direito individual e social, qual é o respeito e a immundade da vida propria e alheia, serão os primeiros com o seu zelo e consciencia a assegurar a generalização effectiva d'este preceito supremo, ajudados pela illustração do publico; e ninguem tanto como elles pode educar o espirito popular nas praticas de salvação reciproca e da solidariedade social, perante os males das doenças demicas.

Deram-se ao corpo sanitario condições materiaes e burocraticas de melhor vida e disciplina, e refizeram-se as juntas districtaes de saúde.

Aggregados de possança, as duas grandes cidades de Lisboa e Porto, tinham de especializar-se sanitariamente; assim o exige a hygiene dos grandes agglomerados urbanos.

A capital ha muito que possuia um corpo de saude e instituições sanitarias em condições de sufficiencia. Repassaram-se as normas da sua delegação, entre as quaes se assignala a elaboração do cadastro sanitario das habitações, e irmanaram-se tanto quanto possivel os serviços das duas cidades, como era de necessidade e justiça.

O Porto jazia ainda nos obsoletos e mesquinhos moldes da organização de 3 de dezembro de 1868, apenas com a addição do decreto de 22 de Junho de 1898. Mas a coacção das exigencias sanitarias fez-se sentir de tal sorte que a Camara Municipal, em honrosa e util providencia, instituiu um serviço de saude e hygiene, que especialmente se applicou á prophylaxia anti-infectiosa. Os apertos trazidos pela invasão pestilencial forçaram tambem o Governo a estabelecer uma inspecção de serviços sanitarios no Porto. Esta multiplicidade desconnexa não podia subsistir; a Camara foi a primeira a reconhecer que, para bem da cidade, da administração e da sanidade publica, os seus serviços hygienicos deviam ser confiados ao Estado, transferencia ultimada pelo decreto de 18 de Junho ultimo, fundindo-se esses serviços na inspecção do Porto, junto da qual, desde a quadra epidemica, mais ou menos directamente funcçionaram.

Erro fôra quebrar o que tão effizaz se provava no seu exercicio; manteve-se pois essa secção, fixando-a num serviço de molestias infectiosas que abrange o laboratorio de bacteriologia e o posto de desinfectão publica. A cidade do Porto fica assim dotada de um serviço á altura das exigencias da sua populosidade e sanidade.

Ao regime commum das delegações districtaes abriu-se tambem uma excepção em favor da cidade de Coimbra. Não foi só a sua importância citadina que a provocou, mas principalmente a população escolar, derivada de todo o reino, que torna a sanidade d'ella de um interesse geral, de que o Governo se não desquitou. E para este agglomerado urbano, como para os outros, o Estado secundará a iniciativa e os recursos locais no proposito de melhora hygienica, que hoje por toda a parte se faz sentir.

Toma corpo agora o Instituto Central de Hygiene, nascido pelo decreto de 28 de dezembro de 1899, a que a carta de lei de 12 de Junho ultimo revalidara os direitos de existencia. Não há mais que dizer para encarecê-lo do que a propria formula expressa da sua finalidade e regime, e invocar o exemplo dos

países modelares, como a Inglaterra e a Allemanha, onde o ingresso nas funcções de medico sanitario só se franqueia aos que passaram e provaram o apprendizado especial da hygiene publica.

O seu ensino, todo technisado em demonstrações, exercicios e trabalhos praticos para conferir o tirocinio completo do exercicio sanitario, será adaptado ás condições biosociaes da nação, ministrando os dados, normas e applicações da hygiene portuguesa. Como centro docente, concorrerá grandemente para o fomento scientifico e pratico da sanidade nacional; como escola de applicação, fará a trainagem do exercito profissional, communicando ao corpo de saude uma competencia progressiva. Perante o instituto se aperfeiçoarão aptidões, e se contrastarão as dos candidatos aos logares officiaes de sanidade. O concurso por provas publicas figura largamente no regulamento como porta de entrada; selecção por concurso e provimento por acesso consagraram-se como processo justo e legitimo para a renovação de logares onde o saber e a competencia precisam de ser seguramente aquilatados.

São pertença do Instituto um museu de hygiene, onde se exponha tudo quanto de real e figurado a exemplifique e demonstre, e o laboratorio de hygiene, posto como era mister para a maior proficuidade de um serviço tão util e reclamado, qual é o da analyse dos generos alimenticios.

A attenção merecida aos outros centros medicos do país determinou a criação de cursos de tirocinio sanitario em Coimbra e Porto, pautados pela programmatização do Instituto Central, os quaes vigorarão segundo as disposições preceituadas até que, de futuro, o desenvolvimento dos serviços de saude e as forças do Thesouro permittam a estatuição de dois Institutos de hygiene naquellas cidades.

O Real instituto Bacteriologico amplia o seu regulamento com as disposições posteriores á data do seu ultimo diploma e com a reforma do pessoal e serviços, firmada na auctorização parlamentar. Methodizam-se as multiplas attribuições d'este estabelecimento, que cada vez ganha mais foros de honra scientifica e proveito commum, e entre ellas a installação vaccinogenica, que mal ia ao país não possuir officialmente consagrada, desde que restaura a sua sanidade e legaliza a vaccinação anti-variolica obrigatoria.

O laboratorio de bacteriologia do Porto, ao presente reinstalledo, foi sujeito a disposições parallelas ás que regem o Real Instituto.

Aos postos de desinfecção publica de Lisboa e Porto, que ha anos combatem contra a disseminação das molestias inficiosas, repassaram-se as suas clausulas regulamentares, precisando melhor o seu regime. Que esta instituição bemfazeja se multiplique por todo o reino, é o voto do Governo, que tem por todos os modos instigado, guiado e auxiliado esse armamento contra a transmissão contagional e invasão epidemica.

O movimento desinfeccionista tem-se desenvolvido salutarmente; erigem-se postos de desinfecção sob a iniciativa municipal e auspícios do Governo; e já hoje uma boa parte do país começa de estar apercebida de arsenal sanitario. Nos postos de Lisboa e Porto tem o Governo depositado material de reserva, ainda ha meses acrescentado, para a defesa hygienica do país.

* * *

O refazimento da nossa sanidade marítima era o cabo d'esta tarefa reformadora, e aqui a obra do Governo tinha de medir-se com o encontro de interêsses desavindos e com o peso de tradições inveteradas. Havia, porem, soado a hora decisiva de quebrar de vez antagonismos prejudiciais e ajustar rasgadamente duas forças sociais que por natureza devem ser chamadas a socorrer-se mutuamente e a concorrer harmonicamente ao bem colectivo — a riqueza publica e a saude publica, que numa sociedade moderna devem andar de par no seu florescimento.

Vergar a intransigentes interêsses mercanciaes as imposições legítimas da hygiene, ageitar um systema apenas commodo, mascarando ou postergando as exigencias da saude publica, seria afrontar e trahir o direito austero da sciencia e o dever sagrado da conservação individual e commum. A liberdade ou a facilidade da circulação pessoal e commercial não pode volver-se em livre cambio de epidemias, de males diffusivos que ceifam vidas e destroem fazendas, causando por onde passam, damnos economicos incalculaveis. O proprio proteccionismo mercantil manda que, em nome das finanças particulares e publicas, se apercebam as praças commerciaes e as nações contra a ameaça e embate d'essas

crises de temeroso prejuizo, que por nosso mal algumas vezes experimentamos já.

E' ponto incontrovertivel que a entrada e a saída de cousas e pessoas pelas raias de um país, para salvaguarda de todos os interesses e d'aquelles mesmos que se possam julgar molestados, teem de ser condicionadas pela tutela da hygiene.

Mas se a barreira se cerra e eleva em demasia, oppondo-se às necessidades correntes do trafico e impondo exageros de prevenção, se a prophylaxia se desproporciona simultaneamente com a onda crescente de migração e trato e com as regras pautadas de uma hygiene que tem de manter a sua severidade sem se tornar antisocialmente tyrannica, o systema prophylatico assim concebido irá de encontro ao seu proprio principio e fim, qualquer que seja a respeitabilidade da intenção que o ditou.

Ora, as exigencias do trafico e da saude — mal iria aos povos e à hygiene se assim não fosse — podem casar-se felizmente, e a formula da união varia, conforme as descobertas e os methodos praticos da prophylaxia, e conforme o meio nacional, complexivamente olhado na intensidade commercial, na feição climática, na posição geographica, no agrupamento populacional e na organização sanitaria.

Foi essa formula que o Governo sinceramente se empenhou em encontrar.

O regulamento de 12 de novembro de 1874 é o diploma capital da nossa sanidade marítima; meticoloso, minudente e completo, é ainda a muitos respeito um documento modelar, e que com honra figura na nossa legislação sanitaria. Inspira-se, como era natural, no systema quarentenista, herdado do extinto conselho que com tamanho denodo o mantivera a despeito das guerras tantas vezes movidas, e o fixara no regulamento de 8 de Março de 1860; sugitava rigidamente os casos de precedencia maculada, mas já se defecara da crueza primitiva, e abrandara a detenção lazaretaria para os portos simplesmente suspeitos.

A quarentena a todo o transe prefigurava-se um systema de defesa absoluta; infringi-lo era abrir a porta da traição ao inimigo pestilencial que de continuo nos espreita; mantê-lo era uma tranquillidade indemnidade.

Tal crença no fundo pouco tinha de verdadeira e menos ainda de benefica. Ao rigor estreme inscripto na lei não correspondia a execução acurada da formula; o que foram durante

muito tempo, outr'ora, as desinfecções e o lazareto, antes da excellente installação e administração de hoje, mostra a distancia que mediava entre a clausula buralista e a pratica real.

E alem d'essas, quantas outras brechas não havia nesta trincheira preservativa julgada inexpugnável. A indemnidade lograda por largos annos não é mesmo abono sufficiente do systema instaurado, e muito menos demonstra que não poderíamos premunir-nos, e até com mais garantia, contra as arremetidas epidemicas. A peste do Porto veio mostrar enfim, sem replica, que o fosso facilmente se vadeava aos bacilos pestilenciaes.

Era, pois, illusoria a confiança depositada na preservação quarentenista classica, na infallibilidade da qual nos entregavamos seguros, descuidosos do nosso fomento sanitario.

E esse foi o grande mal do systema.

Bem o dizia o eminente hygienista Thorne-Thorne: "a confiança inspirada pelo exagero de medidas é um poderoso meio de obstar a todo o progresso real em materia de saude publica". Como que não havia outra tarefa hygienica senão vigiar que a mais remota pestilencia nos não tocasse as fronteiras; e nessa vedeta nos deixamos quedar largo tempo de olhos fitos no inimigo de fora sem attentar ao inimigo de dentro, desvelados contra um mal possível e adormecidos contra um mal real e constante; tudo na segurança externa, quasi nada na segurança interna. Em 4 de outubro de 1889 saía uma edição correcta e minorada do regulamento de 1874; linimentavam-se asperezas menos toleraveis; introduziam-se attenuações e adoçavam-se rigores conforme os casos, mas o impedimento ou curto ou prolongado continuava a ser a norma corrente. Novas emendas se editaram no regulamento de 21 de janeiro de 1897, que mais accentuou a outorga de franquias. O exemplo dos povos da Europa, primeiros no commercio e na industria, cada vez mais coagia a transigencias que obtiveram acceitação. A macula original de procedencia pestilencial já não importava sempre a ida ao lazareto, o que era um grande alivio; estabelecia-se uma casuistica maritimo-sanitaria com expurgações graduadas, e conforme as hypothèses tabelares assim variava o regime de navio e passageiros. Extinguiu-se, e muito bem, a qualificação de portos suspeitos, mas ao mesmo tempo aboliu-se a dos portos inficionados, o que, sobre ser contradictorio, não passava de um mero euphemismo, porque se rebuscava não só no navio, mas na

mercadoria o menor traço de mancha de origem ou de passagem para instituir logo um regime de restricções. Posto o carimbo da nota pestilencial ou de procedencia ou de escala, tanto bastava para a imposição de um tratamento univoco, pouco importava que fosse grande ou pequena a epidemia, que os casos rastilhassem ou não, que fossem apenas casos importados e sequestrados; tão pouco se entrava em conta com o systema sanitario do país infecto, a franqueza e celeridade das suas declarações, o rigor das suas medidas de prevenção e ataque anti-epidemico, o estado da sua organização hygienica. Se para a febre amarela, já contemplada com a isenção relativa do inverno meteorologico, houve mercê, facilitando o accesso ao passageiro do navio indemne, embora a tripulação ficasse sob a alçada rigorosa da quarentena, não assim para a peste em que se deixou toda a sobrecarga do quarentenismo, ainda agravado com o aviso de 14 de abril de 1897, que severamente se impôs ás mercadorias de má origem — regime que pela experiencia e necessidades dos ultimos tempos teve o Governo que alterar em providencias sucessivas.

Enjeitaram-se, ou pelo menos desattenderam-se, processos prophylaticos utilissimos, e entre elles a revisão, hoje erigida em salvaguarda consagrada e que entre nós mesmos já tem mostrado quanto pode valer.

Havia que corrigir estas e outras pechas, e corrigi-las sob um influxo de tolerancia, menos emanado do exemplo, que de motivos internos. A mais firme escora do baluarte lazaretario era a ausencia ou fraqueza confessa da nossa sanidade interna; não estavamos decididamente apercebidos com a vigilancia armada contra o rebate das zymoses. E esta deficiencia legitimava até que nos irmanassem com os países meridionaes de hygiene rudimentar que se não prestavam a subscrever e ratificar as convenções sanitarias internacionais. Era um circulo vicioso, pois que a seu turno a confiança illimitada na efficacia completa da defesa externa nos tolhia os braços e nos fechava os olhos de raias a dentro.

Hoje, porem, pode afoitamente dizer-se que já ha sentinelas e arsenaes de defesa sanitaria, e que findou a nossa inculcada bisonhez na milicia hygienica.

A bacteriologia, base de toda a pesquisa e hygiene epidemial, é cultivada entre nós com esmero e honra; não faltou no seu posto de vigilancia e luta no momento critico. A medicina

tambem não posterga os seus deveres de tutela commum pela denuncia do perigo; haja vista o encontro dos casos suspeitos e a jugulação de focos em diversos pontos do país quando foi a peste do Porto. A apparição de um flagello novo, quasi desconhecido, a meningite cerebro-espinhal, veio encontrar a postos e apercebida a medicina nacional; o corpo sanitario do país tal qual o afeioaram, em harmonia e execução de funções, as instruções de 22 de dezembro de 1900, fez a sua estreia de prova, e de tal arte que se evidenciou quanto se podia confiar da sua destreza e zelo.

De arsenal anti-inficionante por toda a parte se cura e provê; aos dois postos de desinfecção de Lisboa e Porto vão additar-se installações analogas por cidades e villas, de iniciativa municipal, secundada pelo Governo; a aquisição de material de desinfecção conquistou, pode dizer-se, todos os municipios, graças á propaganda activa e efficaz que o corpo de saude tem promovido. Sem optimismos ha que reconhecer que é real e extenso o progresso sanitario do país, ha dois annos a esta parte, e que se vai desentranhando em melhorias effectivas e numa orientação do espirito publico para tudo quanto proteja a saude geral. Este movimento espera o Governo que seja fortemente impulsionado pelo presente projecto de regulamento, que define um systema regular e estavel de sanidade interna.

Fomentada a hygiene intranacional, simplifica-se a resolução do problema da hygiene internacional. E' licito já conceder uma emancipação relativa ao trato maritimo; um motivo mais para que o commercio e a industria façam sacrificios pelas obras e instituições sanitarias.

O systema adoptado categoriza áparte os casos menores de manifestação epidemica; taes os de simples importação, seguidos de immediato sequestro, os de pequeno alcance diffusivo, os combatidos a valer pelos recursos prophylaticos. O sujamento da carta por taes casos importa uma vigilancia mais activa. Desde que as instancias competentes se pronunciem pela serieidade do perigo de transmissão pestilencial, declara-se o porto inficionado, o que traz consigo uma serie de medidas determinadas a impor ás pessoas, bagagem, carga e navio. Tanto basta para justificar essa declaração de inficionamento; é necessario que todos saibam o tratamento com que teem de contar; só assim o viajante e o commerciante poderão orientar e precaver os seus

interesses, até onde é possível, com conhecimento de causa. Marca-se o regime a seguir, mas susceptível de agravar-se ou atenuar-se ainda conforme a intensidade da epidemia, o país atacado, a defesa instituída, e mais factores de justa ponderação.

A aparição de pestilencia a bordo também não implica sempre toda a severidade das medidas quarentenarias; dá-se o desconto dos casos passados além de um período de prevenção, desde que o navio e a sua direcção sanitária satisfaçam aos requisitos modernos da hygiene.

Graduaram-se em serie methodica e clara os casos capitaes e typicos desde os mais benignos aos mais graves; e por elles se escalou o tratamento differencial a impor, pondo em acção progressiva os meios de coerção e prevenção, jogando com os processos prophylaticos intermediarios entre a livre pratica e a quarentena completa de rigor, taes como a vigilancia no logar do destino ou no porto, a revisão medica, a observação preventiva e a desinfectão pessoal.

O tripulante, pessoa mais de temer na vehiculação epidemica, tinha de ser mais sobrecarregado do que o passageiro; mas deparou-se modo, com a mitigação das medidas intermedias e sem nenhuma quebra de segurança, de o libertar nos casos ordinarios da quarentena de rigor, que sempre se lhe impusera.

O costume de fazer contagem diversa de dias para o cholera, peste e febre amarella foi abolido; baseado numas differenças cada vez mais duvidosas de incubação, tinha o inconveniente de criar desigualdades escusadas; adoptaram-se prazos univocos, reduzidos a um minino razoavel, bastante encurtados relativamente aos vigentes.

Nesta conformidade de regime a peste exigia casa à parte pelo que hoje se esclareceu da sua etiologia. Tão epizootica como ella é na sua propagação, attender apenas ao homem como transporte pestifero, seria enjeitar a principal via de contagio.

A guerra ao rato é aqui, mais que nunca, a guerra contra a peste. D'ahi os artigos inseridos para a prevenção da peste murina, até onde seja possível precavê-la.

Se para a peste se assimilaram regulamentarmente as noções já irrefragaveis da sua epidemiogenia, não assim para a febre amarella; a recente theoria do mosquito não attingiu ainda uma consagração pratica tal que se derogue desde já a tactica habitual.

Sobre mercadorias cortaram-se suspeições exageradas de contaminação, circumscrevendo o grupo das julgadas mais susceptíveis, e como taes sujeitas a desinfecção forçada ao quadro que está mais ou menos convencionado nos regulamentos estranhos

Aos artigos susceptíveis, como ás bagagens, facultou-se o deposito em transito em posto neutro.

As operações quarentenarias são somente exequíveis no Lazareto; para a desinfecção ha que vadear o Tejo, o que acarreta incommodos e encargos pouco supportaveis. O meio de facilitar as imposições sanitarias nos casos correntes está de si indicado; um posto maritimo de desinfecção na margem direita do Tejo, nas condições realizaveis da competente installação, é um beneficio de tanta monta por todas as razões, e de tanto reclamado, que o Governo abriu-lhe menção no regulamento e immediatamente iniciará a sua edificação, como a mais instante providencia material dos serviços de saude do porto de Lisboa.

* * *

O acesso da capital e do país não mais será tolhido pelo espectro de insupportaveis digressões quarentenarias; é um attractivo e um bem devido aos forasteiros com que a terra lucra por todos os modos, livrando-se de apodos e vendo crescer o numero dos seus visitantes.

A sanidade maritima não liquida a sua missão de vigilancia anti-pestilencial esquadrinhando o que entra. Quantas vezes, já depois do navio fundeado, não surde o mal, que trespassou a malha do ingresso por apertada que seja; o navio no porto tem, pois, que ficar sob a inspecção da auctoridade sanitaria maritima, a mais prompta e competente para exercer essa fiscalização, parte integrante das suas funcções ordinarias.

Manda tambem a mutualidade hygienica, que da mesma forma que somos sollicitos em nos resguardar de pragas vindas de fora, devemos buscar poupar os outros quando por desgraça as tenhamos de dentro. As saidas, desde que a nossa procedencia seja inficionada, teem que ser vigiadas para evitar a exportação de flagellos accidentaes.

A portos e embarcações compete tambem uma hygiene sua, tão de direito e até mais obrigante do que a hygiene terrestre.

A casa naval carece de uma salubridade severa; e o navio que transporta passageiros e colonos, tem de satisfazer aos requisitos imprescriptiveis que assegurem os interesses sanitarios da sua população de viagem.

Toda esta sanidade dos portos e embarcações, a que se mantinham alheias com grave deficiencia as nossas praticas e regulamentos, recebe agora a consignação expressa de preceito executorio.

Tradições arreigadas de uma ciosa defesa restringiram a Lisboa as faculdades desimpeditivas da sanidade maritima; era a unica porta aberta á navegação suja. D'ahi advinham tropeços e damnos ao commercio das outras praças do reino, que não podiam mais com semelhante embargo.

Este justo desembaraçamento de portos só podia franquear-se desde que elles fossem apercebidos do arsenal quarentenario indispensavel. Empenhou-se o Governo em favorecer e promover essa instauração utilissima. Pôs em funcção activa o estabelecimento lazaretario do Funchal, approvou o posto de desinfecção maritima que a junta districtal de Ponta Delgada está implantando, e auxiliou com especiaes medidas o posto de Leixões, a cargo da Associação Commercial do Porto.

Com esta installação ficam os portos habilitados a pôr em acção o tratamento sanitario applicavel aos casos occorrentes, tirante apenas os casos gravissimos e felizmente tão raros, de pestilencia a bordo.

Esta profunda remodelação funccional exigia remodelação organica.

Os serviços maritimo-sanitarios integraram-se harmonicamente no plano estabelecido para a sanidade geral. Em cada porto o serviço foi unificado, como de pratica e de razão convinha em materia de tanta delicadeza e responsabilidade. As estações classificaram-se methodicamente conforme o seu pessoal, arsenal e funcções, e agruparam-se em circunscripções para mais facil administração e inspecção. Aos chefes dos serviços, na justa sequencia das idéias que orientam toda esta reforma, conferem-se latitudes de acção para exercicio da sua competencia experimentada e responsabilidade profissional, de sorte que as funcções de segurança que lhes são distribuidas, as desempenhem, não automatica e cegamente, mas com vigilancia consciente e esclarecida. Aos casos occorrentes de duvidas e

reclamações facilita-se a solução, abreviando e simplificando os tramites de agora.

Da raia sêcca de onde eventualmente nós pode chegar o rastilho epidemico, se occupa parallelamente o regulamento, estipulando as condições geraes d'essa defesa, que para cada caso especial tem de ser providenciada.

Para todo este trecho de reforma se preveniu especialmente o Governo, solicitando com menção a auctorização parlamentar, e antecipando-se a um movimento de opinião que em todas as classes encontrou echo; tinha-o antecedido e até excedido, conferindo todas as isenções possiveis ao commercio e à navegação, e isto sem a mais ligeira lesão da hygiene publica, pois que pelo contrario se exalta e reforça a defesa sanitaria.

Escrupulisou o Governo em poupar os dinheiros publicos na gestão desta reforma.

Para as consignações já feitas na carta de lei manteve-se dentro das verbas auctorizadas.

Operou reduções nos quadros dos serviços da capital.

Para a organização dos do Porto, previra-se no relatorio que o Governo apresentou ao Parlamento a justificar o projecto de reforma, um augmento de despesa, pois que a tarifa dos vencimentos dos delegados e sub-delegados se desproporcionara, não só com a dos funcionarios da capital, com os quaes se conservaram igualados durante longos anos, antes da melhoria de situação ha tanto criada para os de Lisboa, mas mesmo ultimamente com os estipendios dos funcionarios de saude das provincias.

Engendrou-se porem o quadro com a devida modicidade; as suas despesas pouco excedem as somas que são gastas ao presente, notando-se que para fazer face aos encargos dos serviços do Porto ha que contar com as respectivas receitas e com a contribuição municipal fixada no decreto de 18 de junho de 1901.

Da sanidade maritima, apesar da sua notavel melhoria, não derivaram encargos de monta. Para o Funchal e Ponta Delgada o excedente vae a cargo das juntas districtaes; para o Porto as despesas entram nas disposições do decreto de 18 de outubro de 1900. Em Lisboa a reforma dos quadros pouco vae em importancia alem do quadro actual, addicionando-se os emolumentos das cartas de saude, que passam a constituir receita do Estado,

É lisonjeiro registrar-se que se dota a capital e o país de um melhoramento de extraordinario alcance e beneficio como é o posto na margem direita do Tejo, com um encargo minimo consideravelmente inferior ao presumivel.

A taxa imposta para a desinfecção — um consideravel allivio sobre as despesas agora impostas aos passageiros — compensará até os gastos a fazer com a instalação do posto de que tamanhos proveitos economicos são esperados. O decreto de 30 de setembro de 1892 criara uma contribuição especial sobre os estabelecimentos das aguas mineraes, destinada a despesas da sua fiscalização.

País algum excede o nosso na quantidade e qualidade das nascentes hidro-mineraes, e a sua exploração nos ultimos anos tem-se desenvolvido grandemente, com proveito da medicina, da humanidade e da riqueza publica.

Em seu proprio interesse esta hoje vasta industria therapeutica carece de uma inspecção official effectiva que rodeie o aproveitamento das aguas mineraes da garantia de todas as condições impostas pela hygiene e pela hydromedicina, sem as quaes padece, tanto o cliente, como a propria industria thermal.

Aos serviços sanitarios geraes se consignou esta inspecção local, a que se sobrepôs uma inspecção superior e especial, incumbida de fiscalizar a technica e instalações hydro-thermaes, a assistencia medica nas estancias de aguas, e, enfim, a salubridade local, que tantas vezes pecca com detrimento de quem, à busca de melhor saude, tem de viver e alojar-se em condições que a hygiene reprova.

A este serviço incumbiria ainda interferir na regulamentação dos estabelecimentos e proceder á catalogação medica das aguas mineraes do país, trabalho que nunca officialmente se fez, e que é um inventario ao mesmo tempo util para a sciencia e para a economia do país. Cria-se assim uma funcção permanente de remontada importancia, ha muito desejada, e para attenuar os seus encargos se recorre a uma tributação modica dos estabelecimentos, conforme a sua importancia e desenvolvimento.

.

RICARDO JORGE

Prática sanitária

Vedação de cemitérios

Publicada há anos a nossa conferência «*Sobre cemitérios*» uma vez ou outra nos tem sido imposto o encargo de informar quanto a alguns pormenores que a cemitérios dizem respeito.

Recentemente foi pedida a pronúncia sanitária em relação à altura mínima fixada, para os muros de vedação dos cemitérios, nas Instruções de 1890, altura essa de 2,20 metros.

No estrangeiro muitos cemitérios são vedados apenas por um pequeno murete, ou uma sebe, e assim não parece haver inconveniente sanitário.

A tal propósito informamos como segue.

À primeira vista a justa referência a práticas correntes em muitos países e terras, parecerá mesmo concludente. E tanto, que então se estranhará qualquer proposta para uma redução daquela altura mínima, redução essa porventura diferente em zonas urbanas e zonas rurais.

Na verdade o cemitério aberto é de tradição e uso remotíssimos, pré-histórico, de todos os tempos e hoje mesmo de todo o mundo.

Pode dizer-se que é de sempre o desejo e a prática de fixar para os corpos mortos um local suposto de eterno repouso; e isso tanto é verdade quando se lançam em rios sagrados as cinzas de uma cremação, como quando se suspendem nas árvores de florestas respeitadas os corpos mortos; tanto é exacto nos cemitérios pré-históricos de todas as idades da humanidade, como nas sepulturas de todos os tempos. A sepultura tão fechada como a de uma pirâmide egípcia representa no fundo o mesmo desejo

humano que a jangada elementar em que num rio dos trópicos se deixa ir vogando um corpo morto.

Se é fechado o mais possível o cemitério no corpo de uma igreja, mas muito menos o de um claustro, é aberto de todo o que em tanto adro ainda se vê. E podem multiplicar-se ao infinito os exemplos de todas as formas possíveis de enterramento, de inumação, de destino de cadáveres humanos.

Poucas razões sanitárias se podem apontar em defesa de uma vedação rigorosa; e porventura só uma tem valor e grande: quando a vedação seja a condição fundamental que impeça o mais possível o desenterramento dos corpos ou a sua extracção dos invólucros em que estejam.

Há duas condições determinantes principais de tais sucessos, o roubo e a entrada de certos animais.

Rouba-se o chumbo de caixões e roubam-se joias de mortos.

E se certos animais (lobos, cães e outros) se apontam como desenterradores dos corpos em fase inicial de putrefacção, nas condições que exactamente preferem muita vez, muitos outros, podendo também saltar, teriam nos cemitérios rurais fácil pastagem, (cabras por ex.) valhacouto e cama. Tudo deplorável senão ignominioso.

Cheiros, moscas, possíveis perigos ainda de infecções específicas, e perigos seguros de infecções inespecíficas, dispensam mais que a simples referencia.

A vedação prevista nas Instruções de 1890 não será bastante para o homem, mas tem-se por segura para os animais; e é segura; e por isso sobretudo se defende.

Mas no estrangeiro? Distingamos. Em primeiro lugar esse estrangeiro de que se fala não é o de povos orientais, africanos, e outros, que entregam os corpos ao seu destino, sem preocupação, o que as suas religiões permitem. E esse estrangeiro não é também o de todos os povos mais próximos de nós, cujos túmulos asseguram ou procuram assegurar o repouso dos corpos e os defendem; e são assim até as sepulturas em pedras escavadas e tapadas, em dolmens ou antas, todas as que se cobriram na pré-história de pedras; e depois as de todos os povos do próximo oriente, as do Egito, as de romanos e gregos, as dos judeus; todas as dos cristãos primitivos, defendidas peja igreja, pela catacumba, em carneiros, em criptas.

São costumes; e foi, e é por eles, que não defendemos sanitariamente a cremação. Costumes dos nossos afinal.

O estrangeiro que anda citado é sem dúvida o de países e povos que em certa extensão conhecemos. São esses cemitérios da Europa Central, da Alemanha, dos países do Danúbio, e alguns mesmo em países latinos. E são sobretudo os cemitérios em jardim, em parque, que os anglo-saxões por vezes apresentam.

Há então um ponto fundamental a considerar: é que por lá não sucedeu como em outras terras, como por cá, que a favor de uma arreigada convicção de alguns e de uma imperativa determinação, a que a custo muita aldeia resistiu e resiste ainda, há 100 anos, há mais, desde 1837, não sucedeu por lá esta imposição do afastamento dos cemitérios.

Aqui invocam-se ainda miasmas, pretende-se invocar e invoca-se a higiene, para os pôr extra-muros, para os afastar o mais possível das habitações, para os instalar em cabeços ventosos e ermos.

Aqui o uso redobrado do jazigo e do monumento funerário dá-lhes aspectos gritantes de morte, em vez de se conservarem como simples campos santos de humildade, de respeito, de culto. E por isso mesmo também se invoca que a sepultura fere a sensibilidade. A sepultura simples não fere a sensibilidade, a de ninguém, e menos ainda a das crianças.

Pois diremos que nessas povoações estrangeiras a que por certo se costuma fazer referência, o cemitério singelo, aberto, ou quase, está na povoação. Lado a lado com os vivos. Sem perigo de animais bravios. À vista de todos. E por isso mesmo ele se guarda e se defende.

Mas mesmo nessas terras, quando o cemitério inclui monumentos, jazigos, riquezas, aí mesmo é murado, é bem vedado e defendido. Sem embargo de o ser igualmente muita vez sem que nele existam valores que se cubicem. Há de tudo, e de tudo exemplo.

Aqui mesmo em Lisboa os dois cemitérios que não são portugueses, e também o dos judeus, são bem murados; e estão os dois primeiros desde sempre bem dentro da cidade, incluindo-se na área do inglês a igreja e o hospital; e nem mesmo a este último nunca chegaram miasmas que dele viessem, nem terrores; nem aos vizinhos da cidade.

Mas uma vez que se persiste entre nós na ideia de afastar para os arrabaldes das povoações rurais os seus cemitérios, aumentando até desde logo e por isso as possibilidades de se atingirem águas de uso, não vemos como fugir de os defender do acesso de animais pelo menos com muros de altura não inferior àquela que o conhecimento e a experiência asseguram.

— Antes de concluir diremos que se a tudo se não julgar preciso atender, a costumes e a conveniências, que então por modo algum se marquem limites novos de alturas, com um desdobramento que por nenhum modo se justifica. Dê-se então liberdade de ideação e de critério, mas assumindo-se a responsabilidade de o determinar. Mas limitando-se por ventura essa liberdade só quanto aos cemitérios existentes ou a instalar dentro, dentro repita-se, das povoações urbanas que sejam vilas ou cidades; e isso se aí mesmo se tiver por assegurada a defesa contra a violação e o roubo. Mas quem o faria, mesmo em Lisboa?

Nas outras povoações, nas aldeias, em toda a parte onde mercê de um errado critério, se insiste em os colocar « fora de vila e termo » que pelo menos lá dentro as campas não sejam fácil valhacouto de animais.

E concluimos dizendo que se nos perdoasse a extensão e a forma da nossa informação, único modo por que nos foi possível traduzir o que julgamos preciso em matéria tão particular.

Lisboa, 21 de Março de 1948.

O INSPECTOR SUPERIOR,

CARLOS D'ARRUDA FURTADO

Obras entradas na Biblioteca do Instituto em 1947

I — Livros e revistas comprados

- Recuerdos de mi vida — Ramon y Cajal.
Farmacopeia Portuguesa — 4.^a edição
Noções de Toxicologia clinica e forense — L. A. D. Santos.
Traité d'Hygiène — A. Rochaix, P. Sédallian, R. Sohier.
A indústria do sal em Portugal — Charles Lepierre.
Sal comum, sal do mar, sal de mina — Mário V. de Sá.
Como se hace una tesis doctoral — J. L. de la Vega J. Placer
Manuel de Biochimie — P. Thomas
Health and Social Welfare — 1947.
Skin diseases, nutrition and metabolism — Erich Urbach & E. B. Le Winn.
Hygiène de l'habitation — A. Augustin Rey.
Insect pests of food — H. S. Hinton, A. S. Corbet & W. H. T. Tams.
Médecine, Service Social et Famille — Pasteau, Tabart, Prat, etc.
Les directives de la médecine sociale — Noël Fiessinger.
Sociologia da vida rural — T. Lynn Smith.
A carne na alimentação e na economia agrária — J. da S. Portugal.
Código do Médico — Legislação médica sanitária — E. Serra e E. S. Pico (3 vol.).
Reorganização do Instituto — Decreto 32.443
Um ano de administração — 1946 — Hospital Júlio de Matos.
What to do about vitamins — Roger J. Williams.
Freezing preservation of foods — D. K. Tressler & C. F. Evers.
Food values of portions commonly used — A. D. Bowes & C. F. Church.
The art and science of nutrition — E. E. Hawley & Carden.
The chemistry of amino acids and proteins — C. L. A. Schmidt
Contrôle bacteriologique pratique des denrées alimentaires d'origine animale
— Armand Névet.
Manual de estatística — Amaro D. Guerreiro.
La sociologie expérimentale — Paul Descamps.
Geografia humana — Amorim Girão.
Código Administrativo — ed. de Jaime Lopes Dias.
Monografias de Portugal — Exposição Port. de Sevilha.
Milk, production and control — W. C. Harvey & H. Hill.
Elaboración de quesos — Juan Minut.
Mille questions d'hygiène — H. Violle.
Conférences cliniques de rhumatologie pratique — Fr. Françon.
L'oeuvre des pasteurs en Afrique Noire — Afrique Occidentale Française
— C. Mathis.
Personal mental hygiene — Dom Thomas Verner Moore.

Les contagions de la syphilis — G. Millan.
 Mass radiography of the chest — H. E. Hilleboe & R. H. Morgan.
 Le corps médical devant la Médecine Social — Pierre Theil.
 L'alcoolisme aigu et chronique — L. Dérobert & H. Duchene.
 Problemas de medicina pratica e preventiva no Brasil em 1945. — B. Berle
 L'hygiène de la race — G. Banu.
 Higiene geral e escolar — J. A. da Cruz Neves.
 História de la Medecina — Paul Diepgen.
 História de la cirurgia — Harvey Graham.
 Médecine d'hier et de demain — A. Molinier.
 Enfermedades y anomalias hereditarias de la piel — C. A. Maruri.
 Vitaminas — F. A. Gonçalves Ferreira.
 Trabajos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas — Vol. VIII.
 Principles of genetics and eugenics — Nathan Fasten.
 Principles of genetics — E. W. Sinnott & L. C. Dunn
 Physiological genetics — Richard Goldschmidt.
 Higiénización de la leche — A. Orfila Reynal.
 Hygiène des milieux ruraux — A. Rochaix & A. Tapernoux
 Higiene Veterinária — J. Morros Sardá & J. S. Sáinz - Pardo.
 Igiene rurale — P. L. Fiorani Gallotta.
 Igiene rurale — Carlo Sanquirico.
 Guia de Portugal — Vols. I, II e III.
 As corporações dos ofícios mecânicos — Franz — Paul Langhans (2 vols.).
 The chemical analysis of foods — H. Edward Cox.
 Outline of the amino acids and proteins — Melville Sahyun.
 Tratado de lecheria — W. Fleischmann.
 Biochimie médicale — Michel Polonovsky.
 Higiene de la edad escolar — A. Rodriguez Vicente.
 Preventive medicine and public health — Wilson G. Smillie.
 Analisis de insecticidas — Pedro Herce.
 Métodos físico-químicos para la determinacion de vitaminas — F. Gstirner.
 Leitaria moderna — A. Baptista Ramires.
 A banana — V. Henriques de Gouveia.
 Le système Taylor — C. Bertrand Thompson.
 Manuel pratique de l'Assistante Social — Tome I — Courcoux.
 Elementos de física atômica — Manuel Valadares.
 Les essences naturelles — Calisto Craveri.
 La médecine preventive usuelle — Georges Schreiber.
 Higiene mental del escolar — Carolina Tobar Garcia.
 La quimica al dia — Arnold Allcott e H. S. Bolton.
 Food analysis — A. G. Woodman.
 The chemistry of milk — W. L. Davies
 Enzyme technology — Henri Tauber.
 The year book of endocrinology, metabolism and nutrition — T. D. Spies
 & O. Thompson.
 Traité de démographie — Adolphe Landry.
 A compilation of culture media for the cultivation of microorganisms — Max
 Levine & H. W. Schoenlein.

Major instruments of science and their applications to chemistry -- R. E. Burk & Oliver Grummitt.

Dietotherapy -- Michael G. Wohl.

Rehabilitation through better nutrition -- D. Spies.

The treatment of diabetes mellitus -- Elliot P. Joslin.

Técnicas generales y experimentacion bacteriologica -- Luiz C. Verna.

Higiène -- Manuel V. Carbonell.

Food and Health -- Henry C. Sherman.

Chemistry of foods and nutrition -- Henry C. Sherman.

An introduction to foods and nutrition -- H. C. Sherman & Caroline S. Lanford.

Essentials of nutrition -- H. C. Sherman & Caroline S. Lanford.

Modern bread from the viewpoint of nutrition -- H. C. Sherman & C. S. Pearson.

Foundations of nutrition -- Mary Swartz Rose.

The newer knowledge of nutrition -- E. V. McCollum, Keiles & Day.

Manual de técnica histológica -- Roberto P. Chaves & A. Celestino da Costa.

Organic qualitative microanalysis -- Frank Schneider.

Manual para la medida práctica del pH -- Kordazki.

Prácticas de química organica -- Ludwig Orthner & Ludwig Reichel.

Tratado de química organica -- Pablo Karrer.

Prácticas de química organica -- L. Gattermann.

Medicina Administrativa e Legislativa -- Macedo Pinto -- 2 vols.

A mais completa profilaxia nas terras de paludismo maligno -- M. F. Ribeiro.

Higiene e profilaxia social -- Gaspar F. de Macedo.

Memorial terapeutico -- anónimo.

O medico das moléstias secretas ou a arte de as curar só -- C. Albert.

O perigo venéreo -- A. Fournier.

Remédio infalível contra a mordedura de animais damnados -- J. Magalhães.

Breves considerações sobre o parto prematuro artificial e suas indicações -- João Pereira Dias Lebre.

A dissecação da Crítica de um Autor -- A. J. F. da Silva.

Esgotos nas cidades e nos hospitais -- A. A. da Costa Simões.

Construcções hospitalares (Noções gerais e projectos) -- A. da Costa Simões.

As nossas praias -- Soc. de Propaganda de Portugal.

Manual da Higiene da Infância -- G. da Silva Abranches.

Curso Elementar de Higiene -- J. Peres F. Galvão.

O aborto cirurgico e suas indicações -- M. F. Ribeiro.

Algumas considerações sobre a escolha das amas de leite -- F. A. de Moura.

Condições higienicas do Hospital de Santo António do Porto -- J. Albuquerque.

Memoria sobre a laqueação da artéria ilíaca primitiva -- A. M. Barbosa.

Un Fléau Social -- A. Schreiber.

Estadística -- Garcia Alvarez e Ayuso Orejana.

A Synopsis of Hygiene -- Parkinson.

Practical Malariology -- Russel.

La régulation hormonale du métabolisme et la vitamine A -- M. Visscher.

Techniques de l'organisation professionnelle -- Raymond Boisdé.

Les principes de l'organisation professionnelle -- H. Culman.

Administration industrielle et générale -- H. Fayol.

De la méthode dans les sciences expérimentales -- H. Le Chatelier.

La Technique du classement — Thérèse Leroy.
 Acidos aminados — Pedro M. Re.
 Espectrofotometria aplicada à Medicina — Mesorana.
 The physiological basis of medical practice — Best & Taylor.
 Food and beverage analysis — B. & Mattice.
 Dicionário Português-Inglês e vice-versa — Michaelis — 2 vols.
 The analytical chemistry of industrial poisons — M. B. Jacobs.
 Chromatographic adsorption analysis — Harold H. Strain.
 Colorimetric determination of traces of metals — E. B. Sandell.
 Volumetric analysis — Kolthoff e Stenger.
 Colorimetric analysis — Noel L. Allport.
 How Britain was feed in war time — Food control — 1939/1945.
 Index to the literature of foods investigation — Vol. 16-n.º 2
 A saúde do homem — Maia de Loureiro.
 The story of the man and his food — C. Furnas.
 Methods of analysis — A. O. A. C. — 6.ª Edição.
 Primera Reunion Interamericana del Tifo.
 El laboratorio en las enfermedades venereas — Camuñez.
 The sanitary inspector's handbook—Clay,
 Étude épidémiologique des cas de typhus exanthématique — Leclainche & Boyer.
 La inspección veterinaria en los mataderos, mercados y vaquerias — C. Sanz Egaña.
 École et Santé — 2 vols. Col. Éducation et Santé.
 Les initiateurs français en pathologie infectieuse — Noël Bernard et alt.
 Amebíase — José Fernandes Pontes et alt.
 Lições de patologia das doenças contagiosas dos animais domésticos — Brito Vasques.
 O guia das mães — Branca Rumina.
 Mataderos, carnes y substancias alimenticias — Santos Arán.
 Travaux pratiques de parasitologie — E. Brumpt — Neveu — Lemaire.
 Localisations viscérales et aspects chirurgicaux des brucelloses — Michel — Béchet
 L'oeil et les maladies professionnelles — Coutela.
 Patología y terapeutica especiales de los animales domesticos — Hutyra.
 Chemical composition of foods — McCance & Widdowson.
 Textbook of bacteriology — Zinsser.
 Practical bacteriology — Stitt.
 Parasitology — Belding.
 Fundamentals of bacteriology — Frobisher.
 Mosquito control — Herms & Grey.
 Fundamentals of immunology — Boyd
 Clinical parasitology — Craig & Faust
 An outline of statistical methods — Arkin.
 Frost — Walle & Hampton.
 Portugal — Dicionário histórico, corográfico, etc. em 7 vols. — Esteves Pereira & Guilherme Rodrigues.
 Tropical nutrition and dietetics — Lucius Nichols.
 Antenatal and postnatal care — Francis J. Brown.
 L'étude d'une maladie — Le choléra — François d'Hérelle.

L'intoxication par l'alcool éthylique — H. Casier & A. L. Delaunois.
 L'hygiène du bétail — A. Lucas.
 La equinococosis en España — Lopez Neyra e Maria Planas.
 Le dosage microbiologique des vitamines — Maurice Welsch.
 L'allergie tuberculeuse chez l'homme — G. Canetti.
 Fundamentos de sifilologia — Rudolph H. Kampmeier.
 Constitution y caracter — E. Kretschmer.
 Quelques maladies infectieuses — J. Basset
 Clínica, Higiene e Hidrologia — Revista — Anos de 1940 a 1946.

Publicações periódicas assinadas em 1947 ⁽¹⁾

Amatus Lusitanus.
 Portugal Médico
 * A Medicina Contemporânea
 * Coimbra Médica.
 * Clínica, Higiene e Hidrologia.
 Bulletin de la Société Scientifique d'Hygiène Alimentaire et d'Alimentation
 Rationnelle.
 Revue d'Immunologie.
 Comptes-Rendus des Séances de la Société de Biologie.
 Annales de l'Institut Pasteur.
 Bulletin de l'Institut Pasteur.
 Annales d'Hygiène Publique, Industrielle et Sociale.
 La Presse Médicale.
 Techniques Hospitalières, Sanitaires et Sociales.
 Chimie Analytique
 Revista de Sanidade e Higiene Pública.
 * Revista Clinica Española.
 * ION
 The British Food Journal.
 Bulletin of Hygiene.
 The Journal of the Royal Sanitary Institute.
 The Journal of Hygiene.
 The Journal of Tropical Medicine.
 Tropical Diseases Bulletin.
 The Biochemical Journal.
 The Lancet.
 The American Journal of Hygiene.
 The Journal of Immunology.
 The Journal of Nutrition.
 The Journal of Biological Chemistry.
 The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.
 Public Health Reports.

(¹) Também assinados em 1946 os marcados com o sinal *.

* American Journal of Public Health.
 Journal of Bacteriology.
 The Journal of the American Medical Association.
 Excerpta Medica.
 * Encyclopédie Médico-Chirurgicale (folhas várias).
 Nutrition Abstracts & Reviews.
 Scientia.

Obras compradas em segunda mão

El libro de la Peste — Luis Mercado.
 Portugal Corticeiro — Ano I, n.º 9 e 10.
 Aesculape — Ano de 1938, n.º 1 a 12; 1939, n.º 11 a 12; 1940, n.º 1 a 4.
 A Syphilis — Manuel B. de Sousa.
 Anaphilaxie — Antianaphilaxie — Besredka.
 História do ensino médico no Porto — Maximiano Lemos.
 As anomalias dos membros nos Portugueses — J. A. Pires de Lima.
 Programme du xv Congrès International de Médecine et de Chirurgie.
 A vida sexual — (I Fisiologia, II Patologia, 2 vols.) Egas Moniz.
 Les Troubles Oculaires dans l'Encéphalite Léthargique Épidémique — Ivette Dautrevaux.
 As indicações do XI Congresso de Higiene e Demografia e o modo de realizá-las em Portugal — Augusto da Silva Carvalho.
 As águas minero-medicinais de Monsão — A. J. Ferreira da Silva.
 Um caso de corpo estranho magnético no cristalino extraído sem formação de catarata — Sebastião Costa Santos.
 Pharmacopeia, Chymica, Médica e Cirurgica — António J. de S. Pinto.
 Hydrophobia — Cura da mordedura do cão danado — Vitroz.
 O início da Escola de Cirurgia do Hospital Real de Todos os Santos — Sebastião Costa Santos.
 A Bacteriologia no Porto — Carlos Ramalhão.
 L'Institut d'Histologie et d'Embriologie — A. L. Salazar.
 Biologia do virus da varíola-vacina — J. Avellar de Loureiro.
 A análise higiénica do leite — Paulo V. Marrecas Ferreira.
 Gazeta Médica do Porto — J. Peres F. Galvão e outros.
 The Journal of Experimental Medicine — Supl. n.º 2, Agosto 1928.
 Papyrus-Urkunden-Studien zur Geschichte der Medizin — Karl Sudhoff.
 Geschichte Der Chirurgie und Ihrer Ausübung — E. Guret (3 vols.).
 L'art de prolonger la vie — Traité d'Hygiène — Pressavin.
 Breve descripción de la fiebre amarilla — D. Juan M. de Arejula.
 Ilustração médica ou Reflexão Crítica — Duarte Rebelo de Saldanha.
 Tuberculosos curados — Lopo de Carvalho e Amandio Paul.
 I Congresso Nacional de Deontologia Médica (1912).
 Os progressos da oftalmologia nestas duas últimas décadas — Costa Santos.
 Da extracção do cristalino na operação da catarata senil — C. Santos.
 A cegueira em Portugal — Sebastião C. Santos.
 A medicina militar — Revista Quinzenal, 24 números (1899).
 Revista da Universidade de Coimbra, 8 volumes (1912 a 1922).

Gazeta Médica de Lisboa — 3 volumes (1853, 1854/55, 1856/57).
 Legislacion Sanitaria Española — D. Carlos Rubio de la Torre.
 Hygiène du cardiaque — Fiessinger.
 Prophylaxia da Tuberculose — Carlos Moraes.
 Noções elementares de Semiologia ocular e Simulação — Mário Moutinho.
 Epidemiology old and new — W. Hamer.
 L'Hygiène des Hépatiques — Roger Glénard.
 Downward Paths — A. Maude Royden.
 Apontamentos sobre os meios de ventilar e aquecer os edificios públicos —
 Pedro Alvarenga
 Manuel Bento de Sousa — J. Alves Crespo.
 O clima e as termas de Portugal na indústria do Turismo — A. Narciso.
 A medicina no «Cancioneiro de Garcia de Resende» — Maximiano Lemos.
 Noções sobre Colera Morbus Indiana — A. da Silveira Pinto.
 Direcção para o curativo da Colera Morbus ou de Colera Confirmada.
 A saúde pública — Redactor: A. Maia Mendes.
 Pharmacopea Lusitana — D. Caetano de Santo António (4.^a edição).
 Pharmacopea Tubalense (3.^a parte) — M. Rodrigues Coelho.
 Louis Pasteur — Virgílio Machado
 A escola, centro primacial de luta anti-tuberculosa — Afonso Manaças
 A evolução do ensino da hygiene na escola do Porto nos últimos cem anos
 — Lopes Martins.
 Hygiène Oculaire — G. Joland.
 As águas do Agroal — Vieira Guimarães.
 O Instituto de Patologia Geral e o serviço anti-rábico e vacínico da Univer-
 sidade de Coimbra — Marques dos Santos.
 La Syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique — P. L. Gastou.
 Atitudes viciosas nas escolas — S. C. da Costa Sacadura.
 Higiene Ocular na Infância e na Adolescência — Branca Rumina.
 As febres do Rio de Janeiro — J. V. Torres Homem.
 La fatigue de l'appareil visuel chez les ouvriers mineurs — M. Stassen.
 História da lepra em Portugal — A. Silva Carvalho
 Le Bacteriophage et son comportement — F. D'Hérelle.
 Le Portugal Hydrologique et Climatique — 2 vols. (1930/31/34/35).
 A Tuberculose e a Escola — S. C. da Costa Sacadura — (do boletim da
 A. N. T.).
 Breves considerações sobre a hygiene das nossas Escolas — S. C. da Costa
 Sacadura.
 O arquivo do Hospital de S. José — Costa Santos.
 Premier Congrès de l'Histoire de l'Art de Guérir — Tricot Royer e Van
 Schevensteen.
 Bérubéri — P. F. da Costa Alvarenga.
 Repositório Literário.
 Memória descriptiva del Cólera-Morbo epidémico — António Falp.
 Colera Asiática — J. Wrancken.
 Rapport sur l'Épidémie Cholérique — Gaye (de Pau).
 Instruções ou preceitos que se devem adoptar contra o Cholera-Morbus
 (Sociedade das Sciencias Médicas).

- Breve aviso ao povo — Lima Leitão — 2 vols. — 1.º tratamento; 2.º, preservativos da doença epidémica colera morbus.
- Instruções populares para tratamento do Cólera epidémico.
- Instruções populares acerca da Cholera-Morbo — J. Ferreira.
- Manual Complementário da Cholera Morbus e da Cholerina — J. A. da Fonseca Benevides.
- Manual de Instruções do Cholera Morbus Pestilencial — J. A. da Fonseca Benevides.
- Cholera Morbo ou conselhos ao povo — J. Ferreira.
- Breves considerações e conselhos praticos sobre Cholera Morbo Asiatica — J. Peres F. G.
- Manual da cholera morbus epidémica. — J. Delpech.
- Como se pode evitar um ataque de cholera — J. J. da Silva Amado.
- Lisboa e o cólera — J. J. Rodrigues.
- Cholera morbus (artigo "Colera," da Cyclopedia Britanica) — João Felix Pereira.
- O Cholera morbus — Almeida Ferreira.
- Cholera-Morbus epidémica — F. C. Viana e A. M. Barbosa.
- Preservativos e remédios contra o Cholera.
- Os cancos e o Rádio — J. Domingues d'Oliveira.
- Larvas de Insectos (parasitismo na espécie humana) — M. Bordalo Pinheiro.
- La fièvre jaune à la Guyane (épidémie de 1902) — M. A. Garnier.
- Diagnóstico Bacteriológico (referente à epidemia do Valle do Parahyba) — F. Fajardo.
- Carbunculo — J. D. da S. Pereira Tavares (These-1868).
- Memória sobre as moléstias dos agricultores — D. G. Falkoner.
- Medidas profiláticas contra as doenças infectuosas (instruções contra a peste).
- Subsidio ao estudo das Myases — Pedro S. de Magalhães.
- Do Jiquirity como tratamento das granulações da conjunctiva.
- Apontamentos para um estudo sobre as águas minerais portuguezas e sua comparação com as estrangeiras — F. O. Luzes.
- Histoire de l'Éléphantiasis des Arabes — M. Alard.
- El Libro de la peste — A. Nicasio Mariscal.
- Étude historique et critique sur la peste — H. Émile Rébouis.
- O andaço do Porto — J. Gomes da Silva.
- Sodium Chloride Against Bubonic Plague — J. J. Fragoso.
- La peste bubonique dans le port de Mazathan — Eduardo Liceaga.
- Estudo clínico e bacteriológico da peste bubonica — (Relatório) — J. de R. Júnior e C. França.
- Peste bubonica — Carlos Fortes.
- A peste bubonica — J. Gomes da Silva.
- Estudos philosophicos e physiologicos — P. A. Bettencourt Raposo.
- Memória sobre as principais causas da mortalidade do Hospital de S. José — A. Maria Barbosa.
- Prostituição em Lisboa — Armando Gião.
- A Phthisica — A Serra da Estrela e o especifico do Dr. Koch — J. A. Santos Pimenta.
- Breve relatório do cholera-morbus em Portugal.
- Le foie, la bile dans le livre des "Mille Nuits et Une Nuit," — M. Girardeau.

Prophylaxia individual contra o cholera asiático.
 Curativo da Colera-Morbus -- Francisco d'Assis S. Vaz.
 Égypte et Choléra -- E. Du Vivier.
 Lições do Dr. Broussais sobre a cólera-morbus -- A. H. Forte Gato.
 Relatório sobre o Colera morbus em Macau -- L. Augusto da Silva.
 Trisplanchnasthenia -- C. J. d'Abranches Bizarro.
 Documentos relativos à molestia da Cholera espasmodica da India -- Matheus Seoane.
 O Mimetismo do Cholera -- Alfredo Nascimento.
 A cholera-morbus tratada homoeopaticamente -- J. V. Martins
 La Prophylaxie Internationale du Choléra -- A. M. da Cunha Bellem et G. J. Enes.
 Arquivo de Patologia -- F. Gentil e M. Athias (15 vols. Anos de 1936 a 1941).
 Congrès d'Hygiène -- 9 volumes.
 Congrès International d'Hygiène et de Démographie.
 Gazeta Médica do Porto -- 3 vols. (1897/98; 1898/99 e 1899/1900).
 Revista de Medicina e Cirurgia -- 2 vols.
 Tratado de policia medica -- José P. de Freitas Soares.
 O cholera e seus inimigos -- José Júlio Rodrigues.
 Algumas noções instructivas sobre a hygiene individual (Cholera -- Morbus)
 -- José Lourenço de Carvalho.
 Conselhos ao povo contra a Chólera-Morbus (Mesa da Santa Casa da Misericórdia).
 Cholera-Morbus Epidémica do Hospital de S. José.
 Relatório do Cholera Morbus nas provincias do Amazonas, Pará, etc.
 Ensaio sobre a Gripe coimbrã -- Marques dos Santos.
 Doença do sono, como evitar a infecção.
 Trabalhos sobre a doença do sono -- B. F. Bruto da Costa.

II -- Obras oferecidas ou permutadas

Oferta do Ministério das Colónias

Anuário Colonial (1916/19/20/21/22/23/27/29) -- Ministério das Colónias.
 Concordata com a Santa Sé e Estatuto Missionário -- idem.
 Carta Orgânica do Império Colonial Português -- idem
 1.º Congresso Nacional de Antropologia Colonial, 2 vols.
 O Mundolim -- João Manuel Pacheco
 À margem da Crítica -- António de Noronha.
 Alguns Discursos Proferidos em África -- Francisco Machado
 Les Lois Organiques de L'Empire Colonial Portugais.
 Notícias dos trabalhos executados pela Direcção dos Estudos de Hydráulica na Índia Portuguesa (Janeiro de 1904 a Março de 1906)
 Anuário de Macau, 4 vols
 Anuário Colonial (1916/19/20/21/22/23/27/29).
 Boletim Militar das Colónias.
 Boletim Militar do Ultramar.

Relatório da Campanha Antipestosa em Vasco da Gama — Froilano de Melo.
 Anuário da Índia Portuguesa (ano de 1929/30/32/33/36/39).
 Índia Portuguesa — Estudos Antropológicos e Acimológicos — Alberto G. G. da S. Correia.
 Índia Portuguesa — Anuário Estatístico.
 A Índia Portuguesa (2 vols) — por vários autores — 1923.
 Regulamento interno da Biblioteca Nacional Vasco da Gama (G. Geral do E. da Índia).
 Regulamento da estação sanitária marítima de Mormugão.
 Cultura da Árvore da Borracha em Gôa — J. A. Faure da Rosa.
 Relatório apresentado ao governo da Índia Portuguesa — Froilano de Melo.
 Biblioteca do Liceu Nacional de Nova Gôa (2 vols.) — G. Correia.
 Analyse Mineral das Águas Medicinaes da Índia Portuguesa — V. J. Pinto.
 Boletim Estatístico — Estado da Índia (13 números).
 A Pandemia de 1918 na Índia Portuguesa
 Estatística, Comércio e Navegação — Estado da Índia (Ano de 1918)
 Um *dossier* de provas edificantes.
 Boletim de informações (69 números) Estado da Índia.
 Relatório Anual — Froilano de Melo.
 Arquivo das Colónias.
 1.ª Conferência Sanitária — Serviço de Saúde da Índia Portuguesa
 Essais d'Anthropologie anatomique et de Zoo-morphologie.
 Boletim do Instituto Vasco da Gama (4 números).
 Anuário da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Gôa — G. Correia.
 Escola Normal de Nova Gôa — J. B. Gomes.
 Catálogo das Obras — Biblioteca Militar da Índia Portuguesa.
 Annuario da Archidiocese de Gôa e das Dioceses Sufraganeas.
 Petrus Nonius (12 vols.) — Director A. C. Monteiro.
 Cartas de Moçambique (De tudo um pouco) — Mário Costa.
 Além-Mar — Hugo Rocha.
 Moçambique nossa terra — Delfim Costa.
 Colonização — F. J. Vieira Machado.
 Ultimos progressos da hygiene — A. M. da C. Belem e G. J. Ennes.
 Le Brésil et les Colonies Portugaises — F. R. Salgado.
 Levingstone e as descobertas Portuguesas — F. Alves Azevedo.
 Serpa Pinto (explorador invencível) — F. Alves de Azevedo.
 A Associação Comercial de Lisboa e o Império (1834-1900) — J. R. da Fonseca.
 Descobrimentos e Conquistas — Marechal Gomes da Costa (2 vols.).
 Vinte e três anos ao serviço do Paiz no combate às doenças em Africa
 — F. Bruto da Costa
 Portugal e os seus detractores — L. A. Palmeirim.
 Catálogo de diversas obras que se encontram na biblioteca do M. da Marinha.
 Listas das publicações científicas existentes na Biblioteca do Instituto Câmara Pestana (Dez, 1943).
 O desenvolvimento da agricultura nas novas conquistas — V. J. F. Figueiredo
 Catálogo descritivo dos produtos económicos-industriais da flora da Índia Portuguesa — Gracías.
 A Revolta de Gôa e a Campanha de 1895/1896 — Gomes da Costa.

Serviços de Saúde do Estado da Índia — F. A. W. da Silva.
 Boletim Trimensal da Repartição da Estatística (6 números) — Estado da Índia.
 A abolição da escravatura e a ocupação do Ambriz — Corrêa de Sá.
 Missão de Estudo à Índia Francesa — J. B. A. Gracias.
 Da Importância do Sânscrito — M. J. de Saldanha.
 O vinho de uva e o espírito de palmeira — J. C. de E. Sousa.
 Cultura do Coqueiro — L. A. R. Chicó.
 O descobrimento da África do Sul pela Europa — R.^o Sidney Welch.
 Boletim Sanitário de Macau (7 números).
 Directório de Macau (2 vols. 1933/34)
 Culturas na Província de Satary — A. Rolla Pereira.
 Bibliografia Geológica de Angola — Fernando Mouta.
 Diploma Legislativo do Alto Comissariado (n.^o 463) — Província de Angola.
 Farinha de Peixe — C. B. Carneiro
 Angola — Descrição da Carta Geológica.
 Cultura de Algodão nas Colónias.
 Angola (Conservas de peixe) — Exp. Col. Port. — 1934.
 Meteorologia e Climatologia (3 números) — Serviços de Estatística da Colónia de Cabo Verde.
 IV Congresso científico do Pacífico — A. de A. Pinheiro
 Epidemias de cólera (Relatórios de 1937/38) — P. J. P. da Costa.
 Tellurologie et climatologie médicales de Macao — A. do N. Leitão.
 Regulamento do Hospital de S. Rafael — Macau.
 Regulamento Geral do Ópio — Macau
 O estabelecimento de Macau — Visconde de Santarém.
 A derrota dos holandeses em Macau no Ano de 1622 — C. R. Boxer.
 Boletim Oficial da Colónia de Cabo Verde — ano de 1934
 VII Recenseamento Geral da População da Colónia de Cabo Verde, 1940.
 Boletim Económico — O clima de S. Vicente — Estudo por A. Natário.
 Da literatura colonial e da "morna" de Cabo Verde — F. Duarte.
 Cabo Verde na Exposição — Feira de Angola (Agosto de 1938).
 Anuário Estatístico — Colónia de Cabo Verde.
 Guia do Observador Meteorológico — (Col. de C. Verde) — A. Natário.
 O café de Cabo Verde — F. Saldanha.
 Comissão encarregada dos melhoramentos da Prov. de C. Verde — S. L. Meneses.
 Cryptogamicas das Ilhas de Cabo Verde — J. C. Júnior.
 Ilhas de Cabo Verde — Immanuel Friedlaender (Trad. G. Guerreiro).
 Primeiro Congresso Medico de L. Marques — sessões plenárias (1 vol.)
 " " " " " — " das secções (2 vols.)
 " " " " " — parte social (3 vols.)
 Dicionário Chorográfico da Prov. de Moçambique — 3 fascículos.
 Como fizeram os Portugueses em Moçambique — Mário Costa.
 Noções de Malariologia — Alberto Soeiro
 Anais Meteorológicos das Colónias — publicados pela comissão de Cartografia (23 vols)
 A política colonial de Andrade Corvo — J. de Almada.
 Comentários da Victória de Chaul — Inédito de F. de Andrade — Pref. e anot. por Jorge de Faro.

Fastos Militares da Colónia do Sul de Angola -- Mateus Morenô.
 O significado do governo de Ferreira do Amaral -- (2 vols.) -- Lía A. F. Amaral
 Maria Correia -- A princesa Negra do Príncipe (1788-1861) -- J. B. P. de Mello.
 Odisseia dum pioneiro colonial nos sertões de Angola -- Carlos A. de N. Monteiro.
 Angola -- Catálogo do documentário coligido pela comissão de Luanda
 Ocupação de Angola (expl. conquista e povoamento) -- Sousa Dias.
 Sertanejos de Angola -- Castro Soromenho.
 Augusto Ribeiro -- Carlos Portugal Ribeiro.
 Os auxiliares na Ocupação do Sul de Angola -- Sousa Dias.
 A fortaleza de Santo António da Ponta da Mina na Ilha do Príncipe -- J. Pereira de Melo
 Portugal e o século XVI -- Leis sobre a navegação e possessões do Império -- Lisboa 1570-1573.
 Caldas Xavier -- Manuel Múrias.
 Missões Portuguesas de Socotorá -- António Brásio
 Um Missionário Português no Congo nos fins do Século XVIII -- Luiz Silveira.
 Operações militares de 1904 na região do Bimbe (Bailundo) -- Belo de Almeida.
 António Galvão (O apóstolo das Molucas) -- Joaquim Costa.
 Duarte Pacheco Pereira "O Aquiles Lusitano" -- Carlos Parreira.
 Heroísmo e lealdade -- Sousa Dias.
 O Sentido do Imperialismo Português -- Marinho da Silva (2 vols.).
 O Vice-Almirante António Manuel de Noronha -- Eduardo de Noronha (2 vols.).
 Terras de África -- A. Reis Machado.
 Epopeia de Diu -- Manuel A. Ferreira (2 vols.).
 João António Cardoso Júnior -- J. Duarte Silva
 Pedro F. Massano de Amorim -- Marquez do Lavradio.
 Conquista e colonização do Pará -- F. Vasques.
 D. Afonso I, rei do Congo -- Padre A. Lourenço Farinha.
 Eduardo da Costa -- Bello de Almeida.
 Don Gonçalo da Silveira -- Luiz Demony.
 Francisco Newton -- J. Duarte Silva.
 As Expedições de Duclerc e de Duguay-Troin ao Rio de Janeiro (1710-1711) -- Brazão
 Nótulas à margem da história militar colonial -- J. Duarte Silva
 As últimas campanhas do Libolo em 1905 e 1908 -- Belo de Almeida
 A Missão e o Seminário da Huíla -- António Brásio.
 A acção da marinha de guerra na ocupação do Cuanhama -- M. da Silva.
 O Conselheiro Ramada Curto -- Albino Lapa (2 vols.).
 Efemérides do Império Colonial Português -- J. Duarte Silva (2 vols.)
 José de Anchieta -- Gastão Sousa Dias.
 Dr. José Pereira do Nascimento -- J. Duarte Silva.
 Glórias e Martírios da Colonização Portuguesa -- Gen. Ferreira Martins (2 vols.).
 Honório Pereira Barreto -- J. Duarte Silva.
 Victor Cordon -- Albino Lapa (2 vols.).

Pedro Alexandrino da Cunha — J. Duarte Silva.
 Nas vésperas da Descoberta (1481-1486) — Amadeu Cunha
 Pedro Nunes (1502-1578) — A. Fontoura da Costa.
 Portugal e o Tráfico da Escravatura — Manuel Múrias
 O Feito de Christovam Juzarte em Calicut — Eduardo Lupi.
 A Campanha do Humbe (1897-98) — Pina Guimarães.
 Os Robys — Conde de Campo Bello (D. Henrique).
 António Ennes — Lourenço Cayolla.
 Diogo Cão — Silva Tavares
 Chaimite — Alfredo Pimenta.
 O Explorador Serpa Pinto — Eduardo de Noronha.
 Aires de Ornelas — Eduardo Lupi
 Luciano Cordeiro — J. M. Cordeiro de Sousa.
 A Dilatação da Fé no Império Português — J. Alves Correia.
 Manuel António de Sousa — J. de Azevedo Coutinho.
 Pero da Covilhã — Albino Forjaz de Sampaio.
 Dembos — Henrique Galvão.
 O General Pereira de Eça — Alberto de Almeida Teixeira.
 O General Eduardo Galhardo — Eduardo de Noronha.
 O Combate de Macequece — João de Azevedo Coutinho.
 Naulila — A. de Almeida Teixeira.
 Henrique Augusto Dias de Carvalho — Marquês do Lavradio
 D. Cristóvão da Gama — Albino Forjaz de Sampaio.
 António Maria Cardoso — A. Pires de Lima.
 Sá da Bandeira — Lourenço Cayolla.
 Roçadas — A. de Almeida Teixeira.
 A Campanha do Bailundo — Marquês do Lavradio.
 História da Expansão Portuguesa no Mundo (21 fascículos).
 Defesa Nacional (90 números).
 Le Cretacique de Conducia — Paul Choffat.
 Sexto Congresso Internacional de Higiene e de Demografia — M. Ferreira
 Ribeiro.
 História das Colónias Portuguesas — F. de Lacerda E. Almeida.
 Études de Géologie Appliquée dans la Colonie Portugaise du Mozambique.
 Fauna do cretácio superior do Grudja — John V. L. Rennie.
 Relatório sobre Irrigação — J. A. Balfour.
 Boletim Sanitário (1.º e 2.º semestres 1938)
 Estudos sobre a "Nomadacris sptemfasciata", (Serville).
 Relatório dos Serviços de Saúde — ano de 1939.
 Relatório duma caçada aos elefantes na Circunscrição do Maputo.
 Bebidas Alcoólicas e Fermentadas no Distrito de Inhambane.
 Rapport sur les maladies des cocotiers — Pereira Coutinho e Moniz Maia.
 Datas Históricas (24 de Julho de 1925) — Lourenço Marques.
 Conselhos aos soldados de África sobre doenças tropicais, venéreas e higiene
 — A. Pinto.
 Colónia de Moçambique — Coqueiros.
 Relatório do Levantamento Magnético da Baía de Lourenço Marques —
 R. Carvalho.

Raças, Usos e Costumes dos Indígenas da Província de Moçambique — A. A. Pereira Cabral.

Depósitos terciários e post-pliocenos do distrito de Inhambane — Alexandre Borges.

A caça em Moçambique.

Missão de Estudo na Zambézia — Doença do sono — J. F. Sant'Ana.

Relatório do Observatório Campos Rodrigues em Lourenço Marques — 1943.

Moçambique (Documentário Trimestral, n.ºs 33 a 36, ano de 1943)

António Fernandes — descobridor do Monotapa — Trad. por C. Montez.

Subsídio para o estudo da formação vulcânica dos Limbobos — A. J. de Freitas

Doença do Sono — Pereira Lapa e Morais de Sousa.

Viagem às Terras dos Landins — J. C. Paiva de Andrada

Sublevação do Xeqe de Sangage — Relatório.

Catecismo Dya Malária — C. de Moçambique (Direcção dos Serviços de Saúde)

Um caso de Kala-Azar — Manuel Máximo Prates.

Colónia de Moçambique — A Agricultura.

Boletim Agrícola e Pecuário.

Relatório e Estatística dos Serviços de Saúde — Ano de 1937.

Arte da Agricultura Palmárica — Modo de Plantar as Palmeiras.

Problemas da Revolução Corporativa — Marcelo Caetano.

A Ditadura Militar — Leopoldo Nunes.

Regulamento da Escola de Medicina Tropical

Instituição de Assistência às Crianças Indígenas (J. A. C. J.)

O Tenente Valadim, soldado do Império — Armando de Matos

Homenagem aos Heróis que precederam — Manuel Telxeira Ribeiro.

No Rumo do Império.

Annuaire de documentation Coloniale Comparée — année 1937, 1.º vol. Macontene.

Mousinho — J. J. Soares Zilhão.

Hunting in Moçambique.

O Porto Comercial de Lourenço Marques.

O Paludismo — António Rebelo.

Portugueses em Moçambique — General Teixeira Botelho.

Esbôço Hydrográfico do Rio Limpôpo — Álvaro Andréa.

Serviço permanente de Prevenção e Combate à Peste Bubónica no Sul de Angola — Colónia de Angola.

Disposições legais relativas ao exercício de farmácia.

Colonie de Moçambique — Les Indigènes.

Territoire de Manica et Sofala — Le Sol et le Climat.

" " " — Ports du territoire et moyens de communication

" " " — Indigénat.

" " " — Monografia.

" " " — Histoire (La conquête et l'occupation).

" " " — Instruction.

" " " — Cadastre (Service de l'arpentage).

Serviços de Veterinária — Colónia de Moçambique.

Sisal " "

Serviços de Saúde e Higiene — Colónia de Moçambique.
 Sol et Climat — " "
 A Vida Social — " "
 Indígenas da Colónia de Moçambique — Colónia de Moçambique.
 Os Indígenas de Moçambique no Século XVI e Começo do XVII — Henri Junod.
 A doença do sono no distrito de Tete — António Rebelo
 L'Élevage — Colonie de Moçambique.
 Estação Zootécnica de Chobela — Colónia de Moçambique.
 Legislação industrial — Colónia de Moçambique.
 Nevala — Expedição a Moçambique — Azambuja Martins
 Elementos para as Estatísticas da Província de Moçambique.
 Estatística dos Serviços de Saúde — (1940 e 1941) C. de Moçambique.
 Mousinho de Albuquerque.
 Boletim trimestral de Estatística — (Dez. de 1945) C. de Moçambique.
 Censo da População em 1940 — 1 vol. População não indígena — C. de Moçambique
 " " " — 2 volumes População indígena — C. de Moçambique
 Boletim Trimestral de Estatística — 1.º trimestre, 1945.
 " " " — 2.º " 1945.
 Anuário Estatístico (1944) — Colónia de Moçambique.
 Boletim Económico e Estatístico — série especial, n.º 14 — C. de Moçambique.
 Boletim Mensal das Observações Meteorológicas feitas nos Postos da Colónia de Moçambique.
 Anuário de Moçambique — 1940.
 Estatística Geral dos Hospitais da Província de Moçambique (Ano de 1924).
 Boletim Económico e Estatístico (n.º 15 a 20) — Col. de Moçambique.
 Regulamentos das Indústrias insalubres, incómodas, perigosas ou tóxicas — Colónia de Moçambique.
 Regulamentos de Exportação — Angola.
 Pecuária — Angola — 1942.
 Animais bravos nas suas relações com os Problemas Sanitários do Sul de Angola — V. da Silva
 Le Commerce — Colónia de Moçambique.
 Territoire de Manica et Sofala — Agriculture et Élevage — Col. de Moçambique.
 Algodão — Colonie de Moçambique.
 Anuário do Ensino — Ano de 1942.
 O Problema Agrícola de Moçambique — Monteiro Grilo.
 Territoire de Manica et Sofala — Commerce et Industrie — Col. de Moçambique.
 Anciennes Missions Catholiques au Zambèze — Rev. Père Courtois.
 Anais Meteorológicos das Colónias — relativos a 1910/11/12/13/14.
 Dignificação da Farmácia — Platão Guerra — Col. de Moçambique.
 Formulário Oficial dos Medicamentos — Dezembro de 1941.
 L'Assistance Sociale — Colónia de Moçambique.
 Territoire de Manica et Sofala — Assistance Médicale — Col. de Moçambique.
 Assistência médica ao indígena de Angoche em 1934 — Col. de Moçambique.

Os Achirimas — Ensaio Etnográfico — Soares de Castro.
 Apontamentos acerca da peste ocorrida na Col. de Moçambique desde 1898 a 1909.
 L'Assistance Médicale — Colonie de Moçambique.
 A Fortaleza de S. Sebastião — Portugal Colonial.
 História da Expansão do Domínio Português — Colónia de Moçambique.
 Radiogoniometria — Cálculo de Posições — D. A. da Piedade Barreto.
 Boletim Trimestral de Estatística — 3.º trimestre, n.º 3, ano de 1943.
 Censo da População em 1940 — V — População Indígena — Fecundidade.
 As Collecções da Expedição Científica Africana ordenada pelo Governo de Portugal em 1851.
 A famosa e histórica Benguela — Ralph Delgado.
 Formulário Oficial dos Medicamentos — Colonia de Angola.
 Regulamento Geral dos Serviços de Saúde da Província de Angola.
 Relatório da brigada de Estradas — vols. 1, 2 e 3 — ano de 1933 — Angola.
 Regulamento dos serviços pecuários — Colonia de Angola.
 Primeiro Congresso de Medicina Tropical da Africa Ocidental — Norton de Matos.
 Contribuição para o estudo da flora do Maiombe Português — John Gossweiler.
 A criação de ovídeos no planalto da Huila — Correia de Matos.
 Exposição Feira de Angola — Actividade Economica de Angola.
 Catálogo descritivo da colecção de minerais enviados à Exp. de Londres.
 Anais dos Serviços Pecuários de Angola — 1.ª parte — ano de 1932.
 Boletim Trimestral de Estatística — 1.º trimestre de 1933, n.º 1; 2.º trimestre de 1934, n.º 2; 3.º trimestre de 1934, n.º 3.
 A Agricultura em Angola.
 Anais Meteorológicos das Colónias — 1915, 1924 e 1926; 1932/33/34/35/36/40/44.
 Elementos Meteorológicos e Climatológicos — 1937/38/39 — Col. de Angola.
 Censo Geral da População — ano de 1940 — Colonia de Angola.
 Anuário Estatístico de Angola — ano de 1939.
 Um reconhecimento fitogeográfico à região produtora do Café Encoje — John Gossweiler.
 Soja.
 Código de Posturas e Tabela Geral de Impostos e Taxas — Colónia de Angola.
 Movimento Operatório dos Serviços de Cirurgia dos Hospitais de Luanda. — Silveira Ramos.
 Organização dos Serviços Pecuários da Província de Angola.
 A prisão do Gungunhana — Mário Ferreira Marques.
 The Health Resort — Lourenço Marques.
 A ancilostomíase na Guiné — J. Vitorino Pinto.
 Direcção dos Serviços de Saúde e higiene — Relatório — Colónia da Guiné.
 Sobre a doença do sono na Colónia da Guiné — Santana Barreto.
 Relatório do ano de 1938 — R. Vaz Monteiro.
 Condições gerais de exploração de indústrias e estabelecimentos insalubres, incómodos, perigosos ou tóxicos — Col. de S. Tomé e Príncipe.
 Culture du Cacaoyer — A. Zuzarte Cortezão.
 Elementos Estatísticos — ano de 1938 — Col. de S. Tomé e Príncipe.
 Contribuição para o Estudo da Flora de Africa — J. A. Henriques.

Imposto de Tonelagem e Regulamento de Sanidade Marítima -- Província de S. Tomé e Príncipe.

Anais dos Serviços de Veterinária e Pecuária de Angola -- 1937.

Boletim Sanitário -- ano de 1940 -- Colónia de Angola.

Les plus graves maladies du cacaoyer à S. Tomé -- J. Almeida e C. Mendes.

Secção de Fitopatologia -- Relatório anual de 1929 -- Col. de S. Tomé e Príncipe

A questão dos serviços de S. Tomé.

Boletim Trimestral de Estatística -- 1.º, 2.º, 3.º e 4.º trimestre de 1940.

Historia Sagrada em Português e em Tetum -- Padre M. Ferreira.

Boletim sanitário da Colónia de Timor -- ano de 1934.

Timor -- Padrão do Império -- J. de Lencastre.

Boletim Economico e Estatístico -- ano de 1937, -- Col. de Timor

Questionário do Inquérito sobre as raças da Guiné -- Victor Hugo de Meneses.

Alguns trabalhos referentes à Orizicultura -- Estado da Índia.

1.ª Exposição Colonial Portuguesa -- Porto, 1934.

Cartas das Colónias Portuguesas -- Angola -- Comissão de Cartografia.

Outras ofertas ou permutas

Boletim de estatísticas educacionais -- 1943/1944 -- Rio Grande do Sul

O Centenário da Sociedade Química Britânica.

Administração Sanitária e Salubridade -- Arruda Furtado.

Ricardo Jorge e a legislação sanitária -- Arruda Furtado.

Caixa de Previdência do Ministério da Educação Nacional -- Rel. 1946.

Bulletin de l'Organisation d'Hygiène.

Perigos e consequências do alcoolismo -- Alexandre Cancela d'Abreu.

Ricardo Jorge -- Mestre de Medicina e grande europeu -- Eduardo Coelho.

Anuário Académico -- 1947.

Os desportos e o "Velho do Restelo" -- Fernando Correia.

A Medicina Portuguesa... essa desconhecida -- Velho Galeno.

Doze lições sobre Serviço Social -- José Lopes Dias.

Organização e técnica da Assistência Rural -- Id.

Cantigas populares da Beira Baixa, lidas e ouvidas por um médico -- Id.

Amato Lusitano -- Doutor João Rodrigues de Castelo Branco -- Id.

Breve elogio da Liga Portuguesa de Profilaxia Social -- Id.

Liceu velho... liceu novo -- Id.

Em redor do Serviço Social -- Id.

Terapêutica de Amato Lusitano -- I -- As sangrias da 1.ª Centúria -- Id.

Documents préparatoires -- La protection de l'enfant à la campagne -- id.

Sobre os caracteres menstruais da mulher portuguesa em relação à saúde escolar -- Id.

Medicinas da "Suma Oriental" de Tomé Pires -- Id.

Uma voz da Beira Baixa depõe... Regionalismo e Assistência -- Id.

Elementos de História da protecção aos Estudantes na Idade Média -- Id.

" " " " no século XVI -- Id.

" " " " " " XVI -- II -- Id.

- Dispensário de Puericultura Dr. Alfredo Mota - 1938-1939 — Id.
 Misericórdias e Hospitais da Beira Baixa — Id.
 Albergarias da Beira Baixa — 1.^a série — Id.
 Terapêutica da sífilis em Amato Lusitano (século XVI) — Id.
 Alguns aspectos da função médico-escolar na Universidade, nos liceus e nas escolas primárias — Id.
 Un Service Social de Puériculture — Monographie — Id.
 Primeira Centúria de Curas Médicas, de Amato Lusitano — Id.
 Dispensário de Puericultura de Castelo Branco — 1930 — Id.
 " " " " — 1931 — Id.
 " " Dr. Alfredo Mota — 1933 — Id.
 " " " " — 1934 — Id.
 " " " " — 1935 — Id.
 Boletim epidemiológico de Angola.
 Resumo mensal das observações meteorológicas do Observatório Infante D. Luís.
 Boletim mensal das observações meteorológicas do Arquipélago da Madeira — Observatório Infante D. Luís.
 Consejo General de Colegios Medicos de España — Boletim Cultural e Informativo — n.^{os} 1 e 2 de 1946.
 History of the Library — London School of Hygiene and Tropical Medicine.
 Um ano de administração — 1946 — Hospital Júlio de Matos — Paiva Correia.
 As atividades hispânicas da Biblioteca do Congresso — Oficina Sanitaria Panamericana.
 Guia prático das águas minero-medicinais portuguesas — Fernando Correia.
 Código de Posturas da Camara Municipal de Penedono — 1947.
 Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé.
 Corantes para microscopia — Ciba.
 Política Sanitária — sep. da Medicina Contemporânea — Fernando Correia.
 International Whaling Statistics — (Noruega).
 Mouvement de la population en Suisse — 1943/1944.
 Bibliografia Médica Portuguesa — 1940 a 1946 — Laboratorios de Benfica.
 Considerações sobre o aborto criminoso em Portugal — Costa Sacadura.
 O papel social da parteira — Id.
 A despopulação em Portugal e o aborto criminoso — Id.
 A Medicina e a Sociologia — Id.
 Enfermeiras Escolares — Id.
 Influência da guerra em casos como o dos tetragêmeos de Merelim — Id.
 O aborto criminoso. Suas consequências — Id.
 Cinq années de pratique de la césarienne — Id.
 Vagido intrauterino (vagitus) e a docimasia pulmonar — Costa Sacadura.
 X^{ème} Congrès Français de Gynécologie — Id.
 A cesariana na "Maternidade Dr. Alfredo da Costa," — Id.
 Medicação ocitócica — Id.
 Uma obra social que se impõe — O valor espiritual de um museu de historia da Medicina — Id.
 Apontamentos para a historia da enfermagem em Portugal — Id.
 Um caso raro de circunvolução do cordão umbilical à roda do tronco do feto — Id.

Da saúde e higiene do Professor — Id.
 Despopulação em Portugal — Id.
 A Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e a Ordem Militar de S. Tiago da Espada — Id.
 Le Professeur Dr. Costa Sacadura et l'Hôpital St. Louis des Français — Id.
 Le Professeur Dr. Costa Sacadura et l'École Française de Lisbonne — Id.
 Alguns aspectos clínicos e sociais da Obstetrícia — Id.
 A última lição — 11 de Maio de 1942 — Id.
 Boletim da Maternidade Dr. Alfredo da Costa — Fasc. I a VI — Id.
 Arquivo de Obstetrícia e Ginecologia — Vol. V — N.ºs 1 e 2 — Id.
 Facetas do jornalismo médico português — Id.
 A idade da puberdade da mulher em Portugal — Id.
 Discurso inaugural — Congresso Nacional de Medicina — Id.
 A propósito da nomenclatura em Obstetrícia — Id.
 Aleitamento. Lactários de leite de mulher — Id.
 Algumas inovações na aparelhagem das maternidades de Lisboa — Id.
 Subsídios para a História das Maternidades de Lisboa — Id.
 A propósito de uma cesariana por eclampsia — Id.
 D. Afonso Henriques e a Nossa Senhora da Enfermaria — Id.
 A cadeira obstétrica no passado e no presente — Id.
 Subsídios para a história do Hospital de S. Luiz dos Franceses — Id.
 Protecção à primeira infância — Id.
 A tuberculose e a escola — Id.
 Public Health Bulletin — n.º 297.
 Relatório de 1946 dos Serviços Municipalizados de Tomar.
 As vacas leiteiras — Mário Vieira de Sá e Fernando Vieira de Sá.
 A higiene, a criança e o conforto do lar — Custódia do Vale
 Estudos de Morfologia oferecidos em homenagem ao Prof. J. A. Pires de Lima.
 Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana.
 Medicamenta.
 Boletim de estatística — Oslo.
 Anuário estatístico da Dinamarca.
 Instituto de Higiene de Oslo — publicações.
 Boletim mensal de estatística da Noruega.
 La Reforma Medica.
 Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa
 Bulletin d'Hygiène — Montréal
 Boletim da Assistência Social.
 Boletim Médico Britânico.
 Indice Cultural Español.
 Revista de Medicina Veterinária.
 Tuberculose — Boletim do I. A. N. T.
 Anais de Marinha
 Boletim Geral das Colónias.
 África Médica.
 Estatística Sanitária da Armada.
 Jornal da Sociedade das Ciências Médicas.

Análise (Editada pelo Instituto Francês em Portugal — n.ºs 5 a 9).
 Produtos animais — Revista de Tecnologia
 Endeavour
 Dispensários de Higiene Social — Lisboa — 1945-1946.
 Jornal dos Farmacêuticos.
 Revista da Faculdade de Ciências — Coimbra.
 Revista Clínica do Instituto Maternal.
 O Instituto — Coimbra
 Boletim da Comissão de Fiscalização das Águas de Lisboa
 Boletim da Escola de Farmácia — Coimbra
 A Criança Portuguesa — Boletim do Instituto Antonio Aurélio da Costa
 Ferreira.
 Saúde e Lar
 Arquivos de Higiene e Saúde Pública — S. Paulo.
 Arquivo de Trabalhos da Faculdade de Medicina — Porto.
 Arquivos do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.
 Boletim do Sindicato Nacional dos Médicos Veterinários.
 Catálogo Geral da Biblioteca da Soc. Farmacêutica Lusitana.
 Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie.
 Instituto Nacional de Estatística — publicações.
 Public Health Reports — E. U. A.
 Anais do Instituto de Medicina Tropical.
 Boletim da Ordem dos Médicos.
 O Serviço de Inspecção de Toleradas.
 Actualidades Biológicas — Instituto Rocha Cabral.
 Travaux de laboratoire — Idem.
 O Ocidente — n.ºs 110 a 116 de 1947.
 Conferências da Liga Portuguesa de Profilaxia Social.
 Boletim do Commissariado do Desemprego
 Comunicações do Instituto Seroterápico do Estado — Copenhague.
 Bol. da Direcção Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar.
 Arquivos de Anatomia Patológica — Coimbra.
 The Rockefeller Foundation.
 Current List of Medical Literature — E. U. A.
 Miséria e Medo — Secretariado Nacional da Informação.
 Cadernos Científicos — Instituto Pasteur de Lisboa.
 Colecção de Bibliografia Científica — Idem.
 Informações da Casa da Metropole em Luanda.
 Boletim do Instituto Português de Oncologia.
 Health Bulletin — Australia.

Curso de Visitadoras Sanitárias

1946--1947

Realizado em 1946 o Curso de Visitadoras Sociais nas circunstâncias e com a orientação expostas no n.º 2 deste Boletim (pág. 87 do Vol. I) e seguindo o Regulamento aprovado por despacho de 12 de março do mesmo ano, publicado no n.º 37-40 do Boletim de Assistência Social, foi superiormente resolvido que voltasse a funcionar o Curso para a formação de visitadoras sanitárias, destinadas especialmente a actuar nos serviços anti-epidémicos e na luta contra as doenças sociais e contra a mortalidade infantil, podendo trabalhar também em dispensários, em centros de inquérito assistencial e outras instituições onde se pratique qualquer dos ramos do chamado "serviço social", de algum modo ligado com a defesa da saúde pública.

O regulamento de 12 de Março de 1946 foi adaptado e os programas orientados no sentido de intensificar mais os estudos, as práticas e as visitas, de modo a dar melhor preparação às alunas. Esse regulamento foi publicado no n.º 5 deste Boletim, (pág. 71 do Vol. II) e no n.º 6 do mesmo (pág. 151) saíram os programas e o plano do Curso, bem como a lista dos professores.

A idade exigida às candidatas continuou a ser dos 18 aos 30 anos; as habilitações mínimas as do 2.º ciclo dos liceus, só em casos excepcionais supríveis por um exame de admissão rigoroso.

As diferenças fundamentais introduzidas no Curso em relação ao de Visitadoras Sociais consistiram em serem incluídas nele disciplinas de *Bacteriologia e parasitologia*, de *Administração Sanitária* (em vez da de Administração e Estatística e de Legislação relativa a Assistência e Previdência), em associar a

de Assistência Social à de Doenças Sociais, com o título de *Flagelos Sociais, Profilaxia Social, Assistência Social*, em criar a disciplina de *Noções elementares de enfermagem*, tornando mais prático o ensino da *Epidemiologia e profilaxia das doenças transmissíveis* e a dos *Princípios de Sociologia e diagnóstico social*, a que se juntou o *Serviço Social*.

O número de aulas teóricas passou de 96 para 110, o das aulas práticas de 67 para 108, incluindo no número 22 sessões de estudo, e o das visitas de 9 para 27.

O total dos tempos de trabalho escolar passou de 172 para 255.

As sessões de estudo, não incluídas no quadro das disciplinas, permitiram, à semelhança das do ano anterior, apreciar aspectos do valor intelectual das alunas, da sua inteligência, memória, atenção, espírito de iniciativa, poder de síntese, desembaraço na discussão, bom senso, espírito prático, auto-domínio, etc., a par da sua cultura geral e psicologia.

Apresentaram-se 116 candidatas ao curso.

Esclarecidas sobre o seu regulamento e programas, desistiram 44. Das 72 alunas que requereram foram admitidas com dispensa de exame 8. Foram a exame de admissão 64, tendo faltado 18 à chamada, tendo ficado eliminadas na prova escrita 48 e desistido 2.

A Junta Médica a que todas foram sujeitas reprovou 10.

De todos estes trabalhos de selecção resultou que ao curso foram admitidas ao todo 21 alunas.

Do juri dos exames de admissão, presidido pelo Dr. António Augusto Pires Quintela, fizeram parte os Drs. Fernando José de Magalhães Cardoso e Raul Lima do Amaral Marques, tendo os exames sido realizados entre 9 e 16 de Novembro.

Da Junta Médica, presidida pelo Dr. Fausto Eugénio Lopes de Neiva e, por impedimento deste, pelo Dr. António Arnaldo de Carvalho Sampaio, fizeram parte a Dr.^a D. Helena Guilhermina de Avila e o Dr. Francisco Fernandes Homem Rodrigues, reunindo nos dias 5, 7 e 22 do mesmo mês.

O Curso começou logo a funcionar, tendo-se prolongado até 29 de Julho. As alunas demonstraram todas, durante o ano, assiduidade, interesse e aproveitamento.

De 1 a 3 de Março foram feitos exames de frequência das disciplinas de *Higiene pré-natal e puericultura*, *Bacteriologia e parasitologia*, *Higiene alimentar e Higiene geral*, presidindo eu ao juri, formado pelos professores das referidas disciplinas. Todas as alunas foram aprovadas.

Durante o curso foram feitas visitas de estudo e estágios, além das aulas práticas. Estas foram feitas no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, no Instituto Português de Oncologia, na Assistência Infantil da Freguesia de Santa Izabel; os estágios, feitos durante os meses de Agosto ou Setembro, realizaram-se no Centro de Inquérito Assistencial, no Centro de Saúde, Dispensário de Alcântara, Assistência Infantil da Freguesia de Santa Izabel, Parque Sanitário, Hospital Júlio de Matos, Dispensário de Puericultura Dr. Alfredo Mota de Castelo Branco, Dispensário de Puericultura de Évora e nos do Porto.

Todas as alunas apresentaram relatórios dos seus estágios, tendo todas satisfeito, como num exercício da disciplina de *Flagelos Sociais*, *Profilaxia social*, *Assistência social*, feito em 11 de Julho.

Dos exames finais realizaram-se nos dias 15 de Novembro as provas escritas, e em 16, 17 e 19 do mesmo mês as provas orais, perante um juri formado pelos professores Drs. Carlos d'Arruda Furtado, António Carvalho Dias, Américo Cortez Pinto e Francisco Fernandes Homem Rodrigues, ao qual presidi.

Os resultados desses exames, a que só uma das alunas não pôde ir por ter adoecido, foram satisfatórios, visto nenhuma ficar reprovada e as classificações terem sido:

18 valores . . .	1	15 valores . . .	4
17 » . . .	2	14 » . . .	7
16 » . . .	2	13 » . . .	3
12 valores . . .	1		

As alunas diplomadas foram:

Olinda Braz Jorge
Isabel Boavida da Silva Correia
Maria Filomena de Macedo Moreira Sales
Maria José Cardoso
Maria do Rosário Esteves
Maria Adelaide Taborda Duarte
Maria Fernanda Andrade
Maria Helena de Albuquerque de Azevedo Coutinho Lemos
de Oliveira
Maria de Lourdes de Vila Lobos Águas
Alice da Conceição Simões Dias
Laura Fernandes Flores Faia
Maria Amália Ramos Laranjeiro
Maria das Dores Pinheiro das Neves Caiano
Maria de Fátima Guerreiro de Matos
Maria Josefina da Conceição Cruz de Figueiredo
Paula Guerreiro Pereira
Maria Armanda da Cunha Esteves
Maria Luisa Guerra Correia
Maria do Carmo Marques Proença
Maria Helena Marques de Moraes.

* * *

Muitos ensinamentos nos deu este curso para o estudo do problema da formação das visitadoras sanitárias e duma maneira geral das agentes do serviço social.

A ignorância da maior parte da gente a respeito da função das visitadoras, como das assistentes sociais, e a confusão verificada a cada passo a tal respeito e sobre o conceito de serviço social, entre individualidades por vezes de categoria e responsabilidades, exigem há muito que se cuide de precisar conceitos e denominações, para se evitar por um lado ignorância e improvisação e por outro confundir-se competência com transcendência, com tendência para pedantismo estéril.

Não é aqui lugar para desenvolver o assunto, não podendo entretanto deixar de chamar a atenção para as palavras que escrevi no relatório da viagem de estudo a Espanha publicado no n.º 9 deste Boletim (pág. 347) a respeito do ensino e formação técnica das « instructoras sanitárias », correspondentes às nossas visitadoras, e para os ensinamentos que podem colher-se no país vizinho sobre o problema, dadas as afinidades, vicissitudes e dificuldades comuns e a lição da experiência a aproveitar, tanto em Espanha como em Portugal.

F. S. C.

O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

em 1947

(RELATÓRIO E CONTAS)

Ao darmos conta da gerência do Instituto no decurso do ano de 1947 vamos procurar ser tão sóbrios quanto possível, prontos no entanto a documentar tudo o que dissermos se acaso isso se tornar necessário.

O edifício e as instalações

Começaremos por dizer os beneficiamentos feitos no edifício, obedecendo a um plano de conjunto traçado de acordo com a melhor instalação possível dos serviços dentro do espaço insuficiente oferecido pelas dependências várias do prédio.

Não fôra possível em 1946, por deficiências várias, impossíveis de remover oportunamente, realizar as obras, já projectadas então, indispensáveis para a transferência do Laboratório de Bacteriologia Sanitária do rez-do-chão para o primeiro andar.

Foi feita a reparação do gabinete do director, instalado no 2.º andar, no antigo quarto de dormir do Prof. Ricardo Jorge, e da sala de visitas anexa, onde era o seu gabinete de trabalho.

Naquele, foi instalada uma antiga mobília, ainda em excelente estado, não necessitando de qualquer reparação; nesta, ficou outra antiga e valiosa mobília que estava muito danificada e foi devidamente reparada.

O Laboratório de Bacteriologia que, como se sabe, ocupava quatro compartimentos acanhados e mal iluminados do rez-do-chão, passou a ocupar seis compartimentos do primeiro andar,

com muita luz, bem arejados e, um deles, das maiores salas do edificio. No quintal foi adaptada para casa de autópsias de animais uma pequena casa de ferramentas e utensílios, sendo feita uma escada de madeira, improvisada, para acesso fácil do Laboratório de Bacteriologia para ali. Os compartimentos do rez-do-chão de onde saiu o Laboratório de Bacteriologia foram destinados ao Laboratório da Junta Sanitária de Águas, tendo sido convenientemente instalado também o gabinete do Chefe dos Serviços do Laboratório de Alimentação e Bromatologia, ficando para o ano seguinte a instalação de ventiladores e câmara de evaporação e de ataque, neste Laboratório.

No quintal construiu-se um cofre de cimento armado destinado a produtos químicos explosivos, para maior segurança do edificio.

Ficou feito o projecto das obras do segundo andar, destinadas ao serviço de Nutrição e alargamento do laboratório de Bacteriologia, pondo-lhe à disposição compartimentos isolados para os estudos dos virus.

Só depois de feitas todas estas obras podem arrumar-se convenientemente os diversos serviços.

Foram instaladas mangueiras e extintores e contratou-se um bombeiro para ter sempre todo esse material pronto a funcionar.

Reconhecida a insuficiência do edificio actual para realização completa dos fins do Instituto, e não tendo sido ainda possível a construção dum edificio próprio, que a sua crescente importância impõe, foi-nos proposta a compra do prédio actual e do quintal anexo, o que permitiria a construção duma casa onde cabia tudo o que é de prever dentro dos próximos cinco anos, durante os quais se procuraria levar a termo a construção do definitivo edificio. O que se construísse seria já orientado de modo a tornar-se depois fácil a sua adaptação, ou a Centro de Saúde ou à Delegação de Saúde de Lisboa, com as respectivas dependências, ou às duas instituições.

Não foi julgada oportuna a compra, à qual se prefere a construção do edificio próprio, o que é na verdade o ideal, imposto pela categoria e tradições do Instituto e pelo impulso que está a receber, resultante da execução do decreto-lei n.º 35.108.

Entretanto teremos que instalar no espaço acanhado oferecido pelo actual prédio o maior número possível de serviços, sem prejuízo evidentemente do seu bom funcionamento, apenas se prejudicando a sua lógica expansão.

Pessoal

Durante o ano de 1947 foi completado o quadro do pessoal técnico dos laboratórios de Alimentação e Bromatologia e de Bacteriologia Sanitária e nomeado o Médico Nutricionista.

A deficiência de espaço não permitiu a instalação do Laboratório de Comprovação de Medicamentos, sendo o pessoal que lhe competia distribuído pelos dois laboratórios, dado que se verificou ser já insuficiente, para o serviço actualmente realizado, o do quadro anexo ao Decreto-lei n.º 35.108.

Do pessoal de Secretaria, absolutamente insuficiente para o movimento do Instituto, foi deslocado para a Direcção Geral de Saúde e para a Delegação de Saúde de Lisboa o que pertencia aos seus quadros e aqui ficara apenas até se reorganizarem os serviços. Nestas condições foi indispensável admitir provisoriamente algum pessoal além do quadro e deslocar dois funcionários dos laboratórios que mostraram para isso mais aptidões e cujo deslocamento não causava na ocasião tanta diferença, solução de emergência tanto mais prejudicial quanto mais se prolongar. Deste modo e aproveitando a circunstância de ter sido mandado prestar serviço no Instituto um funcionário do Instituto de Assistência à Família, o pessoal no fim de 1947 passou a ser o seguinte, além do assalariado (serventes, auxiliares de limpeza, etc.).

Pessoal técnico — Director, Chefe de Laboratório de Alimentação e Bromatologia, Chefe de Serviços de laboratório de Bacteriologia Sanitária, 2 adjuntos dos chefes de serviços, médico nutricionista, conservador do Museu e Biblioteca, 6 analistas e 9 preparadores.

Pessoal de Secretaria — do quadro: — 1 escriturário de 1.ª e 1 dactilógrafo; provisório: — 1 chefe de secretaria, 3 escriturários de 1.ª e 4 escriturários dactilógrafos.

Pessoal menor — 1 contínuo de 1.ª, 3 contínuos de 2.ª e 1 auxiliar de limpeza.

Terminadas as obras que estão em execução impõe-se a revisão dos quadros do pessoal e o ajustamento de funções de alguns funcionários do antigo quadro que não estão devidamente valorizados.

Trabalharam no Instituto com o Médico Nutricionista duas visitadoras sanitárias com o curso especial de Higiene da Alimentação, num inquérito alimentar, realizado, segundo plano combinado entre aquele e o Director do Serviço técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia, a que as mesmas visitadoras pertencem, inquérito feito entre as famílias dos operários duma fábrica dos arredores de Lisboa.

À disposição desta equipe foi posto todo o material preciso para os estudos estatísticos, etc.

Sendo indispensável a nomeação dum adjunto dos serviços do Laboratório de Bacteriologia Sanitária ficou assente ser aberto concurso de provas públicas para o seu provimento para o que foi publicado aviso no *Diário do Governo* de 13 de Novembro.

Material

Foi importantíssima a aquisição de material feito em 1947, quer para os Laboratórios, quer para o serviço de Nutrição, quer para a Secretaria, quer para a Biblioteca, quer para aperfeiçoar o serviço de extinção de incêndios, visto o anterior material estar de tal modo danificado que não oferecia segurança alguma.

Mobiliário diverso, microscópios, acessórios vários destes, estufas, frigoríficos, balanças, máquinas de escrever e calcular, lâmpada de fenda para exames oftalmológicos, espectrofotómetro, classificadores, ficheiros, material para observação clínica, para exames hematológicos, para análises bromatológicas, extintores de incêndios, mangueiras, lâmpadas, candeeiros, ventiladores, etc., a par de livros sobre Higiene geral ou qualquer dos seus aspectos, sobre Química, Bacteriologia, Estatística, Nutrição, cultura científica ou geral ligada com as actividades sanitárias, subsídios para a história da Epidemiologia e dos diversos ramos de Higiene, Sociologia, etc., revistas nacionais e estrangeiras, números de revistas já existentes para ir completando colecções truncadas, obras de Ricardo Jorge, etc., de tudo se fez aquisição como não voltara a ser feita depois da fundação do Instituto, de modo a favorecer e tornar mais perfeito o trabalho dos técnicos, a facilitar

o ensino e a facultar aos alunos dos Cursos de Medicina Sanitária, aos dos Cursos de Aperfeiçoamento e às alunas do Curso de Visitadoras Sanitárias, o estudo e elaboração de trabalhos, tendo a Biblioteca sido frequentada já por alguns estudiosos estrangeiros que aqui encontravam obras que não havia noutras bibliotecas.

Grupo dos Amigos do Prof. Ricardo Jorge

Depois de realizada pelo Dr. Carlos d'Arruda Furtado, em 21 de Dezembro de 1946, a sua conferência sobre *Ricardo Jorge e a legislação sanitária*, publicada no n.º 5 deste Boletim, realizou o presidente da Comissão Executiva do Grupo, Dr. Augusto Travassos, outra, na Sociedade das Ciências Médicas, em 29 de Abril, a convite do presidente da mesma, na sessão dedicada à memória de Pasteur, subordinada ao título de *Um grande epidemiologista: — Ricardo Jorge*, publicada no n.º 7 do Boletim.

Transcreveram-se no Boletim alguns trechos de trabalhos de Ricardo Jorge, um, sobre o ensino médico em Portugal em 1885, os outros, o seu projecto do decreto sobre profilaxia anti-venérea, de 1911, a sua crítica à nossa sanidade, "a propósito de Pasteur", de 1923, e o relatório que precede o Regulamento Geral de Saúde e Beneficência Pública de 1901, em que a sua inteligência e o seu estilo denunciariam a autoria mesmo que se não soubesse a que pena era devido.

Deram a sua adesão ao Grupo o Dr. Armando Narciso e o Sr. Álvaro Pinto, director da revista *Ocidente*.

Os médicos que tomaram parte no 3.º Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde contribuíram todos para a subscrição para um busto do Mestre, deixando para esse fim 1.000\$00.

Na dedicatória do seu valioso livro "*Rumbos de Política Sanitária*" oferecido ao director do Instituto, o Director do Instituto de Medicina Social da Universidade de S. Marcos, de Lima, membro honorario da Oficina Sanitária Pan-Americana e vice-presidente da American Public Health Association, Dr. Carlos Enrique Paz Soldán faz a evocação "del imenso Ricardo Jorge", dando mais uma prova do glorioso rasto deixado por ele nos altos meios sanitários mundiais ainda bem vincado apesar de decorridos 8 anos após a sua morte.

Estão em elaboração estudos e conferências a respeito da sua vida e da sua obra que oportunamente serão tornados públicos.

Cursos

CURSO DE MEDICINA SANITÁRIA — (Ver o n.º 9 do Boletim — pág. 387).

Por lapso, deixou de ser indicado o título duma monografia: *Subsídios para a Topografia Médica do Cadaval* — por Teófilo Nunes da Franca, e não se fez menção de três alunos de cursos anteriores a 1946 que haviam feito a frequência e foram admitidos a exame nos termos legais, ficando todos aprovados.

Foram eles:

Joaquim Pais de Figueiredo

Luís José Chaves Abecassis

João de Lima Neto Monteiro

Em 25 de Novembro iniciou-se o Curso de Medicina Sanitária de 1947-48, tendo-se inscrito nele alunos formados no Porto, em Coimbra e em Lisboa. Entre estes figuram 7 médicos veterinários. Durante o mês de Dezembro foram feitos exames de admissão ao Curso de Visitadoras, bem como exames médicos, sendo o curso iniciado logo a seguir às férias do Natal.

3.º CURSO DE APERFEIÇOAMENTO PARA SUBDELEGADOS DE SAÚDE — (ver n.º 7 do Boletim, pág. 225).

CURSO DE VISITADORAS SANITÁRIAS — (ver os n.ºs 5 e 6 do Boletim, págs. 70 e 151 e o presente número deste).

CURSO PARA ESPECIALIZAÇÃO DE VISITADORAS EM HIGIENE DA ALIMENTAÇÃO (Ver o n.º 9 do Boletim, pág. 395).

O Prof. Barahona Fernandes fez uma lição sobre *Higiene Mental*.

Conferência

O Prof. João Porto realizou no Instituto uma conferência sobre *Medicina Preventiva das doenças do coração*, no dia 5 de Fevereiro, à qual presidiu o Subsecretário de Estado da Assistência Social, Sr. Dr. Trigo de Negreiros, publicada no n.º 6 deste Boletim, pág. 81.

Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge

Autorizou S. Excelência o Subsecretário de Estado da Assistência Social a publicação de mais dois números do Boletim do que no ano transacto, dada a impossibilidade de caberem no espaço de 4 números os artigos que se julgou útil publicar, registando as actividades do Instituto.

Não foi possível ainda terminar a série de análises químicas de queijos que estão a ser feitas no Laboratório de Bromatologia, e cujo relatório será incluído num dos próximos números.

A publicação das conferências dos Drs. Augusto Travassos, Prof. João Porto e Dr. Arruda Furtado, das lições dos Drs. Bernardino Pinho, Souto Teixeira, Ferreira Fialho, Fernandes Homem, Prof. Joaquim Fiadeiro e Américo Cortez Pinto e a transcrição de trechos de obras de Ricardo Jorge, permite tornar mais conhecidas doutrinas e pontos de vista, alargando assim e tornando mais prática e eficaz a acção do Instituto.

Viagens de Estudo

Aprovou Sua Excelência o Subsecretário de Estado da Assistência Social a proposta para o Director de Serviço do Laboratório de Bacteriologia Sanitária, Dr. António Arnaldo de Carvalho Sampaio, visitar vários serviços da sua especialidade nos Estados Unidos da América do Norte e tirar, em Baltimore, na Universidade John Hopkins, o Curso de *Master of Public Health*, com o fim de aumentar os seus conhecimentos e melhor poder aperfeiçoar tècnicamente o pessoal que dirige, precedente que mostra bem a intenção de ser dado cada vez maior impulso a todas as iniciativas de que resulte aumento do seu prestígio e correspondam à categoria mental do seu Patrono.

Oportunamente será dada conta dos resultados e impressões colhidas pelo Dr. Arnaldo Sampaio, que está a seguir o Curso com a maior dedicação e escrúpulo, estudando ao mesmo tempo o material moderno indispensável para criar novas secções no Laboratório a seu cargo.

O Médico Nutricionista, Dr. António José de Moura Monteiro, que durante todo o ano estudou dedicadamente os múltiplos problemas ligados com a Nutrição e pessoalmente dirigiu, de acordo com o Dr. Bernardino Pinho, o inquérito alimentar atrás referido, foi autorizado a ir a um Congresso da especialidade, a Saragoça.

O Director do Laboratório de Bromatologia, Dr. Bernardino Pinho, tendo ido particularmente à Suíça, à sua custa, como antes fôra a Madrid, visitou ali vários serviços da sua especialidade.

A adjunta do chefe de serviços do Laboratório de Alimentação e Bromatologia, Sr.^a Dr.^a D. Maria Ernestina da Graça Mendes, frequentou um ciclo de lições que realizou em Coimbra no mês de Outubro o Prof. R. A. Morton, da Universidade de Liverpool, no Laboratório de Química da Universidade de Coimbra, sobre vitaminas e em particular a vitamina A.

Pela minha parte fui em missão de estudo a Espanha, de visita à *Escola Nacional de Sanidade* e a outras instituições de Madrid, Barcelona, Gerona, Monserrat, Valência, Granada, Cordova, Toledo e Sevilha, conforme refiro no Relatório publicado no n.º 9 deste Boletim.

Movimento da Secretaria

O método de trabalho seguido na Secretaria foi o mesmo do ano anterior, registado no n.º 2 do Boletim do Instituto (pág. 105).

O movimento de correspondência foi o seguinte :

RECEBIDA	Média de 5 anos 1940-1944	1945	1946	1947
Total	957	981	1268	1539
Média mensal . . .	79	82	105	127
EXPEDIDA				
Total	2424	2568	2600	2893
Média mensal . . .	202	214	216	241

A instabilidade do pessoal e a sua insuficiência dificultaram muito o serviço de Secretaria.

Logo que se apresentou no Instituto o funcionário do Instituto de Assistência à Família, Sr. Reis, cujas qualidades eu já conhecia, encarreguei-o de organizar devidamente o Inventário do Material, trabalho em que confirmou essas qualidades, o que me levou a propor superiormente que fosse ele quem ficasse a superintender no serviço de Secretaria a partir de 1 de Dezembro, quando recolheu à Direcção Geral de Saúde o chefe de Secção Sr. Paiva que ao sair o Decreto-lei n.º 35.108 passou a fazer parte do quadro respectivo.

Neste mês o Sr. Reis pôs em evidência a sua inteligência, conhecimento dos serviços de Secretaria, pontualidade, zelo, dedicação e lealdade, indispensáveis em quem tem de desempenhar tal cargo, mormente em períodos de remodelação como este, de modo a corresponder-se à prova de confiança depositada no Instituto e ao interesse que o seu progresso tem merecido a S. Ex.^a o Subsecretário de Estado da Assistência Social e ao Sr. Director Geral de Saúde.

Considerações finais

Assente que o Instituto ficará no actual edificio até ser possível construir-se um edificio próprio para dar pleno desenvolvimento a todos os seus serviços, foi nosso propósito durante o ano de 1947 melhorar todas as suas instalações dentro das possibilidades que as leis concedem, estudando os melhoramentos a introduzir em 1948, num plano de conjunto.

As necessidades inerentes ao funcionamento simultâneo dos cursos de Medicina Sanitária, de Visitadoras Sanitárias e de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, exigiram o aproveitamento duma das salas da Biblioteca (a antiga sala de jantar do Prof. Ricardo Jorge) para nela serem dadas aulas, colocando-se ali as antigas carteiras.

Nenhuma das salas ficou em condições satisfatórias de iluminação, silêncio e arejamento fácil, sem inconvenientes, exigidas pela higiene. Não era todavia possível instalá-las melhor no actual edificio.

As obras planeadas no 2.º andar, para acomodação inicial dos serviços de Nutrição e alargamento do Laboratório de Bacteriologia Sanitária exigem que parte dos objectos do Museu tenham de ser instalados num compartimento do sótão, onde ficarão devidamente arrumados de modo a poderem ser observados.

Muito deixa de se fazer em matéria de educação sanitária, quer dos alunos dos Cursos, quer do público, por não poder dar-se incremento devido e actualizar o Museu, o que só será possível em edificio próprio.

Pelo mesmo motivo de falta de espaço não foi possível pensar-se na instalação do serviço de *Comprovação de Medicamentos*.

Não tendo ainda sido aprovado um novo regulamento do Instituto, que se tem regido, parte pelo que de aplicável consta do Regulamento de 1912, de acordo com as disposições do Decreto-lei n.º 35.108, e por despachos de S. Ex.ª o Subsecretário de Estado da Assistência Social, tive oportunidade de dar nova redacção ao projecto de regulamento que elaborara em 1946, entregando-o superiormente para estudo.

Por igual razão não se entrou ainda em regime de orçamentos, continuando o dos balancetes enviados mensalmente à Direcção Geral de Saúde. Logo que o regulamento seja aprovado entraremos imediatamente nesse regime.

Entre os planos de beneficiamento a pôr em prática em 1948, além das obras já referidas, no 2.º andar, contam-se pinturas no Laboratório de Bromatologia e Alimentação e a melhoria do arejamento do mesmo; a aquisição de armários para vestiários dos diferentes serviços; a instalação dum refeitório para o pessoal, no sótão, para onde passa também o material da oficina de carpinteiro, por ter sido precisa a antiga cosinha do 2.º andar, onde estava alojada; a construção duma estante para arrumar livros,

que já não cabem nas actuais estantes da Biblioteca ; a instalação duma saleta de espera num compartimento do 1.º andar que tem servido de arrumação ; arrumação conveniente do arquivo, etc.

Ao mesmo tempo pedir-se-á à Senhora proprietária do prédio onde está instalado o Instituto para ordenar a realização de obras no telhado de modo a evitar-se que com frequência ali haja infiltração de águas.

Outro problema que procuraremos resolver é o da transformação da corrente eléctrica, visto que, sendo a actual, contínua, há dificuldade em conseguir no mercado muita aparelhagem applicável a essa corrente, indispensável nos diferentes serviços, sendo pelo contrário relativamente fácil obter aparelhos construídos para funcionarem com corrente alterna.

A mobília das salas de aula é imprópria da categoria do Instituto, impondo-se a sua substituição, mesmo no actual edificio.

Existem muitos móveis a necessitar reparação e muitos livros a encadernar, sob pena de se inutilizarem. De tudo se irá tratando logo que as verbas disponíveis o permitam, sem prejuízo da aquisição de material para os laboratórios exigido pelo impulso que se lhes está a dar.

* * *

Nos mapas estatísticos que se seguem vem resumida a actividade dos laboratórios. É todavia impossível reduzir a números ou compreender só por eles o labor intenso dos mesmos laboratórios e a variedade de análises pedida, que obriga a dispersão de esforços e da atenção e impede os benefícios da taylorização.

O mapa resumido das despesas é um índice do grande impulso que o Instituto recebeu este ano, o maior desde a sua fundação, como já vimos. Não podemos deixar de registar neste lugar o nosso reconhecimento pelo constante estímulo, auxílio e provas de confiança que temos recebido, quer da parte de Sua Excelência o Subsecretário de Estado de Assistência Social, quer do Sr. Director Geral de Saúde.

Os pormenores não podem referir-se aqui. Poderão conhecê-los os que visitarem o Instituto atentamente e analizarem a sua escrituração e todas as suas actividades, obras realizadas e material adquirido.

Conclusões

I — O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, recebeu durante o ano de 1947, mercê do auxílio que o Governo lhe concedeu e provas de confiança dadas, o maior impulso registado desde a sua inauguração em 1902.

II — O prestígio de que gosam os seus serviços técnicos, o nome do seu patrono, o brio do nosso País e o plano anunciado no Decreto-lei n.º 35.108 de 7 de Novembro de 1945, exigem a continuação desse impulso, de modo a colocá-lo no lugar devido.

III — Impõe-se a remodelação do seu Regulamento de modo a facilitar o funcionamento de todos os serviços e a revisão e actualização dos quadros do pessoal, de modo não só a manter sempre o seu rendimento em serviços, mas a intensificá-los.

IV — A capacidade de rendimento dentro do actual edifício está quase a atingir o seu limite, apesar de não estar ainda a funcionar um dos serviços criados pelo Decreto-lei n.º 35.108 — o de Comprovação de medicamentos.

Impõe-se por isso cada vez mais a construção de um edifício próprio, onde os laboratórios tenham todas instalações amplas, onde a Biblioteca possa ser ampliada e ter, anexas, salas de estudo, e onde o Museu possa ser devidamente montado, tornando-se em elemento vivo e constante da educação sanitária.

O DIRECTOR DO INSTITUTO,

FERNANDO DA SILVA CORREIA

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Movimento geral de Análises Bacteriológicas

PRODUTOS	QUANTIDADES			
	Média de 5 anos 1941-45	1945	1946	1947
Águas	9	5	5	6
Cabelos	—	7	7	72
Calcio Sandoz	—	—	3	—
Derrame sinovial	—	—	3	—
Esfregaços de pús para pesquisa de gonococos	29	19	44	52
Expectoração para pesquisa do bacilo de Koch	98	108	109	230
Exsudados de ulceração peniana	30	29	27	27
Fezes (Investig. de bacilos de Koch, disentericos, tíficos, parasitas e seus ovos)	15	16	136	311
Fragmentos de baço e pele ulcerada para exame citológico e pesq. de Leishmanias	—	—	4	—
Leites em pó	—	—	3	—
Líquidos céfalo-raquidianos (1)	30	28	29	20
Mariscos (berbigões)	—	—	2	—
Sangue para aglutinação com antígeno Vi	—	—	58	282
" para contagem de glóbulos, fórmula leucocitária e velocidade de sedimentação	94	120	194	34
" para pesquisa do hematozoário do paludismo e Kala-azar	0,8	2	8	7
" para hemocultura de Kaiser	150	207	212	243
" para hemoglobina	—	—	9	20
" para reacção de Kahn	630	685	681	1.405
" para reacção de Wassermann	1.322	1.308	1.474	1.890
" para reacção de Weil-Felix	49	44	25	120
" para reacção de Widal	411	371	490	478
" para reacção de Wright ou Huddleson	31	38	60	77
Secreção nasal (Pesq. de B. de Hansen)	—	—	—	9
Urinas para exame bacteriológico do sedimento, inoculação ao cobaio e cultura	5	24	6	13
Vacinas anti-variólicas para verificação	—	—	—	1
Outras análises (2)	29	32	15	84
	2.932,8	3.043	3.604	5.381

(1) Líquidos céfalo raquidianos para contagem celular, exame citobacteriológico, reacções de Wassermann e Kahn.

(2) Cabelos para exame parasitológico (72 em 1947), Iogourt, polpa esplênica para Kalazar, queijo, sangue para investigação de bruceloses, para determinar tempos de coagulação e hemorragia, reacção de Takata, secreção do colo uterino, chouriço de carne, desinfectante, para índice fenólico, lactil-lab, leites para título colibacilar, esfregaços para pesquisa de bacilos de Hansen, carbúnculo e mal rubro, parasita intestinal para identificação, líquido pleural para exame bacteriológico, ostras para análise bacteriológica, carraças para identificação e inoculação ao cobaio.

Movimento geral de Análises Químicas

PRODUTOS	QUANTIDADES			
	Média do 5 anos 1941-45	1945	1946	1947
Açúcar	7	15	4	15
Água (cloretos, etc.) ⁽¹⁾	—	—	3	4
Água (completa)	0,6	—	1	—
Água (simples)	55	95	57	63
Água (sumária)	143	100	187	124
Água de Javel e produtos clorados	—	—	23	4
Azeite	68	57	45	61
Cacaos	8	3	2	2
Cafés	—	—	5	—
Calcium Sandoz	—	—	3	—
Chá	—	—	4	2
Cominhos	17	10	3	13
Conservas de frutas	6	—	14	1
Conservas de peixe	9	6	4	10
Corantes	—	—	13	53
Digitalina	—	—	3	—
Farinhas diversas	44	47	33	68
Leite de mulher	10	24	20	5
Leite em pó	—	—	3	—
Leite de vaca	259	401	485	391
Licores	7	4	11	1
Líquido céfalo-raquídeo	30	30	25	4
Manteiga	22	44	6	4
Mariscos (berbigão)	—	—	2	—
Margarina	—	—	4	1
Massa de tomate ⁽²⁾	19	22	30	36
Óleo de fígados de bacalhau	5	12	4	2
Pimenta	9	11	13	2
Pimentão	50	66	29	6
Produtos cresolados	4	22	13	—
Queijo	12	47	19	46
Refrigerantes	—	—	20	10
Sangue (açúcar)	1	5	8	5
Sangue (ureia, etc.)	9	19	29	20
Sumo de uva	—	—	2	2
Trigo	—	—	8	4
Urina	58	73	84	87
Vinagre	11	14	3	7
Vinho	14	8	14	29
Outras análises ⁽³⁾	176	121	28	89
Total	1.053,6	1.256	1.264	1.171

⁽¹⁾ Cálcio, chumbo, hipocloritos.

⁽²⁾ Inclue caldas e extratos.

⁽³⁾ Amendoim, água oxigenada, banha, bolos, canela, coco ralado, conteúdo gástrico, extrato de carne, farinha de mostarda, figos, fezes, fermento em pó, extracto de malte, miolo de amêndoa, massa de farinha, melaço, milho em grão, sulfato de quinina, soluto de cianeto, terra, vísceras, xarope, mel; alcaparras, alfarromel, ameixas secas, amenorreína, atum em salmoura, banacau, bombons de chocolate, cibazol, café maltosado descafeinado, calcium calciferol, caril, cerveja, cevada em grão, chicória, coco moído, doce de ovos, ampolas de gluconato de cálcio, espargos em salmoura, essência para fabrico de vinho, essência de limão, extracto fluído de cascara sagrada, extrato de carne, extrato fluído de diacódio, extrato fluído de hydrástis, extrato fluído de iodo de

NOTAS:

O número de análises bacteriológicas realizadas pelo Laboratório de Bacteriologia do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, atingiu em 1947 o elevado número de 5.274.

Podem dividir-se em vários grupos importantes, mas as de sangue sobrelevam as outras.

Somaram no conjunto: 4.536.

Umas são de realização mais simples, mas todas exigindo uma observação demorada e conscienciosa.

Os trabalhos foram este ano mais intensos do que em anos anteriores, provavelmente devido a ter sido chamada a atenção dos Delegados de Saúde no Curso de Aperfeiçoamento, ministrado no INSTITUTO, para os serviços que o Laboratório pode prestar.

As instalações sofreram em Outubro grandes progressos, tendo sido transferidas do logar onde se encontravam para o 1.º andar depois de obras de adaptação.

Apesar do natural abalo que esse facto poderia causar, as análises continuaram a fazer-se normalmente.

— Estas 1.171 análises químicas são, na sua maior parte, análises sumárias ou completas, correspondendo, a cada uma delas, uma série de determinações e ensaios. Assim, para as águas, com 127 análises sumárias registadas, devemos contar por cada uma delas 8 pesquisas e 8 doseamentos. Mencionem-se ainda as delicadas pesquisas para a identificação de corantes, que nos últimos tempos vêm aumentando (53). Só dando estas explicações se pode fazer ideia do trabalho do Laboratório para levar a cabo as análises enunciadas nesta lista.

Dela fazem parte algumas análises clínicas, embora não seja esta a função do Laboratório.

ferro, extrato fluído iodotânico, extrato fluído de ipecacuanha, extrato de malte, febon, fermento para bolos, figos secos, flor de fava e milho, gema de ovo, germen de semente de alfarroba, gluconato de cálcio, iodo, iogurte, kirch, leite vegetal, louro, oregãos, ovomaltine, oxalato de potássio, pasta de amendoim, pasta de batata doce, pickles, pomosin (pictina), pulbom-injectável, puré de grão, puré de tomate, riboflavina, sacarinato de sódio, sêmola, sumo de uvas, tapioca, untura forte, virol, vitacola, vitasoja, xarope de capilé, xarope de figos, adubo, bacalhau, bacon, bolos, caseína, centeio, chouriço, cloreto de mercuroso, cloridrato de tiamina, cravo moído, creme de ervilhas, digitalina cristalizada, extrato de piripíri, goma arábica, óstias várias, iodeto de potássio, medicamentos diversos, milho, mostarda, nestogeneo, ovos em pó, pão, pasta de figos e amêndoa, pasta de laranja, polpa de alperce, raia em salmoura, sal comum, salame, sopas, subgalhato de bismuto, vigénio (germe de trigo) vinho tónico nutritivo, xarope de glicose, açafraão, arroz, pasta de peixe, quinina, sulfato de quinina, conserva de ananás, corantes, farinha de linhaça, flocos de aveia, margarina, massa alimentícia, massa de marmelo, mel, molhos diversos, mostos diversos, refrigerantes, subsalicilato de bismuto, trigo, aguardentes, carnes salgadas, conservas de azeitona, de berbigão e de chocos, creolinas, erva doce, laranjas, leite de cabra e de ovelha, líquidos de conservas vegetais, óleo de amendoim, pastéis de carne, pudins, etc

Além destas, aproveitando a competência e escrupulo do pessoal técnico e o material existente, foram realizadas análises químicas de *adubos* (8 em 1946, 6 em 1947, *bagaço de azeitona* (7 em 1947), *ceras* (22 em 1946, 13 em 1947), *farinhas para alimentação de gado* (10 em 1946, 19 em 1947), *farinhas de peixe* (6 em 1946, 9 em 1947), *óleos diversos* (linhaça, palma, etc.) (16 em 1946, 38 em 1947), *óleos de peixes* (92 em 1946, 128 em 1947), *produtos diversos* (36 em 1946, 53 em 1947), (ácido cítrico, ácido tartárico, bagaço de azeitona, carvão activado, cré, guano, sabão, tanino, *tourteaux*, agar-agar, clorato de potássio, dextrina, extracto tânico, gelatina, óleo de bagaço, sebo vegetal, etc.

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Mapa comparativo das despesas processadas e pagas

Despesa com o pessoal	1936/1945	1945	1946	1947
Compreendendo pessoal dos quadros, contratado e assalariado, gratificações e despesas com os Cursos, fardamento e batas, abono de família, suplemento, subsídio eventual, ajudas de custo, etc.	216.945\$80	223.203\$43	414.822\$70	697.390\$10
Despesas com o material				
Compreendendo aquisições e reparações de máquinas, aparelhos, utensílios, mobiliário de laboratórios e secretaria, obras de reparação, impressos, material de consumo corrente, livros e outras publicações	44.033\$30	73.298\$60	258.653\$85	592.462\$09
Pagamento de serviços e diversos encargos				
Compreendendo luz, água, aquecimento, limpezas, despesas de comunicações, renda de casa, Boletim, participações em receitas, serviços não especificados, etc.	60.035\$60	62.901\$48	101.854\$75	197.394\$96
	<u>321.014\$70</u>	<u>359.403\$51</u>	<u>775.331\$30</u>	<u>1.487.247\$15</u>

CONTA DE GERÊNCIA DE 1947

Saldo de 1946	47.647\$85
Receita total em 1947	1.483.599\$30
Soma	<u>1.531.247\$15</u>
Despesa total em 1947	<u>1.487.247\$15</u>
Saldo despositado em 14/2/948	44.000\$00

Junta Sanitária de Águas

Análises bacteriológicas de águas no ano de 1946

Durante o ano de 1946 fizeram-se 147 análises bacteriológicas de águas. As colheitas foram feitas nas seguintes terras:

Abrantes — boletim n.º 263
Albergaria-a-Velha — boletim n.º 228
Alcácer do Sal — boletim n.º 215
Barquinha — boletim n.º 262
Beja — boletim n.º 244
Bombarral — boletins n.ºs 212; 213; e 214
Caldas da Rainha — boletins n.ºs 245 e 264
Cartaxo — boletim n.º 251
Elvas — boletim n.º 233
Ericeira — boletins n.ºs 229 e 236
Estoril — boletins n.ºs 254, 255, 257 e 258
Évora — boletins n.ºs 217, 218, 225 e 241
Golegã — boletim n.º 248
Lisboa — boletins n.ºs 259 e 261
Mafra — boletins n.ºs 230, 231 e 236
Mértola — boletins n.ºs 227 e 234
Monchique (Caldas de) — boletins n.ºs 243, 253 e 260
Montemor-o-Novo — boletins n.ºs 209, 216 e 249
Porto Brandão — boletins n.ºs 223, 224, 235, 238, 247 e 252
Santa Comba Dão — boletim n.º 256
Santarém — boletins n.ºs 206, 219, 220, 221, 222, 226, 239 e 250
Setúbal — boletim n.º 237
Tomar — boletins n.ºs 210, 211 e 242
Torres Vedras — boletins n.ºs 207, 208 e 246
Vale de Santarém — boletim n.º 240
Vila Viçosa — boletim n.º 232

Análises feitas durante o ano de 1947

Durante o ano de 1947 fizeram-se 281 análises. As localidades onde foram feitas as colheitas foram as seguintes:

Abrantes — boletim n.º 361
Alcoentre — boletim n.º 354
Amadora — boletins n.ºs 314 e 365

Azambuja — boletim n.º 359
 Beja — boletins n.ºs 288 e 299
 Cabanas do Chão — boletins n.ºs 232, 324, 325, 326, 327, 328, 330, 332, 338 e 377
 Caneças — boletins n.ºs 278, 285, 287, 292, 309 e 316
 Cartaxo — boletins n.ºs 281, 290, 311, 315 e 348
 Cascais — boletins n.ºs 271 e 294
 Crato — boletim n.º 349
 Estoril — boletins n.ºs 267, 276 e 277
 Évora — boletins n.ºs 286, 298, 307, 333 e 366
 Figueira da Foz — boletins n.ºs 368 e 375
 Gouveia — boletim n.º 376
 Leiria — boletim n.º 372
 Lisboa — boletins n.ºs 265, 275, 280, 282 e 319
 Loures — boletins n.ºs 313 e 341
 Lousa-de-Cima — boletins n.ºs 340, 342 e 343
 Monchique — boletins n.ºs 268, 273, 279, 302, 304 e 306
 Monte Estoril — boletins n.ºs 269 e 293
 Montemor-o-Novo — boletins n.ºs 284, 291, 297, 352 e 367
 Montijo — boletim n.º 373
 Olhão — boletim n.ºs 369 e 370
 Parede — boletim n.º 295
 Porto Brandão — boletins n.ºs 266, 272, 274, 296, 305, 308, 321, 339, 344, 356 e 374
 Redondo — boletim n.º 335
 Reguengos de Monsaraz — boletim n.º 363
 Santa Iria — boletim n.º 337
 Santarém — boletins n.ºs 301, 312, 347, 351 e 371
 S. Martinho do Porto — boletins n.ºs 362 e 378
 Serra de Mira — boletins n.ºs 322 e 336
 Setúbal — boletins n.ºs 303, 310, 318, 320, 329, 331, 345 e 355
 Sezimbra — boletim n.º 379
 Sintra — boletins n.ºs 317, 346 e 364
 Tavira — boletim n.º 358
 Tomar — boletins n.ºs 283, 289 e 350
 Torres Vedras — boletins n.ºs 300, 353, 357 e 360
 Vendas Novas — boletim n.º 334
 Vila Nova de Ourém — boletim n.º 270

Índice do ano II do Boletim (1947)

N.ºs 5 a 10

	Fasc.	Págs.
A ABRIR	5	3
<i>Ricardo Jorge e a legislação sanitária</i> — pelo Dr. Arruda Furtado	5	5
<i>Conceito de água potável</i> — pelo Dr. Bernardino de Pinho . . .	5	28
LUGARES SELECTOS (algumas páginas de Ricardo Jorge):		
1885 — <i>O professor de Medicina em Portugal</i>	5	46
1911 — <i>Prostituição e profilaxia anti-venérea</i>	7	209
1923 — <i>A propósito de Pasteur</i>	8	283
1901 — <i>Relatório que precede o Regulamento Geral dos Ser-</i> <i>viços de Saúde e Beneficência Pública de 24 de Dezembro</i>	10	424
<i>Curso de visitadoras sanitárias</i> (1946-1947) Regulamento . . .	5	70
" " " Programas e plano do curso	6	151
<i>Alguns apontamentos para a história do Instituto Central de</i> <i>Higiene</i> — pela Dr. ^a D. Helena G. de Avila (cont. da pág. 313, do fasc. IV)	8	315
<i>Relação dos diplomados com o Curso de Medicina Sanitária</i> . .	5	74
Idem (conclusão)	7	236
<i>Relação das diplomadas com o Curso de Visitadoras sanitárias</i> <i>de 1929 a 1938</i>	8	315
<i>Organização Mundial da Saúde</i> — Os seus princípios	5	79
<i>Medicina Preventiva das doenças do coração</i> — pelo Professor Doutor João Porto	6	81
<i>Polição dos cursos de água</i> — pelo Dr. J. Souto Teixeira . . .	6	110
<i>Trabalho numa subdelegação de saúde</i> — pelo Dr. J. Sousa Fialho	6	130
<i>Um grande epidemiologista</i> — <i>Ricardo Jorge</i> — pelo Dr. Augusto da Silva Travassos	7	161
<i>Erros e deficiências da obstetricia e puericultura concelhias</i> — pelo Dr. Francisco Fernandes Homem	7	181
<i>3.º Curso de aperfeiçoamento para subdelegados de saúde</i> (1947) — por F. S. C.	7	225
<i>Curso de visitadoras sociais</i> — Lista das diplomadas em 1946 .	7	235
<i>A colaboração dos médicos e veterinários na Saúde Pública</i> — pelo Prof. Doutor Joaquim Fiadeiro	8	241
<i>A Medicina Escolar concelhia</i> — pelo Dr. Américo Cortez Pinto	8	266
<i>Luta contra a lepra</i> — <i>Decreto-lei n.º 36.450</i>	8	296
" " " — <i>Regulamento do Hospital-Colónia Rovisco</i> <i>Pais</i> (Dec. n.º 36.451)	8	310
<i>Alguns aspectos sanitários e da História da Assistência em</i> <i>Espanha</i> — pelo Dr. Fernando da Silva Correia (relatório duma viagem de estudo em 1947)	9	321

	Fasc.	Págs.
I PARTE — A preparação dos sanitaristas em Espanha — Alguns		
institutos de Higiene espanhóis	9	321
Madrid — Hospital del Rei, para doenças infecto-contagiosas	9	323
" — Direcção Provincial de Sanidade	9	331
" — Escola Nacional de Sanidade	9	332
" — Direcção Geral de Sanidade	9	341
" — Escola Nacional de Instrutoras Sanitárias	9	347
Barcelona — Instituto Provincial de Sanidade	9	352
Gerona — Instituto Provincial de Sanidade	9	355
Valencia — Instituto Provincial de Higiene	9	357
Granada — Instituto Provincial de Higiene	9	359
Cordova — Instituto Provincial de Higiene	9	360
Sevilha — Instituto Provincial de Higiene	9	360
Resumo e conclusões	9	361
II PARTE — Subsídios para a História da Assistência na Península		
Hospital da Misericórdia de Madrid	9	366
Hospital de Santa Cruz de Toledo	9	369
Hospital de S. João Baptista, do Cardeal Tavera, de Toledo	9	370
Hospital de Santa Cruz de Barcelona	9	372
Casa de convalescentes de Barcelona	9	373
Monserrat	9	374
Hospital Provincial de Valencia	9	374
João Luis Vives e a sua influência na Assistência	9	376
Hospitais de Granada	9	378
Hospitais de Cordova	9	380
Hospitais de Sevilha	9	381
Curso de Medicina Sanitária de 1947 — por Fernando da Silva		
Correia	9	387
Curso para especialização de visitadoras em Higiene da alimentação	9	395
Nota dos livros entrados durante o ano de 1946 na Biblioteca do Instituto (oferecidos ou permutados)	9	398
<i>Bioquímica das águas residuais</i> — pelo Eng.º Pinto Fonseca	10	401
<i>Prática Sanitária</i> (Vedação de cemitérios) — pelo Dr. Carlos d'Arruda Furtado	10	440
Obras entradas na Biblioteca do Instituto em 1947 — I — Livros e Revistas comprados	10	444
Publicações periódicas assinadas em 1947	10	448
II — Obras oferecidas ou permutadas	10	452
<i>Curso de Visitadoras Sanitárias</i> (1946-1947)	10	464
O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge em 1947		
(Relatório e Contas) — por Fernando da Silva Correia	10	469
O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge — Movimento geral de Análises Bacteriológicas	10	481
Movimento Geral de Análises Químicas	10	482
Mapa das despesas processadas e pagas	10	484
Junta Sanitária de Águas	10	445

Índice das gravuras

	Fasc.	Págs.
1— <i>Aparelho de Diénert e Guillerd</i>	5	31
2— <i>Burgess' colorimeter</i>	5	32
3— <i>Tubo de filtração graduado em c. c.</i>	5	38
4— <i>Ciclo do azoto (esquema)</i>	6	112
5— <i>Ciclo do enxofre (esquema)</i>	6	114
6— <i>Curva de deficit</i>	6	118
7— <i>Leprosaria Rovisco Pais — Vista parcial do Hospital</i>	8	302
8— " " " — <i>Asilo</i>	8	303
9— " " " — <i>Casa de trabalhadores</i>	8	308
10— " " " — <i>Lavandaria</i>	8	308
11— " " " — <i>Núcleo familiar</i>	8	309
12— <i>Madrid — Direcção Geral de Sanidade</i>	9	336
13— " — <i>Edifício da Faculdade de Medicina</i>	9	336
14— " — <i>Escola Nacional de Sanidade (Cidade Universitária)</i>	9	337
15— " — <i>Jefatura Provincial de Sanidade</i>	9	337
16— " — <i>O Prof. Vallejo de Simon no Hospital del Rey</i>	9	344
17— " — <i>O Prof. Vallejo de Simon e o Dr. Callao</i>	9	344
18— <i>Barcelona — Instituto Provincial de Sanidade</i>	9	345
19— " — <i>Idem — Serviço de puericultura — Cosinha dietética</i>	9	345
20— " — <i>Idem — Laboratório de preparação de vacina contra o tifo exantemático</i>	9	352
21— " — <i>Idem — Laboratório de Química</i>	9	352
22— " — <i>Centro primário de Higiene Rural de Manresa</i>	9	353
23— " — <i>Centro Secundário de Higiene Rural de Igualada</i>	9	353
24— <i>Valência — Instituto Provincial de Sanidade</i>	9	360
25— " — <i>Dispensário del Grao, no porto</i>	9	360
26— <i>Sevilha — Instituto Provincial de Sanidade</i>	9	361
27— <i>Toledo — Fachada do Hospital de Santa Cruz</i>	9	361
28— " — <i>Um dos pátios do Hospital de Santa Cruz</i>	9	368
29— " — <i>Escadaria do Hospital de Santa Cruz</i>	9	368
30— " — <i>Pátio bipartido do Hospital do Cardeal Tavera</i>	9	369
31— <i>Barcelona — Hospital de S. Paulo (Séc. XVII)</i>	9	369
32— " — <i>Pátio do Hospital de convalescentes (Séc. XVII)</i>	9	384
33— " — <i>Porta de entrada do Hospital de Santa Cruz</i>	9	384
34— <i>Granada — Hospital Real (Séc. XVI)</i>	9	384
35— " — <i>Hospital de S. João de Deus (Séc. XVII)</i>	9	385

	Fasc.	Págs.
36— Granada — Pátio interior do Hospital de S. João de Deus .	9	385
37— Gráfico referente à sedimentação das águas residuais. .	10	402
38— Fórmulas da triptofana, escatol e indol	10	412
39— Esquema referente à classificação dos meios eutróficos e oligotróficos	10	413
40— Gráfico referente à nitrificação em função da temperatura	10	419
41— Curva referente à carência bioquímica de oxigénio .	10	420

OFICINAS GRÁFICAS
CASA PORTUGUESA
RUA DAS GÁVEAS, 103
L I S B O A