

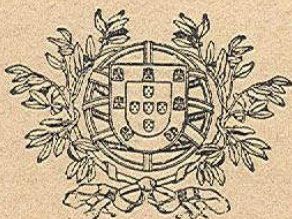
ARQUIVOS

DO

INSTITUTO CENTRAL DE HIGIENE

Vol. II — SECÇÃO DE HIGIENE — Fasc. 1.º

- I. «Um caso de febre de Malta» por João Felicíssimo.
- II. «A conferência sanitária internacional de Paris» por António Augusto Gonçalves Braga.
- III. «Documentos oficiais».



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA

1916

INSTITUTO NACIONAL
DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE
BIBLIOTÉCA
N.º 4042

Estes «Arquivos» não tem período certo para a sua publicação.
Cada fascículo é vendido separadamente.

UM CASO DE FEBRE DE MALTA

POR

JOÃO FELICÍSSIMO

Sub-delegado de Saúde em Ponte de Sôr

Duma série de casos de febre ondulante observados neste concelho demos conta oficial em papel que, embora não fosse destinado à publicidade, os *Arquivos do Instituto Central de Higiene* deram à estampa. Simples nota destinada a apresentar a impressão flagrante do observador, não comportava as minúcias requeridas do exame dos casos, a que apuzemos a etiqueta de febre de Malta, invencivelmente levados a êste diagnóstico pela fôrça lógica da clínica e da epidemiologia, que não davam cabimento a nenhuma outra espécie pirética. Fiquei à espera de casos em que a demonstração pudesse correr todos os tramites e satisfazer todas as exigências. Em fins de junho de 1914 consultava-me uma doente, residente em região inveteradamente sezonática, sofrendo de febre que a princípio me pareceu um caso banal de malária ¹, mas que pela marcha ulte-

¹ No caso que vou relatar a fôrma noso-pirética toma um feitio quotidiano de acessos sub-intrantes de modo a lembrar um ataque febril de sezonismo, suposição ainda mais fundamentada pela circunstância da Ermelinda habitar uma região fortemente impregnada da malária. A concordância como que se segue é completa, abstracção feita da última parte, porque tenho para mim, ao que a minha já não curta prática me força, que febre que resiste à quinina, não é malária. «Il est à remarquer que la tache mélitense coïncide sensiblement chez nous avec la tache malarienne; et voilà une confusion fondamentale. Les accès ondulants ont été pris, soit par le vulgaire, soit par les médecins «eux-mêmes, pour des fièvres intermittentes banales; comme la médication «spécifique échouait et que la fièvre restait indifférente à la quinine, on invoquait les faits connus de malaria rebelle à la quininisation». (Ricardo Jorge, *La Fièvre Ondulante*, in *Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique*, tome VII, N.º 2, págs. 272 e 273).

rior, anormal, arrastada e teimosa, me obrigou ao diagnóstico da febre de Malta, caso que, observado e pesquisado com toda a atenção que pudemos dispensar-lhe, é a matéria desta contribuição à história da melitococia no nosso país.

Ermelinda Maria, de 22 anos de idade, natural da herdade da Amieira, residente na herdade do Paúl (uma e outra situadas neste concelho e freguesia, e contíguas), solteira, jornalista nos serviços agrícolas.

Antecedentes pessoais: Apenas refere sezões aos 13 anos de idade, sarampo aos 14, e reumatismo nos joelhos aos 15.

Antecedentes hereditários: Pai e mãe reumáticos; a irmã mais velha, que foi no passado uma teimosa cloro-anémica, teve há uns cinco anos uma doença que terá durado três meses e é caracterizada por movimentos febris, sempre acompanhados de grandes suores, contra os quais a quinina se mostrou impotente (Febre de Malta?).

História pregressa da doença actual: Em princípios de junho de 1914 começou a sentir-se vagamente doente¹: inapetência, grande fraqueza, dôres nos pés e cefalalgia. Pouco a pouco a cefalalgia acentua-se, especializando-se pela intensidade por volta do meio dia, e fazendo-se acompanhar por arrepios de frio e por um movimento hiperpirético forte até à noite (39° e mais), decrescendo em seguida, mas sem nunca a abandonar por completo, dando origem a acessos sub-intrantes em cujo cortejo

¹ «Une loi régulatrice ressort toutefois de l'ensemble de l'enquête; celle de *l'évolution saisonnière*. La mélitose peut apparaître dans n'importe quel mois de l'année, mais elle a une époque de prédominance: l'époque printano-automnale». (Ricardo Jorge: *loc. cit.*, pág. 277).

«La prédominance saisonnière de la mélitose est également en faveur de son origin caprine. C'est d'avril à octobre que le mal sévit, avec le plus d'intensité; or c'est précisément là l'époque à laquelle les chèvres mettent bas et où par conséquent abondent le lait et les laitages. Dans le Texas et le nouveau Mexique on observe un fait analogue; les cas sont plus fréquentes dans la *kidding season* (saison des chevreaux) — avril, mai, juin. (*Id., id.*, pág. 281).

No meu relatório de 13 de Abril de 1913 a distribuição dos casos pelos meses faz-se de modo que em onze casos as primeiras manifestações fizeram a sua aparição entre Fevereiro e Julho, em seis a invasão deve ter-se dado com toda a probabilidade entre Abril e Maio, ficando indeterminada a época de dois. No caso actual a doença alvoreceu no princípio de Junho.

nunca entrou o período de sudação. Contudo, apesar da astenia e da anemia que gradual e lentamente a avassalavam, nunca a doença a prostrou vencida no leito, e, à parte algum desfalecimento, tão pouco deixou de se levantar e andar, vindo diariamente ao hospital receber as suas injeções.

Este período da minha observação dura três meses e não consigo a mais pequena melhora. Entretanto, em 24 de junho prescrevia-lhe :

Sal antiperiodico.....	50 centigramas
Ácido citrico.....	30 »

Em um hóstia e mais onze iguais.

Nada alcanço e em 1 de julho prescrevo :

Sal antiperiodico.....	50 centigramas
Azul de metilene.....	20 »

Em uma hóstia e mais onze iguais.

Ambas estas fórmulas foram empregadas ingerindo a doente uma hóstia ao romper da manhã (3 1/2 horas) e outra ao nascer do sol (5 horas), fazendo-as acompanhar da ingestão de abundante água. Novo fracasso. Escolho então a via hipodérmica, nos flancos, prescrevendo em 7 de julho :

Cloreto de quinina.....	5 gramas
Água distilada.....	Q. S. para 30 c. c.

3 c. c. por injeção, e

Cacodilato de sódio.....	1 grama
Água distilada.....	20 »

Faço vinte injeções da primeira e quarenta da segunda, alternando primitivamente uma e outra fórmula por períodos de quatro injeções diárias, e depois injectando só o cacodilato por períodos de quatro injeções intervalados por quatro dias ôcos.

Cançada a doente de uma terapêutica ineficaz, apesar de persistente, anemiada e sempre febril, abandona a doença ao

seu curso natural e furta-se à minha observação. Estávamos então em fins de setembro.

Aí por meiado de novembro alguém interessadamente me refere o máu estado lenta e sucessivamente agravado da Ermelinda o que me resolve a manda-la vir, procedendo em 4 do mês seguinte à extracção do sangue da polpa dum dedo e da mediana basilica direita. Da análise feita muito obsequiosamente pelo colega Nicolau Bettencourt, a quem aqui me apraz consignar os meus melhores agradecimentos, pelo muito que, por mais de uma vez e sempre com a melhor e mais agradável das vontades, me auxiliou na justificação do meu diagnóstico clínico, resultou o seguinte:

Sôro-diagnóstico de Febre de Malta — *positivo* —.

Nestas circunstâncias resolvi internar a doente no hospital em 24 de dezembro.

Menciono aqui o facto da Ermelinda se alimentar algumas vezes com *atabefe*, mas exclusivamente de cabra¹.

Observação actual: A doente apresenta-se um tanto emagrecida, cançada, com um certo grau de anemia, e um ventre globoso, volumoso, fazendo lembrar uma gravidez de cinco para seis meses. A fâcies chupada com apreciável saliência dos malares e com os lábios descòrados e tostados, mostra abun-

¹ No concelho de Ponte de Sôr predomina a cabra de raça charnequeira (vulgo charnequenha), tipo regional de pequenas dimensões, muito rustica e sobria. É a cabra de rebanho por excelência, ainda que se tenha tentado o cruzamento com a raça espanhola, cujos produtos, nunca perfeitos, não se adaptam e degeneram rapidamente.

Os leiteiros preferem por mais produtivas a raça da Amieira, pequena região do Gavião, ou o cruzamento da raça beirôa, que por si só se não adapta, com a charnequeira.

«On cite, d'autre part, des points endémiques où l'apparition de la maladie paraît avoir coïncidé avec l'introduction de la race maltaise. En beaucoup d'endroits toutefois il n'y a pas la moindre trace de la chèvre exotique, ni même étrangère; il s'agit bel et bien de la chèvre indigène, de la chèvre «locale».

«.....
«... la mélitose est-elle le propre de la race maltaise et celle-ci peut-elle seule «faire naître des foyers secondaires parmi les autres races? ou bien la mélitose «n'est-elle autre chose qu'une épizootie courante de l'espèce caprine toute entière, à laquelle la race maltaise est simplement plus sjuette qu'un eautre?».
(Ricardo Jorge, *id.*, pág. 260).

dantes placas de lentigo. No flanco esquerdo há uma superfície eczematosa, larga como a palma da mão, vestígio de uma pequena placa de mortificação devida a uma das injeções de cloreto de quinina não tolerada.

Língua húmida, espalmada, muito ligeiramente saburrosa. Apetite mais que regular; comida alguma ainda lhe fez mal e apenas, raras vezes, tem sentido após as refeições um tal ou qual enchimento de estômago. Deféca regularmente.

Existe fluctuação abdominal. A percussão mostra a existência de uma área extensa de maciszez, que se estende pelo tórax e abdómen, consequência de derrame e hipertrofia de órgãos.

Assim, o derrame ascítico desenha no limite superior da maciszez uma curva de concavidade superior que passa na linha pubo-umbilical três dedos acima do púbis e dois dedos acima da espinha iliaca ântero-superior direita. À esquerda, essa linha continua-se com uma outra também de maciszez que sobe ao longo do bôrdô externo do recto anterior e perto do rebôrdô condral inflete-se, tornando-se-lhe paralela e afastada um dedo até próximo e à esquerda do apêndice xifoideo. Segue-se daí uma outra linha de maciszez que desce para a direita, dirigindo-se para o rebôrdô condral e atingindo-o ao nível da 10.^a cartilagem, afastada dêsse rebôrdô uns três dedos no princípio do declive. No epigastro, livre de maciszez, há uma zona limitada por uma curva de concavidade superior, da 9.^a cartilagem costal esquerda para a 9.^a direita, onde a percussão revela a existencia de um som obscuro. Pela percussão do resto do abdómen obtem-se som timpânico.

A palpação mostra a coincidência do bôrdô vertical esquerdo da maciszez com o bôrdô anterior espesso e bosselado do baço hipertrofiado, assim como da linha declive superior direita da maciszez com o bôrdô anterior do figado também hipertrófico.

À inspecção do tórax salienta-se na sua face anterior e à esquerda do sternô uma ondulação sistólica rápida, ocupando uma superfície de paralelogramo cujos lados correspondem: o superior ao bôrdô inferior da 2.^a costela; o inferior ao bôrdô inferior da 4.^a costela; o interno ao bôrdô esquerdo do sternô e o externo a seis centímetros do interno. O máximo da ondulação corresponde a uma superfície como a da moeda de um

escudo, cujo centro está no 3.^o espaço intercostal, a três centímetros do bordo do esterno.

A percussão torácica dá os seguintes resultados:

Face anterior: A) Lado direito: — Uma linha transversal, cortando a 4.^a costela entre a linha parasternal e a mamilar, e baixando para um e outro lado até tocar pelo lado interno quasi o extremo interno da 5.^a cartilagem costal, separa a superfície de som claro da de macissez.

B) Lado esquerdo: — Uma linha transversal ao nível do 3.^o espaço intercostal, na linha mamilar, faz a separação da superfície de som claro da de som macisso.

C) A macissez cardíaca tem os seguintes limites: — *Pequena macissez* — Uma linha vertical médio-sternal que desce do nível da inserção das 3.^{as} cartilagens costais e se submerge na macissez do lado direito e uma linha curva de convexidade supero-esquerda que parte do acume da anterior e vai confundir-se na macissez do lado esquerdo, cruzando a 4.^a costela na vertical que une o terço interno ao médio da clavícula esquerda. *Grande macissez* — Uma linha quasi vertical que desce da inserção da 2.^a cartilagem costal direita com o esterno, dirigindo-se um pouco para fóra, para se perder na macissez do lado direito e uma curva de convexidade súpero-esquerda que parte do alto desta e vai cruzar o 3.^o espaço inter-costal na mesma linha vertical que desce da união do terço interno com o médio da clavícula esquerda.

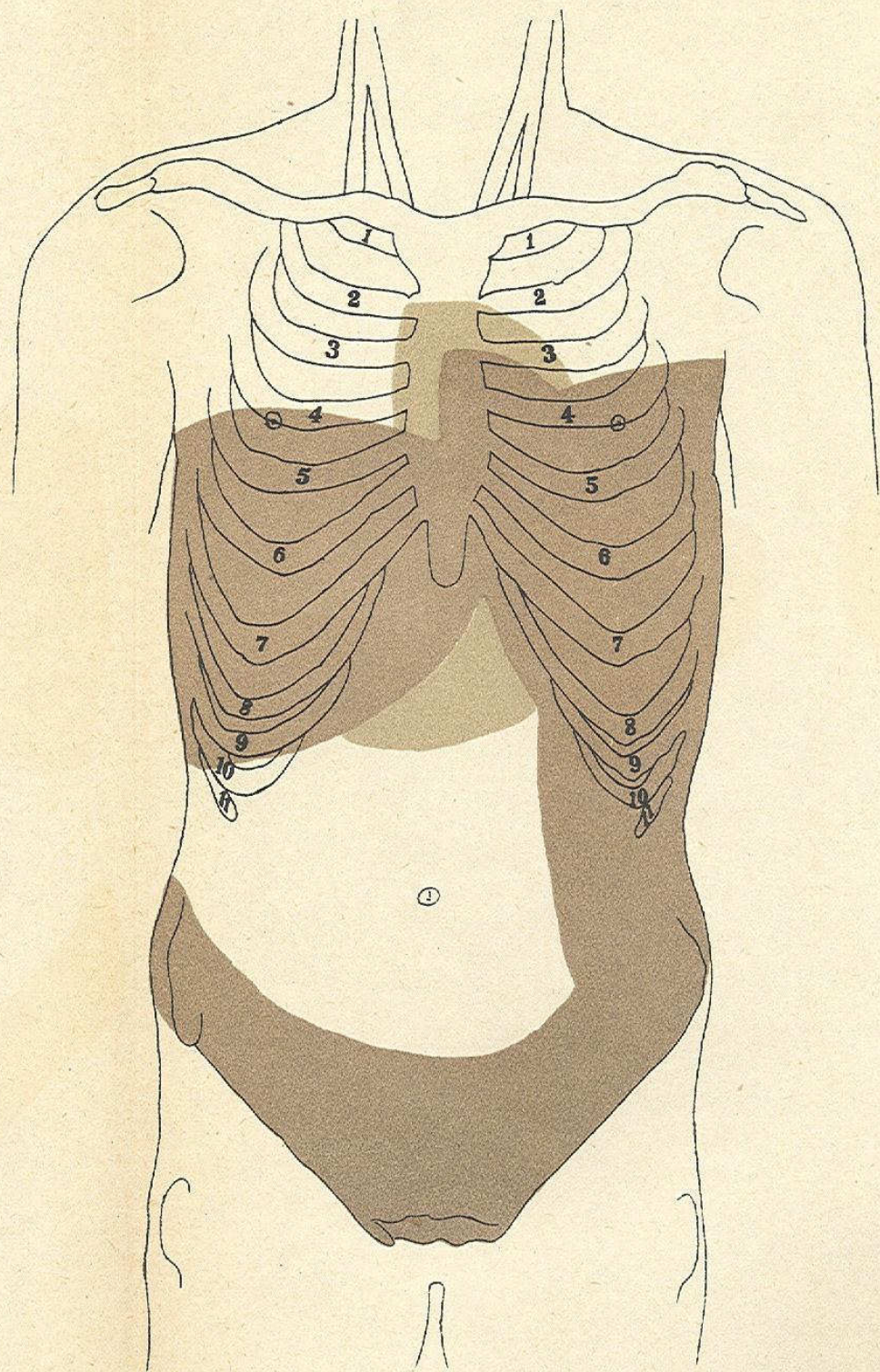
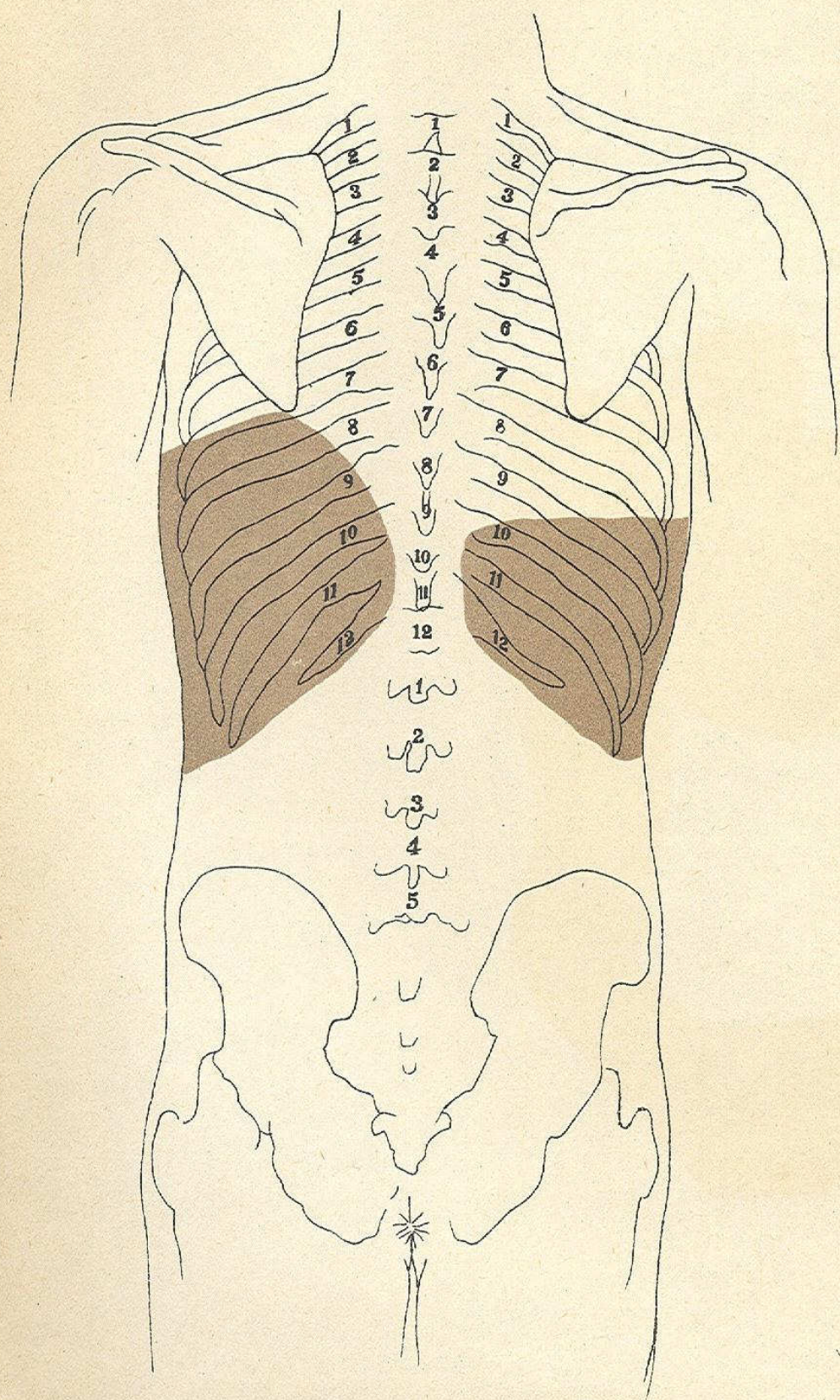
D) Espaço semilunar de Traube: — macisso.

Face posterior: Lado direito: — Para baixo de uma linha curva de ligeira convexidade superior, que passa sobre a 9.^a costela ao nível do ângulo inferior do omoplata, som macisso; para cima, som claro. O limite inferior da macissez corresponde ao rebordo costal.

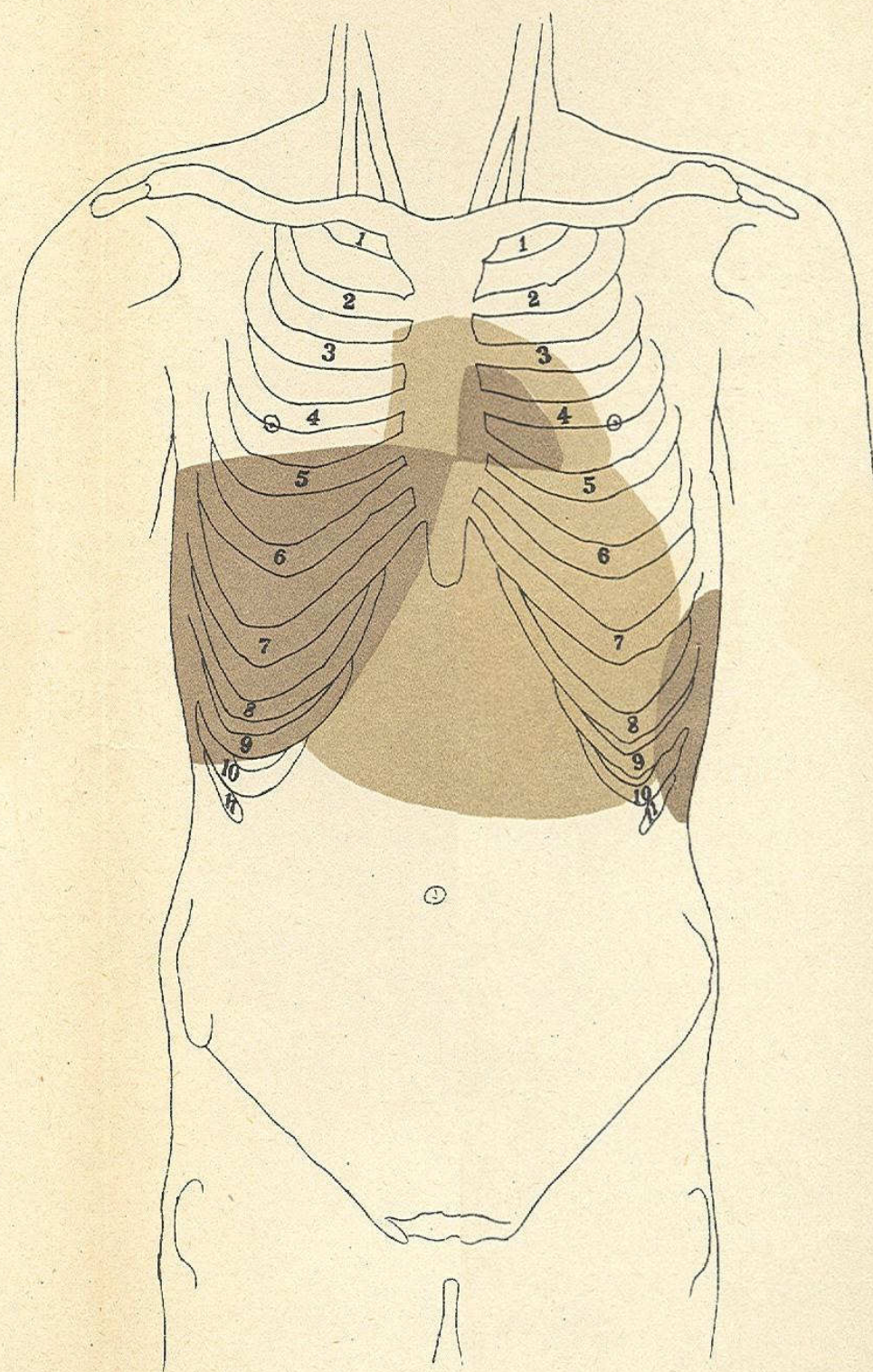
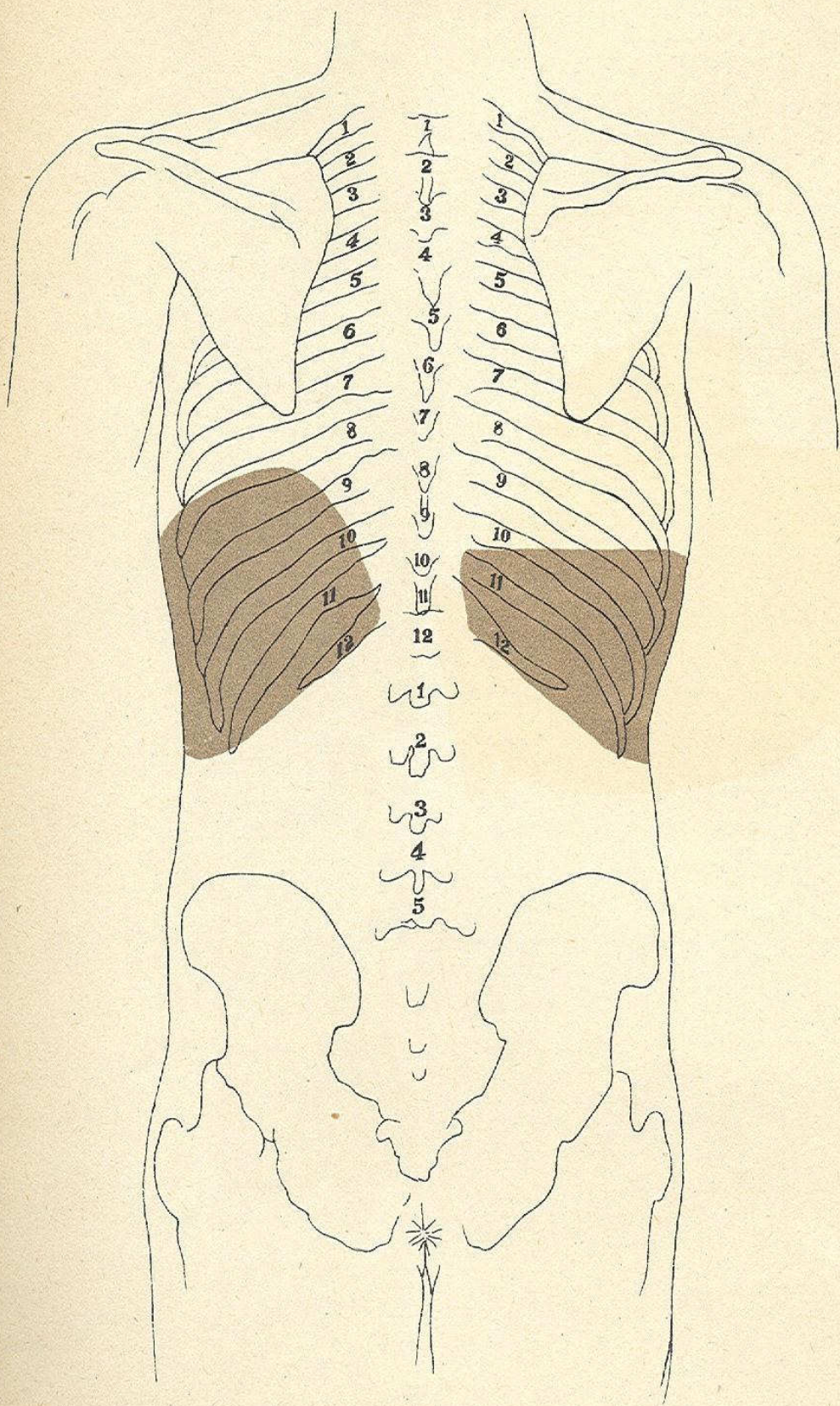
Lado esquerdo — Linha de separação fonética de convexidade superior cujo ponto mais elevado corresponde ao ângulo inferior do omoplata e se incurva, descendo, para o lado da espinha e da axila. Esta zona macissa estende-se até ao bordo superior do iliaco.

Pela exploração das vibrações torácicas reconhece-se, de um modo geral, a sua muito pequena intensidade e a sua abolição à esquerda e em baixo

Um caso de Febre de Malta.
Zonas foneticas observadas em 25-XII-14



Um caso de Febre de Malta.
Zonas foneticas observadas em 3-IV-15



Da prática da auscultação resulta o seguinte :

Coração : — Á auscultação dos quatro fócios valvulares ouvem-se os dois ruidos bem acentuados e notáveis pela sua força os arteriais, pulmonares e aórticos. O foco mitral encontra-se no 3.º espaço intercostal; na linha vertical que une o terço interno ao médio da clavícula; aí também se encontra o choque da ponta. Não reconheci outras anomalias.

Pulmões — *Face anterior* : O murmúrio vesicular diminui de intensidade de cima para baixo; nas regiões sub-claviculares, onde o murmúrio é bem acentuado, a respiração é ondulante. Na zona macissa esquerda o murmúrio vesicular é bastante fraco.

Faces laterais : — *Direita* : O murmúrio vesicular enfraquece de cima para baixo. *Esquerda* : — Acima da zona macissa murmúrio vesicular fraco; abaixo, muito fraco.

Face posterior : — O murmúrio vesicular é fraco de alto a baixo. Na maciszez esquerda ainda mais enfraquece.

Não encontrei egofonia.

Jugulares : — A auscultação é negativa.

As 15 horas temperatura 38°,2; movimentos respiratórios 24; pulsações radiais 120. Pulso rítmico, pequeno, pouco depressível, com recorrência palmar.

Deféca regularmente.

Está menstruada há dois dias, primeira aparição do fluxo catamenial desde o principio da doença. Urina de reacção levemente ácida, 1022 de densidade, sem albumina nem açúcar.

Pela punção torácica, no ponto do 8.º espaço intercostal que é cruzado pela linha axilar posterior, obtem-se um liquido francamente hemorrágico que pelo repouso se dispõe em três camadas: Uma superior, líquida, sorosa; uma média, de aspecto gelatinoso, opalescente, com estrias vermelhas; uma inferior, também de aspecto gelatinoso, mas rubra.

A exploração das reflexas superficiais deu-me um resultado negativo. Das profundas só obtive a rotuliana, parecendo-me um tanto exagerada a direita. Da exploração dos diferentes sensibilidades, bem como das reacções pupilares, nada resultou de anormal.

Diagnóstico : — FEBRE DE MALTA (forma sub aguda, ambu-

latória). Complicações: HIPERTROFIA DO FÍGADO E BAÇO. ASCITE E PEQUENO DERRAME HEMORRÁGICO DA PLEURA ESQUERDA.

Prognóstico:—Reservado, com tendência para a benignidade.

Tratamento:—Farmacológico geral, por enquanto nenhum. Aplicação de um penso bórico húmido sobre a placa eczematosa do ventre.

Dietético:—Alimentação variada, com pequenas restrições, fortificante e abundante. 1 litro de leite por dia.

Obrigo-a a permanecer no leito.

Marcha da doença:—Não menciono aqui a marcha da temperatura nem a da secreção urinária porque vão no quadro junto.

Janeiro 1—O derrame da pleura desceu um espaço na linha do vértice do omoplata, dois na axilar, e conserva-se à mesma altura adiante.

8.—Não há ascite. Cessou hoje a menstruação.

10.—A ponta do coração ainda se encontra no 3.º espaço, mas um pouco mais à esquerda, na linha vertical médio-clavicular. A ondulação sistólica estende-se obliquamente daí até à furcula sternal. Pulso, 106.

Faço outra extracção de alguns poucos centímetros cúbicos de líquido da pleura que envio ao colega Nicolau Bettencourt. O líquido extraído tem os mesmos caracteres do da anterior.

21.—Pequeno furunculo em supuração na região temporal esquerda, acompanhado de macropoliadenite cervical posterior e duma única elevação de temperatura a 41º,5.

24.—O derrame da pleura desceu na linha média clavicular, um dedo; na axilar, dois, e na do vértice do omoplata, três. O choque da ponta é mais sensível, a ondulação precordial igualmente extensa, mas menos intensa.

A percussão do figado e baço dão a mesma superficie de maciszez, mas os bordos destes órgãos são muito menos sensíveis pela palpação.

Auscultação torácica: Lado direito:—Murmúrio vesicular fraco.

Lado esquerdo:—Acima da linha de maciszez, murmúrio bem acentuado com respiração ondulante à frente. Para baixo, silêncio respiratório, e, só num ou noutro ponto, sopro suave. Egofonia.

Vibrações torácicas fracas, nulas na zona macissa.

25. — Prescrevo :

Protoxalato de ferro.....	10 centigramas
Extracto de genciana.....	5 »
Arseniato de sódio.....	2 miligramas.

Para uma pílula e mais 29 iguais.

Uma ao almoço e outra ao jantar.

29. — Faço nova punção exploradora. Apenas consigo alguns centímetros cúbicos, talvez quatro, dum líquido que corre difficilmente pela agulha e coagula immediatamente, formando um coalho total rubro escuro com estrias mais claras de sangue oxigenado ¹.

Fevereiro 7. — Derrame da pleura : a linha de som macisso, atraz, está quatro dedos abaixo do vértice do omoplata e na linha mamilar à altura da 5.^a costela. Não há área semi-lunar de Traube.

A ponta do coração sente-se por detrás da 4.^a costela, na linha médio-clavicular.

O bôrdo superior do figado desceu na linha mamilar a grossura de um dedo comparativamente com a primeira observação, e o bôrdo anterior, da linha mamilar para dentro, vai-se afastando do rebordo costal, estando junto do apêndice xifoideo apenas dois dedos abaixo.

O bordo anterior do baço ainda se sente ao longo do bôrdo externo do recto anterior do abdómen, mas o pólo inferior encontra-se ao meio do flanco.

A área de percussão cardíaca não apresenta alteração.

Auscultação dos pulmões : À direita ouve-se o murmúrio vesicular. À esquerda, na zona de maciszez, sôpro muito suave e na zona clara murmúrio vesicular.

¹ Motivou esta nova colheita o facto, devido à minha imperícia em técnica bacteriológica, de não ter esterilizado o recipiente onde mandára o líquido, de sorte que nas culturas só apareceram bactérias banaes, de vegetação luxuriante que teriam abafado o *M. Melitensis* se lá existisse. O resultado da nova análise comunicou-a o colega Bettencourt nos seguintes termos : sementeiros estéreis ; exame citológico de valor quasi nulo, porque o líquido fortemente hemorrágico chegou coagulado ao laboratório e a análise citológica impraticável por os elementos celulares terem ficado aprisionados na rede de fibrina.

Os ruídos cardíacos intensos.

Não tornou a ser menstruada. Estado geral muito melhorado. Faces e lábios rosados, alegre, sentindo-se bem, engordada sensivelmente. O que tudo contrasta frisantemente com o seu estado a quando da hospitalização.

14. — Pilulas de Blancard: seis por dia, duas a cada refeição.

Março 15. — Análise da urina:

Quantidade 1625 c. c.; còr amarelo-laranja claro; ligeiramente turva; a turvação aumenta pelo calor, mas diminui pela adição do ácido acético. Não tem sedimentos. Reacção levemente ácida.

Densidade 1018.

Albumina } não tem.
Açucar... }

Indican... } vestígios fortes.
Urobilina }

Reacção de Moriz Weisz, negativa.

Cloretos 10,620 por litro.

Por um acidente não pude fazer a análise da uréa.

21. — Azote da urina 6,9 por c. c. Uréa 17,25 por litro.

Abril 3. — Maciszez hepática: Um dedo abaixo do mamilo; um dedo para fóra do rebôrdo condral, junto ao apêndice xifoidêo; um dedo para cima do rebôrdo costal na linha axilar. O bordo só é palpável junto ao apêndice.

Área de Traube, timpanica.

Maciszez torácica esquerda da base: bôrdo anterior um dedo adiante da linha axilar anterior; bôrdo superior no 8.º espaço intercostal, na vertical da ponta do omoplata e daqui oblíqua para traz e para baixo até à coluna vertebral; bôrdo inferior o rebôrdo costal vindo na linha axilar posterior à 11.ª costela.

Choque da ponta do coração no 4.º espaço intercostal, na linha médio-clavicular.

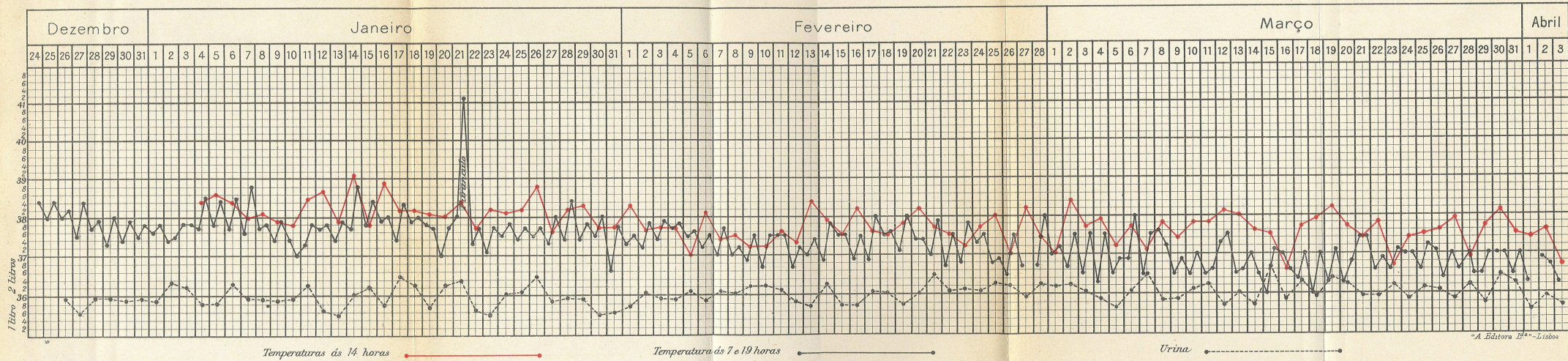
A auscultação pulmonar reconhece a existência do murmúrio vesicular na área própria, mas fraco na parte inferior e posterior esquerda da base.

Pulso 88. Respiração 18.

Teve alta.

Em 26 de Maio encontro casualmente a Ermelinda. Còrada,

Um caso de FEBRE DE MALTA



trigueira do sol, afirma-me a sua boa saúde e entregar-se ao serviço do campo, quasi como antes da doença, poupando-se um pouco, por medo que volte o mal já sofrido,

Marcha da temperatura e da secreção urinária

Mês e dia	Temperaturas			Secreção urinária	Mês e dia	Temperaturas			Secreção urinária	Mês e dia	Temperaturas			Secreção urinária
	7h.	14h.	19h.			7h.	14h.	19h.			7h.	14h.	19h.	
Dez.														
24	-	-	38,4	-	28	37,4	38,2	38,4	965	3	36,5	37,7	37,5	1040
25	38	-	38,4	-	29	37,4	38,3	37,8	910	4	36,3	37,9	37,5	900
26	38	-	38,2	950	30	37,5	37,7	38	500	5	36,5	37,2	36,9	700
27	37,5	-	38,4	550	31	36,6	37,7	37,7	590	6	36,9	37,7	38	1040
28	37,7	-	37,9	950	Fev.					7	36,5	37,1	37,5	1480
29	37,3	-	38	975	1	37,3	38,3	37,5	740	8	37,6	37,8	37,2	880
30	37,4	-	37,9	875	2	37,2	37,6	37,8	1030	9	36,5	37,4	36,9	900
31	37,5	-	37,8	950	3	37,4	37,7	37,9	940	10	36,5	37,8	37	1130
Jan.					4	37,7	37,7	37,8	920	11	36,5	37,8	36,6	1260
1	37,6	-	37,8	825	5	37,5	37	37,6	1080	12	37,3	38,1	37,5	760
2	37,4	-	37,5	1350	6	37,2	38,1	37,5	860	13	36,5	38	36,6	1000
3	37,8	-	37,8	1200	7	37	37,4	37,7	1060	14	37	37,6	36,5	770
4	37,7	38,4	38,5	800	8	37	37,5	37,2	1000	15	36	37,5	37,1	1625
5	37,8	38,6	38,4	800	9	36,9	37,2	37,5	1240	16	37	36,6	36,6	900
6	37,7	38,4	38,5	1250	10	36,7	37,2	37,5	1240	17	36,4	37,7	37	1325
7	37,6	38	38,8	950	11	37,5	37,6	37,5	1120	18	36	37,9	37	940
8	37,7	38,1	37,8	900	12	36,7	37,3	37,2	840	19	36,3	38,2	37,1	1400
9	37,4	37,9	37,9	900	13	37	38,4	37,4	740	20	36,3	37,7	36,8	1240
10	37,4	37,8	37	950	14	36,9	37,9	37,8	1220	21	37,4	37,4	37,4	970
11	37,3	38,5	37,8	1250	15	37,5	37,5	37,5	780	22	36,6	37,8	36,9	980
12	37,7	38,7	37,8	625	16	36,9	38,2	37,5	790	23	36,6	36,7	37,1	1220
13	37,4	37,9	37,9	500	17	36,9	37,6	38	1040	24	37	37,4	37	890
14	37,7	39,1	38,8	1000	18	37,5	37,5	37,6	1000	25	36,6	37,5	37,2	1175
15	37,8	37,8	38,4	1225	19	37,1	37,8	38	780	26	37,1	37,6	36,4	1090
16	37,9	38,9	38	775	20	37,4	38,2	37,4	1000	27	37	37,9	36,6	870
17	37,4	38,2	38,3	1450	21	37	37,7	37,9	1460	28	37	36,9	36,5	1200
18	37,9	38,2	38	1250	22	36,7	37,5	37,5	1080	29	36,5	37,7	37	800
19	37,8	38,1	37,7	660	23	36,8	37,2	37,8	1180	30	37	38,1	37	1410
20	37	38	37,7	1250	24	37,3	37,7	37,5	1060	31	36,5	37,5	37	1250
21	38	38,4	41,1	1400	25	36,8	38	36,9	1300	Abril				
22	37,3	37,7	37,7	620	26	36,5	37	37,5	1220	1	36,3	37,4	-	600
23	37,1	38,2	37,7	500	27	36,7	38,2	-	980	2	36,9	37,6	36,7	940
24	37,5	38,1	37,8	1000	28	36,7	37,4	38	1240	3	36,3	36,7	-	760
25	37,4	38,2	37,7	1080	Março					4	-	-	-	-
26	37,5	38,8	37,7	1440	1	37	37	37,2	1210	-	-	-	-	-
27	37,3	37,6	38	820	2	36,7	38,4	37,5	1260	-	-	-	-	-

Esta longa tempestade patológica que lentamente se desenroleu na Ermelinda, foi devida à infecção pelo *Micrococcus Melitensis* sem dúvida alguma, porque o soro-diagnóstico de Wright corta qualquer hesitação. E, contudo, apesar do mau estado, quasi de caquexia, quando a observei a 4 de Dezembro, — que se impunha à primeira vista como o de uma decadência orgânica que em marcha progressiva iria até ao desenlace funesto —, uma vez feito o diagnóstico de Febre de Malta, e não havendo doença crónica que fizesse peso, formulei o meu prognóstico com reservas certamente, mas com tendência para a benignidade. É que a minha pequena prática da doença me insinuava que esta entidade mórbida, com a pior das aparências clínicas e aborrecidamente protraída na sua marcha, tem acabado sempre pela cura. Porém, longe de mim querer generalizar o que se deduz de um número restrito de casos, muito embora me pareça verdadeira a fórmula de Leenhardt: «La guérison est donc la terminaison *habituelle* de la maladie».

A febre na melitococia é o mais característico dos sintomas; e tão característico que a ela deve a doença uma das suas denominações: *Febre Ondulante*. E, todavia, neste caso, se anteriormente a teve, de 24 de Dezembro em diante, não se caracterizou pela forma ondulante nítida, antes por uma forma sub-aguda ambulatória. Febre moderada que raras vezes excedeu $38^{\circ},5$, ascendendo a $41^{\circ},5$ apenas uma vez em exacerbação vespéral, devida à interferência do desenvolvimento de um furunculo na nuca, tomou o feitio remitente, de remissões matinaes, desenvolvendo-se longamente numa lisis irregular até à apirexia. Mas não era vespéral o fastígio diário febril. De um modo geral, às 14 horas, ocasião da minha visita ao hospital, a temperatura era mais elevada que às 19 horas.

Será êste o tipo regional da evolução febril da Febre de Malta? Mais tarde se saberá.

Habitando a Ermelinda uma região fortemente sezonática e estando assente a associação possível do *M. Melitensis* com a *Haemamoeba Malariae*, desta cooperação etiológica devem resultar híbridos clínicos de sintomatologia mesclada. Será esta a causa da superioridade térmica das 14 horas, da hepatomegalia e da splenomegalia?

A hipertrofia do baço e do figado não são desconhecidas na descrição clínica da Febre de Malta. Mas a hipersplenía da

minha doente, tal que lhe enchia, por assim dizer, a parte esquerda do ventre, parece-se muito com alguns baços maláricos com que por vezes aqui topo. Eu não julgo a doença, mesmo pura, incapaz de produzir hipertrofias de tal magnitude. Numa luta porfiada de meses e meses, entre o organismo invadido e o micróbio invasor, os órgãos de protecção, seja qual for o modo de defesa que se lhe atribua, teem que corresponder ao excesso de função com o excesso de volume, que anatomo-patologicamente vai desde a simples congestão inflamatória até à esclerose definitiva e irremediável. No meu caso não se deve ter passado àlém, ou muito àlém, da congestão, mas foi isso o bastante para que as dificuldades da circulação portal acarretassem a transsudação peritoneal. Mais. Não devo deixar sem reparo outro facto. Com um sindroma abdominal tal como o da Ermelinda e devido ao sezonismo, empregaria com liberalidade a quinina, certo do êxito a obter. Comedidamente, depois do internamento nosocomial, eu só pedi à farmacologia o ferro e como adjuvante e em pequenas doses, o arsénico e a genciana. *Naturam morborum curationes ostendunt.* O aforismo inclina-me para a exclusão da infecção mixta. Não me hostilizem a deducção com o virote do arsénico, porque êste metaloide sendo um auxiliar eficaz e precioso no tratamento da infecção malárica crónica, só por si é duma impotência quasi completa. Di-lo a minha já nada curta prática.

No estudo clínico da melitococia, quer na sintomatologia corrente, quer no grupo das complicações, apresenta-se o aparelho respiratório como pouco atingido pela doença, indicando-se como raridade algum leve ataque de bronquite ou congestão das bases, ou alguma pneumonia ou bronco-pneumonia. Há, pois, neste caso uma curiosidade que merece especial atenção: o *derrame hemorrágico da pleura*. Qual a sua patogenia?

Excluo a etiologia tuberculosa ou cancerosa do derrame: a evolução e o laboratório isentam-nas terminantemente. A paquipleurite hemorrágica, dos alcoólicos, dos caquéticos, dos débeis com as suas falsas membranas muito vascularizadas por vasos frágeis de nova-formação e com as concomitantes alterações hemáticas donde se pôde originar o hemátoma pleural, é uma entidade anátomo-patológica que se desmorona, provando-se de mais em mais, pela evolução dos casos, a natureza

tuberculosa desta espécie de derrames hemorrágicos. Também a presença de uma cardiopatia que por congestão passiva originasse o hemotorax não tem provas por mínimas que as quizesse.

Ingressa, portanto, etiologicamente este derrame no grupo mal definido e mal unido dos derrames causados pela cirrose hepática, pelo Mal de Bright, pelo escorbuto, pelas febres eruptivas, pela leucemia, pela icterícia grave, pelas febres graves, etc., que todas são doenças hemorragiparas. E sê-lo-há a Febre de Malta ou sê-lo-ia apenas a da Ermelinda, como originalidade individual? É uma dupla pergunta que fica duplamente irrespondível. Nem a Febre de Malta está, pelo menos que o saiba, considerada como tal, nem como tal posso considerar a Ermelinda que não apresenta no seu passado e tão pouco no seu presente, coisa no domínio da patologia que justifique uma afirmativa.

Ainda se poderia forçadamente apresentar uma hipótese que nem mesmo quero discutir, tão falha de fundamento a julgo: o derrame pleural, hemorragia vicariante da fluxão catamenial ausente.

Resta-me a respeito deste caso clínico apresentar as seguintes considerações:

1.^a O princípio nada tifóidico da doença, antes tomando o aspecto de uma invasão de sezonismo que se deu em princípio de Junho na época própria do consumo do atabefe.

Em tempos, falando eu da transmissão da Febre de Malta, um profano, mas conhecedor da acção mortífera exercida pelo calor sobre os micróbios, opôs-me esse facto à comunicação da doença pelo atabefe. Contudo, o modo de preparação desta vulgar, económica e popular iguaria não a esteriliza suficientemente a ponto de a tornar inocua. Vejamos.

Preparado o queijo, o sôro do leite (*almece*) ainda com alguns grumos de coalho (*borrêgas*) é posto ao fogo em vasilha larga até levantar fervura. Nessa ocasião é retirado do lume porque a ebulição desmancharia os grumos de coalho. Evidentemente que a acção do calor assim limitada não é suficiente para a esterilização do *atabefe*. Mas mesmo quando o fosse, as ocasiões da infecção são tão frequentes, tão múltiplos os contactos sépticos onde se pôde encontrar o *Melitensis*, que o estado estéril seria de pouca dura.

2.^a A fôrma nitidamente remitente da evolução febril de acôrdo com o tipo noso-pirético que mais frequentemente temos encontrado nos casos da nossa observação.

3.^a Uma irmã da doente sofreu anteriormente de uma doença febril, prolongada por três meses, e em que a quinina não abriu brecha.

4.^a A doente nunca apresentou sudação sensível e tão pouco prisão de ventre, conservando um bom apetite que só fraquejou no período da invasão.

5.^a A ausência quasi completa de algias pois a doente referiu apenas dôres nos pés, e essas só no período da invasão¹.

Ponte de Sôr, 16 de Agosto de 1915.

¹ «On les signale, en règle générale, comme un phénomène tardif et même «post-pyrétique». (Ricardo Jorge, *id.*, pág. 275). No meu já citado relatório, em 19 casos de febre ondulante encontro artralguas ou nevralogias em 15, ou sejam 78,9% de casos. A circunstância é tanto mais para estranhar quanto nos antecedentes pessoais da Ermelinda há referência a um reumatismo nos joelhos aos 15 anos de idade e nos antecedentes hereditários à descendência de progenitores reumáticos.

A CONFERÊNCIA SANITÁRIA INTERNACIONAL DE PARIS DE 1911-12

RELATÓRIO DE

ANTONIO AUGUSTO GONÇALVES BRAGA

Guarda-mór de saúde do porto de Lisboa

Tendo sido nomeado, por decreto de 3 de novembro de 1911, delegado do Governo português na Conferência Sanitária Internacional, que se realizou em Paris desde 7 desse mês e ano até 17 de janeiro de 1912, venho dar conta a V. Ex.^a do modo como desempenhei a honrosa e difícil missão que me foi confiada. Difícil de certo e superior às minhas forças porque não pôde infelizmente, por motivo de doença, tomar parte nos trabalhos da Conferência, o 1.º delegado do Governo, o sr. dr. Ricardo Jorge, que ali se distinguiria de certo, pelo brilho da sua inteligência e pela superior competência, no meio de sanitaristas e epidemiologistas eminentes, ficando assim, como consequência desta falta, tão mal representada a Delegação Portuguesa. Em todo o caso, para obviar à minha deficiência, estive sempre em comunicação postal e telegráfica com aquele meu eminente colega e superior hierárquico, que recebia de mim informações minuciosas da ordem dos trabalhos e da marcha das discussões e me aconselhava no caminho que devia seguir, nas propostas que devia apresentar e nas reservas que convinha fazer. Tudo isto contribuiu, não somente para atenuar as dificuldades que de princípio se me antolhavam grandes, como também para chegar a um resultado, que se não foi para nós completamente satisfatório, nos deixou bem colocados perante os outros Estados, perante os princípios da higiene e da sanidade internacional, e perante as condições particulares dos nossos portos de comércio.

Como este relatório vai acompanhado de todas as actas e relatórios das comissões da Conferência, limitar-me hei a expor e desinvolver as discussões em que tomei parte, justificando a minha intervenção, sem precisar referir-me a todos os pontos que ali se trataram, pois que basta a leitura dessas actas para os ficar conhecendo em todas as suas minudências.

Esta Conferência teve uma representação notavelmente superior a todas as anteriores. Desde a Conferência de 1851, que abre a era dos acórdos internacionais em matéria sanitária, convocada pelo governo francês e na qual se fizeram representar doze Estados, até à de 1903, também realisada em Paris, com assistência dos delegados de vinte e quatro potências — em dez conferências realizadas durante este período de 52 anos, nunca a representação foi além da de 1903 e dessas dez apenas cinco, as de 1892, 1893, 1894, 1897 e 1903, terminaram por convenções assinadas pela maioria dos delegados presentes. Naquela em que tive a honra de tomar parte, estavam representadas 42 nações por 102 delegados e 41 assinaram a Convenção, faltando a este último acto apenas o delegado da China, que, em virtude das agitações políticas que derrubaram o regime imperial, não recebeu os poderes necessários para a assinatura. Verdade seja que a maior concorrência neste último congresso era devida à representação de quasi todas as repúblicas das Américas Central e Meridional, interessadas na regulamentação sanitária no que respeitava à febre amarela, assunto de que se não tinham occupado a valer as conferências anteriores, se exceptuarmos a de 1881, realisada em Washington, a qual não citei atrás por que se pôde dizer que foi exclusiva dos países americanos. Demais os trabalhos de profilaxia anti-amarilica, realisados com brilhante successo em todos os Estados do Novo Mundo, desde a poderosa América do Norte até à pequena recente república do Panamá, justificavam a intervenção desses delegados, que tinham, melhor do que outros, autoridade especial para tratar de tal matéria.

Por outro lado a última invasão colérica na Europa e a propagação da epidemia através das diversas regiões, desde 1905, veio mostrar que as disposições da Convenção de 1903 não davam garantia sufficiente contra essa pestilência, e foi este o motivo principal que levou o *Comité de l'Office International de Hygiène* a solicitar, por intermédio do Governo

Francês, dos diversos Estados a convocação duma nova Conferência. Esse «Comité», na sessão ordinária de outubro de 1910, votou a seguinte moção: «Le Comité permanent de l'Office International d'Hygiène publique, se référant au vœu qu'il a déjà exprimé dans sa session de novembre 1908, tendant à compléter la réglementation sanitaire maritime établie jusqu'à ce jour, croit, en raison de la marche envahissante du choléra, devoir signaler aux Gouvernements participant à l'Office International d'Hygiène Publique, l'intérêt de procéder, dans le plus court délai possible et avant l'été prochain, à ce complément de réglementation.»

Foi, pois, como disse, a marcha invasora da cólera que determinou a convocação da Conferência, marcada primeiro para maio de 1911, mas somente principiada em novembro; foi essa marcha invasora também que chamou grande concorrência de delegados; foram as medidas a empregar contra essa pestilência que provocaram uma discussão demorada e por vezes brilhante e que consumiram maior número de sessões na respectiva comissão técnica; mas os resultados práticos não foram muito além do que tinha sido regulamentado em 1903.

O «Office International» elaborou o programa, que devia servir de base às discussões da Conferência, na sua sessão de março de 1911, satisfazendo assim a um desejo do Governo Francês. Esse programa, que com a devida antecipação foi comunicado aos diversos Governos, acompanha a acta da sessão plenária da conferência, realizada em 8 de novembro,

Foi nesta sessão, que tomei a palavra, e em nome da Delegação portuguesa expuz as declarações que esse programa provocára e que foram elaboradas pelo Sr. Dr. Ricardo Jorge. Nelas se indicava duma maneira nítida e clara quais os pontos das convenções anteriores que precisavam ser modificados e ampliados, em harmonia com as últimas observações epidemiológicas, sem causar entraves injustificados ao comércio marítimo e à circulação de passageiros.

Eram as seguintes as indicações que a Delegação portuguesa entendia deverem ser satisfeitas em um código sanitário internacional e que vão expostas sucintamente:

1.^a— Há necessidade de regular devidamente, para a protecção sanitária internacional, os dois processos de notificação das doenças pestilenciais, — a declaração por parte do governo

do país atacado e as informações dadas pelos representantes diplomáticos e consulares.

2.^a — A notificação obrigatória deve ser feita pronta e sinceramente, logo que se manifestem os primeiros casos de doença, embora se faça sob reservas;

3.^a — As cartas de saúde devem ser abolidas por inúteis e muitas vezes falsas, sem prejuízo dos emolumentos percebidos pelo Estado;

4.^a — A duração da incubação das doenças não deve continuar a representar o papel preponderante que tinha em matéria quarentenária, principalmente a respeito do prazo para declarar limpa a circunscrição contaminada;

5.^a — Há necessidade de introduzir nas convenções sanitárias o «contrôle bacteriológico», como medida preventiva contra a propagação da cólera;

6.^a — Há conveniência de voltar à antiga categoria de circunscrições e de portos suspeitos, nas regiões epidemiadas, quando cessem os casos humanos;

7.^a — Devem ter toda a importância as medidas tomadas nos países contaminados para evitar a exportação das pestilências;

8.^a — Em virtude das observações feitas nos últimos trinta anos, não há necessidade de agravar nos países da Europa as medidas até agora tomadas em cada um deles contra as procedências das regiões atacadas pela febre amarela.

Até que ponto foram atendidas estas indicações, ver-se há no decorrer da discussão e na Convenção que a terminou. Passo, pois, à indicação dos trabalhos da Conferência.

Sessões plenárias

Foram oito as sessões plenárias da conferência, das quais as três primeiras se realizaram nos dias sete, oito e nove de novembro, destinadas à discussão geral do programa, havendo em seguida o período de um mês para a discussão dèste na sua especialidade e elaboração das conclusões, visto que a quarta sessão somente teve lugar em nove de dezembro. A oitava e última fez-se em desassete de janeiro para a assinatura da Convenção. Durante a discussão geral muitos delegados apresenta-

ram os modos de ver dos respectivos Governos sobre o programa da conferência e é fácil de notar, pela leitura das respectivas actas, que quasi todos consideraram, como questão primacial, a apresentação das medidas a tomar contra a propagação da cólera; mas logo de princípio se evidenciou que o papel dos portadores de vibriões, na difusão daquela doença, era considerado de modo diverso pelas Delegações e que o *contrôle bacteriológico*, como medida obrigatória, em sanidade internacional, levantaria uma opposição numerosa e violenta.

O presidente, votado por aclamação, Mr. Camille Barrère, que já tinha presidido a Conferências anteriores, no discurso que pronunciou, como primeiro Delegado da França, afirmou que era principalmente a cólera, que devia ocupar os trabalhos da Conferência, reconheceu que o período de cinco dias, duração da incubação desta pestilência, apresentado como base para a observação dos navios ou dos indivíduos suspeitos, não podia manter-se, em presença dos porta-vibriões, mas acrescentou em seguida que esperava que a descoberta destes não levasse ao agravamento das medidas da Convenção de 1903; pelo contrário, exprimia o desejo de que a nova Convenção fosse tratada segundo a orientação mais liberal e ampla. Nesta mesma orientação se pronunciaram os delegados da Rússia, da Itália, da Alemanha, da Inglaterra, dos Países Baixos, da Bélgica e da Grécia, declarando alguns, como o delegado da Itália, que «ce n'est pas sur les bases des porteurs de bacilles que l'on pourrait diriger la défense internationale contre le choléra, mais plutôt sur l'organisation des services sanitaires intérieurs de chaque pays». Os delegados da Rumania, da Austria-Hungria e da Argentina, manifestaram-se mais ou menos claramente no mesmo sentido que a Delegação portugueza, no que respeita à necessidade do *contrôle bacteriológico*, para a descoberta dos bacilíferos, como meio de defesa contra a cólera, prejudicando o menos possível a livre circulação dos passageiros.

Todos reconhecem como uma verdade incontestável que a defesa internacional, não somente contra a cólera, mas contra qualquer outra doença pestilencial ou contagiosa, depende principalmente duma boa organização sanitária em cada país; mas, para que esta se realise, não basta decreta-la, é preciso levar a instrução e a educação cívica a todas as povoações dum

país, é mister estar assegurada a assistência médica para todos, é necessário dispôr de dinheiro para ter em qualquer parte assegurados os serviços higiênicos. Ora, enquanto a defesa interna não estiver bem assegurada, não pode deixar de se recorrer a medidas tendentes a evitar, como na colera, a entrada livre de pessoas que possam transportar a doença. Foi este o motivo porque a delegação portuguesa, na sessão de 8 de novembro, declarou, como atrás já foi exposto, que se devia introduzir na Convenção sanitária o «contrôle bacteriológico», como medida preventiva contra a propagação da cólera. Nesse mesmo dia fiz distribuir pelos diversos delegados exemplares da notável nota do Dr. Ricardo Jorge sôbre os bacilíferos encontrados a bordo da canhoneira «Zaire», quando este navio de guerra regressou do Funchal em janeiro de 1910, e chamei a atenção da Conferência para as apreciações críticas sôbre os regimes sanitários e necessidade da sua reforma, que nela se continham.¹

Na terceira sessão plenária, em 9 de novembro, depois de terminada a discussão na generalidade, resolveu-se que, para examinar o programa, e a exemplo do que se tinha feito em Conferências anteriores, se constituíssem três comissões, em cada uma das quais cada delegação devia ter um voto. Foram a *Comissão técnica ou de revisão*, para indicar as alterações e aditamentos a fazer na Convenção de 1903; em harmonia com os dados fornecidos pela bacteriologia e pela epidemiologia; a *Comissão de execução ou meios*, para dar forma prática e executiva às conclusões da Comissão técnica; e a *Comissão de codificação e da coordenação dos regulamentos*, para estabelecer a forma definitiva da nova Convenção. Nesse mesmo dia foram eleitas as duas primeiras comissões, em que entrei como membro da Delegação portuguesa.

Comissão técnica

Esta comissão teve onze sessões, sendo a primeira em 10 de novembro e a última em 18 de dezembro, todas presididas pelo

¹ Publicado no vol. I destes *Arquivos*, pág. 1.

primeiro delegado da Itália, M. Santoliquido. Na primeira sessão o presidente explanou o programa da comissão, o qual é o mesmo que o govêrno francês apresentou à conferência, indicando as diversas questões especiais, e que deviam ser discutidas e resolvidas.

Sendo êsse programa de carácter técnico-administrativo, convinha dar-lhe primeiro uma discussão exclusivamente técnica, e para êste efeito propôz a constituição duma sub-comissão, que preparasse as conclusões a adotar. Sôbre o modo de constituir esta comissão apresentaram-se vários alvitres, sendo o delegado da Gran Bretanha e eu de opinião que nella deviam tomar parte representantes de todas as delegações, como tinha proposto M. Santoliquido e não exclusivamente sete ou oito bacteriologistas, como queria o delegado da Rumania. Prevaleceu aquella opinião com o aditamento de Mr. dr. Emilio Roux, no sentido se constituirem três sub-comissões para a preparação das propostas referentes à peste, cólera e febre amarela, devendo cada delegação indicar os membros para cada uma delas. Por parte da Delegação portuguesa propuz o dr. Ricardo Jorge para as sub-comissões da peste e da cólera, sendo eu o suplente para o substituir, durante o impedimento por doença, e ficando eu na sub-comissão da febre amarela.

Passo agora a expôr os trabalhos de cada uma das sub-comissões.

a) PESTE

Foram quatro as sessões da sub-comissão destinada ao estudo das modificações e aditamentos a fazer nas medidas preconizadas em 1903 contra a propagação desta doença e depois de minuciosa discussão se reconheceu que pouco havia a alterar no que já estava estabelecido. Depois da Convenção de 1903 houve, é certo, importantes investigações no que respeita à etiologia e profilaxia da peste, entre outras, as produzidas pela Comissão britânica nas Índias e pelos médicos eminentes que observaram a peste pneumónica na Manchuria. Ora na propagação da peste bubónica já estava estabelecido, há mais de oito anos, o papel preponderante dos ratos e se insistia na necessidade de destruir esses roedores, para combater a epidemia

humana. É verdade que nessa época não havia ainda dados seguros para indicar o modo de transmissão do bacilo pestoso do rato para o homem e atribuia-se um grande papel ao próprio doente, para transmitir a doença. Os trabalhos da Comissão Britânica vieram realçar, na transmissão do rato ao homem, o papel dos insectos picadores e sugadores, como as pulgas e os percevejos, e o perigo mínimo que oferece o doente de peste bubónica, para os que o cercam, a não ser por intermédio dos próprios insectos infectados, que possam estar nas roupas e noutros objectos.

A respeito da peste pneumónica houve na segunda sessão, que teve lugar em 16 de novembro, uma interessante e lúcida exposição feita pelo eminente professor Zabolotny, delegado da Rússia, sobre a última epidemia na Manchuria, que tinha observado de perto como membro da expedição mandada pelo governo russo àquela região. As conclusões a que chegou, foram, entre outras: — que essa epidemia tinha tido a sua origem na peste espontânea dos *tarabagans* (marmota da Sibéria e da Mongólia) que a tinham transmitido aos caçadores chineses; que estes, entrados nas cidades manchús a transmitiram aos habitantes, fazendo-se a propagação de homem para homem pela inalação de pequenas gotas, provenientes dos escarros dos doentes que tosem, e pela contaminação das mucosas pelos virus; — que os ratos não tinham papel algum na transmissão epidémica. O bacilo pestoso isolado nos pneumónicos era idêntico ao da peste bubónica, mas apresentava uma virulência exaltada e algumas particularidades culturais, explicando-se a difusão do mal pelas condições locais, entre as quais avultava o excesso de população. Por outro lado os bacilos podiam conservar-se durante seis meses nos cadáveres colocados em condições meteorológicas favoráveis para o retardamento da putrefacção.

Daqui resulta claramente que o mesmo virus póde produzir tanto a peste bubónica, como a pneumónica, dependendo a fôrma apenas do modo de penetração, e ficando assente que a transmissão da doença se póde fazer de duas maneiras: 1.º — Indirectamente do rato ao homem pelos insectos e talvez também por estes, em alguns casos, dos tarabagans ao homem; 2.º — Directamente dos tarabagans aos caçadores e depois de homem para homem. Mas também se reconheceu que

não havia perigo de transmissão da peste-pneumônia a grande distância, por exemplo, da Manchúria para a Europa, nem pelas peles dos tarabagans, porque estas chegam à Europa secas e muitos meses depois de extraídas, nem pelos cabelos humanos postos à venda, porque estes nunca são de mortos, mas de pessoas vivas. Ficava, pois, apenas de pé, sob o ponto de vista da sanidade internacional, o perigo dos ratos e dos seus parasitas, e contra aqueles e estes é que todos reconhecem ser necessária a defesa para evitar a propagação da peste. Quanto ao modo de tornar eficaz a profilaxia anti-pestosa, vários delegados falaram na terceira sessão, realizada a 20 de novembro.

Os delegados da Austria-Hungria e dos Estados Unidos, além doutros, falaram sobre a necessidade de tornar obrigatória a *desratação periódica dos navios*, quando vivos, qualquer que fosse a procedência, porque a experiência tem mostrado que para a peste se propagar pela via marítima a grande distância, é necessário haver a bordo epidemia murina, e esta é entretida por uma grande população de roedores; além disso, quando nos portos estão fundeados diversos navios a pequena distância uns dos outros, os ratos passam facilmente duns para outros. Em princípio todos estavam de acordo a este respeito, tendo-se apenas manifestado contra a obrigatoriedade da desratação a delegação inglesa. Veremos mais tarde que os próprios delegados da Austria pediram para que a proposta do delegado dos Estados Unidos, para a obrigatoriedade da desratação periódica, fosse modificada no sentido de tornar essa operação facultativa. Devo dizer que o dr. Ricardo Jorge, em carta por mim recebida em 21 de novembro, dia seguinte ao desta sessão, me recomendava que fizesse uma proposta para ser obrigatória a desratação periódica dos navios, qualquer que fosse a procedência, atendendo à presença de ratos pestosos em vários portos da Europa e fora da Europa. Já estava feita por Mr. Geddings, delegado da América do Norte.

Todavia, a respeito da desratação, outro assunto importante havia a tratar. Era a desratação dos navios procedentes de portos sujos de peste. Pela convenção de 1903 era obrigatória a desratação, antes ou depois da descarga, nos navios infectados de peste e facultativa nos navios suspeitos ou indomnes. Ora

a desratação depois da descarga não evita a passagem dos ratos para terra, veiculados pelas mercadorias, principalmente estando os navios atracados. A desratação antes da descarga, como exigem a lógica e a boa defeza sanitária, levanta na prática muitas dificuldades, por parte dos capitães e dos armadores, que receiam sejam deterioradas as mercadorias e até várias peças das embarcações. O delegado do Brazil declarou que no porto do Rio de Janeiro se fazia a desratação com o gaz Clayton, sem inconveniente para as mercadorias, à exceção da farinha de trigo; M. Damaskine, um dos delegados da Rússia, disse que no porto de Odessa a maior parte das mercadorias, nomeadamente os géneros alimentícios, eram alteradas pela sulfuração. A minha observação pessoal conduz a uma opinião intermédia. O gaz Clayton, na percentagem de 5 a 6%, necessária para a desratação, danifica as farinhas, os frutos de invólucro pouco resistente e as gorduras. Em todo o caso isto basta para se levantarem, por parte das companhias de navegação, grandes dificuldades à desratação antes da descarga. Para as remover em parte, declarei nessa sessão, e no mesmo sentido se tinha pronunciado M. Cotta, delegado da Itália, que era preciso também tratar da desratação dos portos, insistindo sobre a recomendação proposta no programa da conferência para que nos portos houvesse um serviço permanente de destruição dos ratos, principalmente nas docas e nos caes, compreendendo nisto, não só os armazens, como também as embarcações quando vasia, e que se fizesse o exame bacteriológico dos animais capturados ou mortos, publicando-se os resultados observados. Estas determinações foram promulgadas no nosso país pela circular da Direcção Geral de Saúde de 21 de outubro e decreto de 11 de novembro de 1910. Propunha também que os navios, procedentes de portos, onde os exames não tenham revelado a presença de ratos pestosos, tivessem a livre prática imediata nos portos de escala e de destino; quando houvesse em um porto peste murina, os navios seriam desratados antes da partida, afim de se evitarem essas operações à chegada. M. Damaskine declarou que é extremamente difícil destruir todos os ratos num porto, e que, mesmo a bordo dos navios, ficam muitos vivos depois da sulfuração. Em todo o caso todos concordaram na necessidade de diminuir ao menos a população murina, tanto nos portos como

nos navios, e de pôr aqueles, tanto quanto possível, à prova de rato (*rat-proof*).

Como consequência desta discussão, foram pelo dr. Calmette, relator, elaboradas as conclusões técnicas, discutidas e aprovadas na sessão de 23 de novembro, em número de seis: a primeira, referente à duração da incubação da peste; a segunda, aos perigos de propagação da peste pelos doentes; a terceira, aos perigos apresentados pelas pessoas em contacto com os doentes; a quarta, aos perigos dos ratos; a quinta, aos perigos apresentados pelas mercadorias; e a sexta, aos perigos apresentados por outros animais além dos ratos.

A duração da incubação foi considerada como não indo, na quasi totalidade dos casos, além de cinco dias, reconhecendo-se que na forma pneumónica varia de vinte e quatro horas a três dias. Apesar das insistências de alguns delegados para que se indicasse nas convenções a duração mínima da incubação, afim de evitar que se considerasse, como infectado, um navio, a bordo do qual se deram casos humanos de peste, contraída antes do embarque, nada ficou resolvido a esse respeito, por isso que a Comissão inglesa das Índias tinha assinalado vários casos, em que o período de incubação foi de um dia, e um caso, em que foi de 8 horas. Quanto ao perigo da propagação da peste pelos doentes, a comissão pronunciou-se pela ausência dele na forma bubónica, quando os atacados estejam ao abrigo de insectos picadores ou sugadores (pulgas, percevejos, etc.). Na forma pneumónica, quer primitiva, quer secundária, as pessoas que se aproximam dos doentes devem tomar as precauções devidas contra toda a contaminação da pele ou das mucosas pelos bacilos pestosos disseminados por aqueles. As pessoas em contacto com os doentes podem considerar-se como suspeitas, durante o período de cinco dias, admitido como o máximo, em regra, para a incubação da doença, e por isso basta que estejam submetidas a vigilância, tendo o cuidado, durante ela, de destruírem na roupa branca e vestuário todos os parasitas capazes de propagar a peste. Foram assinalados, mais de uma vez, os perigos dos ratos pestosos e, em harmonia com as considerações expostas, se recomendaram todas as medidas tendentes a reduzir, duma maneira permanente, a população murina, tanto a bordo dos navios e nos portos infectados ou indemnes, como também nas localidades expostas às epidemias de peste. Nada

de novo se assinala a respeito do perigo das mercadorias para a transmissão da peste. Esse somente existe, quando manchadas por bacilos pestosos, ou quando transportem roedores ou insectos picadores e sugadores (pulgas, percevejos, etc.), infectados de peste. Finalmente, além dos ratos, pequeno é o perigo apresentado pelos outros animais, embarcados a bordo dos navios, para a transmissão da peste a distância. Citaram-se os gatos, como oferecendo algum perigo, mas quasi nas mesmas condições estão os cães, podendo dizer-se que em ambas as espécies são mínimas as probabilidades da propagação da doença. Todavia na última conclusão ainda se mencionaram os gatos, apesar da opinião contrária dos delegados russos e ingleses, por causa da insistência do dr. Ruffer, presidente do Conselho quarentenário do Egipto.

Em face das conclusões adotadas, segundo as quais a difusão da peste era devida principalmente aos ratos e às pulgas, parasitas dos ratos, discutiu-se na sétima sessão da comissão técnica, realizada em 12 de dezembro, se deveriam introduzir-se modificações nos artigos da convenção de 1903, relativos a esta doença, no sentido de atenuar as medidas restritivas, referentes às pessoas e agravar as que respeitavam à destruição dos ratos. Foi resolvido que no regime a que estão sujeitos os navios infectados de peste e que impõe aos passageiros e tripulantes sãos, pela Convenção de 1903, uma observação de cinco dias, seguida ou não duma vigilância doutros cinco, ou simplesmente uma vigilância não indo além de 10 dias, se introduzisse a modificação de limitar, ou a observação, ou a vigilância, ou a observação seguida de vigilância, a cinco dias, e que a qualquer destas medidas ficassem apenas sujeitas as pessoas que estiveram em contacto com o doente e aquelas que a autoridade sanitária do porto tem razões para considerar como suspeitas.

Quanto à desratação, que, pela Convenção de 1903, era obrigatória somente nos navios infectados e facultativa nos navios suspeitos e indemnes, foi resolvido em sessão nona da Comissão técnica, realizada em 14 de dezembro, por proposta do dr. Ruysch, delegado dos Países Baixos, que se estendesse a obrigatoriedade aos navios suspeitos. Foi recomendada a desratação periódica de todos os navios, mesmo daqueles que tocam em portos considerados como limpos, pelo menos uma

vez todos os seis meses. Foi esta a proposta da delegação austriaca. O primeiro delegado dos Estados Unidos propunha que essa desratação fosse obrigatória, pelo menos três vezes por ano, e parecia-me essa medida aceitável por ser mais eficaz, do que aquela, mas, em presença das dificuldades apresentadas pelas delegações alemã e inglesa, todos concordaram em que se ficasse em uma simples recomendação. Ainda assim, para desenvolver a prática da desratação periódica, recomendou-se também que as autoridades sanitárias dos portos a tomassem em conta quando fosse feita nos navios indemnes, procedentes de circunscrições contaminadas de peste.

b) CÓLERA

Foram oito as sessões da sub-comissão destinada ao estudo dos meios a empregar para tornar mais perfeita a profilaxia internacional contra a cólera. Na conferência de 1903 nada se adiantou a respeito do que tinha sido resolvido, dez anos antes, na conferência de Dresda. Nesta última atribuiu-se o principal papel na difusão da cólera às pessoas atacadas desta doença e à água tomada nas regiões contaminadas; falou-se nessa ocasião nos porta-vibriões coléricos, mas sem lhes ligar a importância, que se avolumou, em especial, depois que em outras doenças contagiosas, como a febre tifóide, a difteria, a meningite cérebro-espinal, se encontraram, não somente nos convalescentes, como também nas pessoas sãs, que estavam em contacto com os doentes, numerosos portadores de germens, explicando-se por eles a endemicidade daqueles mórbos, nomeadamente da febre tifóide. Natural era, pois, atendendo à maneira subtil como a cólera se tem propagado, por ocasião das diversas pandemias, de cidade em cidade e de país em país, atribuir o principal papel nessa disseminação aos bacilíferos. Foi esta a questão mais debatida na conferência, ocupando quatro sessões da sub-comissão.

Mas antes de entrar nela, ficou assente, pois que as observações de muitos anos assim o confirmam, «que a duração do período de incubação da cólera é geralmente curta e não excede cinco dias e que o seu virus está contido nas dejectões humanas, sendo consequentemente o homem o prin-

cipal agente da difusão, e concorrendo muito para esta as grandes correntes humanas, como as peregrinações, as feiras, as emigrações». Estas três conclusões foram adotadas por unanimidade e resolveu-se também definir duma maneira clara o que são casos confirmados de cólera, casos suspeitos e portadores de gérmenes, aceitando-se a êste respeito, com pequenas modificações, as definições propostas no programa da Conferência. *A cólera confirmada* «é a diagnosticada pelos sintomas clínicos ou anátomo-patológicos, apoiados pelas experiências bacteriológicas que estabelecem a verdadeira natureza da doença». Os casos *suspeitos da cólera* são os «que apresentam sintômas clínicos, sem se ter revelado ainda, no exame bacteriológico das fezes, a presença de vibriões coléricos». Na prática pôde cessar a suspeição, quando dois exames bacteriológicos, pelo menos, executados com intervalo de 24 horas, não revelem vibriões. Os *portadores de gérmenes* são «as pessoas convalescentes de cólera, ou que não apresentaram sintôma algum de doença, que emitem continuamente, ou com intermitência nas dejecções, vibriões coléricos.»

O dr. Walter, delegado da Rússia, entendia que as pessoas convalescentes de cólera deviam ser consideradas como casos confirmados, ás quais se não devia permitir a circulação, antes da cura completa, isto é, enquanto emitissem vibriões. O professor Gaffky, delegado da Alemanha, declarou que era praticamente impossível distinguir, entre os portadores de gérmenes, os que foram ou não atacados de cólera. Citou o caso, observado na Alemanha, dum colérico que conservou o vibrião durante 251 dias. Ninguém pensou em o conservar isolado durante todo esse tempo, como também não são isolados os convalescentes de febre tifóide, alguns dos quais conservam o bacilo de Eberth durante cinco ou seis anos. Entendia, pois, e no mesmo sentido se manifestaram quási todos os membros da sub-comissão, que se devia manter a definição dos portadores de gérmenes, como acima foi indicada. Tudo isto ficou resolvido na sessão da sub-comissão de 11 de novembro.

Na segunda sessão, que se realizou em 15 de novembro, principiou-se pela discussão das bases técnicas em que se pode estabelecer o diagnóstico bacteriológico da cólera. Para tratar deste assunto o «Comité de l'Office international de hygiène publique» tinha nomeado, na sessão de março de 1911, uma

comissão de bacteriologistas, tais como Ruffer, Gaffky, Calmette, Geddings, Praum, Pottevin e Murillo, que elaboraram um relatório e conclusões sobre o modo de se fazer esse diagnóstico. O Comité, na sessão de outubro último, aprovou por unanimidade as conclusões que foram também submetidas à aprovação de dois bacteriologistas, de reputação universalmente conhecida, os professores Van Ermengem de Gand e Kolle de Berne, os quais as aceitaram como boas. Além disso, nesta sessão da sub-comissão da cólera, se pronunciou favoravelmente sobre elas outro bacteriologista eminente, o dr. Zalobotny, delegado da Rússia, que, por assim dizer, apenas discordou do último parágrafo, que estabelece a possibilidade de reconhecer, em uma pessoa de perfeita saúde, se foi atacada pela cólera, quando o seu soro dá com o vibrião colérico as reacções de imunidade: aglutinação ou o fenómeno de Pfeiffer. O dr. Zalobotny, baseando-se nas observações feitas, durante a epidemia de S. Petersbourg em 1908-1909, disse que encontrára vibriões, com todas as propriedades dos coléricos, os quais eram muito pouco aglutináveis; que com vibriões pouco virulentos o fenómeno de Pfeiffer não dá resultados definitivos para o diagnóstico; e que a serodiagnose da cólera não dá resultados seguros, por causa da fraca formação dos anti-corpos nos coléricos. Por outro lado há exemplos, como nos casos de El-Tor, onde doentes, não apresentando sinais clinicos nem lesões anátomo-patológicas da cólera, emitiram vibriões com todos os caracteres do colérico.

Em vista disto entendeu-se, e muito bem, que na Convenção não deviam apresentar-se disposições referentes ao diagnóstico bacteriológico da cólera, mas simples indicações, mencionadas nas actas, as quais pudessem aproveitar aos observadores não especialistas, para fazerem aquele diagnóstico em condições suficientes de segurança para as necessidades dos serviços sanitários. Foram, pois, adotadas estas conclusões: Na prática pode considerar-se em regra, como colérico, todo o vibrião coleriforme em que se reconhecem um ou outro dos dois caracteres seguintes: 1.º — Ser aglutinado a $\frac{1}{4000}$, pelo menos, por um cólera-soro, cuja actividade é igual ou superior a $\frac{1}{4000}$; 2.º — Dar a reacção de Pfeiffer. Toda a afecção coleriforme, apresentando sintômas de gastro-enterite, em que se encontra um vibrião correspondente a esta definição, deve

desde logo tomar-se por um caso de cólera. Quando se trata dos primeiros casos suspeitos, que se produzem em um país indemne, está indicado caracterizar os vibriões por ambas as reacções. Ficou também assente que a verificação de vibriões, com os caracteres de coléricos, em pessoas, que não apresentam sintôma algum coleriforme, não impõe necessariamente a declaração de cólera.

Passou-se em seguida a tratar da importância, que teem os portadores de gérmens para a propagação da cólera, e das medidas que a êste respeito se podem tomar. Nas sessões da sub-comissão, realizadas em 15, 21, 24 e 25 de novembro, foi tratado esse assunto com largueza e interesse. Dos membros da Conferência nenhum deixou de reconhecer em princípio o papel dos bacilíferos na difusão da cólera, e consequentemente, o perigo que deles pode resultar; mas, considerada a questão sob o ponto de vista da profilaxia internacional, houve diversidade de opiniões que se podem reduzir a dois grupos. Um constituido por grande maioria, considerou esse perigo, como mínimo, fóra dos focos epidêmicos, chegando a afirmar que não se conhecia caso algum indiscutivel da transmissão da cólera dum país infectado a um país indemne pelos porta-vibriões. Outro, a minoria, de que fazia parte a delegação portugueza, sustentou com calor a convicção que esse perigo existia e era muito grave, mais grave talvez para a propagação da doença, do que os próprios coléricos, porque êstes, quer fossem transportados pela via terrestre, quer pela via marítima, facilmente eram reconhecidos à entrada nos portos ou nas fronteiras, enquanto que os portadores, como tinham aspecto de saúde, iam em plena liberdade disseminar os bacilos. Aqueles baseavam a sua argumentação no número pequeníssimo de portadores que foram descobertos entre os passageiros, procedentes de regiões contaminadas pela cólera, e também na fraca virulência revelada principalmente pelos vibriões encontrados nos portadores sãos, assim como no facto de, por vezes, se fazer com intermitência a emissão dos gérmens.

No excelente e elucidativo relatório elaborado pelo sábio professor Van Ermengem veem indicados os números de portadores encontrados nos diversos países, onde chegaram passageiros de procedência suspeita, e onde se procedeu a exame bacteriológico. Assim na Alemanha encontraram-se apenas 3 portadores

em 5200 pessoas vindas das províncias russas onde grassava a epidemia colérica; nos Países Baixos, 7 em 7.338 vindos da mesma procedência por via marítima; em Nápoles, em 2.000 emigrantes, que se destinavam à América e procediam das províncias italianas infectadas, encontraram-se 12; finalmente no Egito eram examinadas 15.000 pessoas, vindas de regiões contaminadas, e apenas 22 eram portadores de gérmens. Os delegados da Alemanha, Itália, Países Baixos manifestaram-se abertamente pela desnecessidade do contraste bacteriológico, mas o delegado do Egito, o dr. Ruffer, presidente do conselho quarentenário e marítimo de Alexandria, pronunciou-se enérgicamente pela necessidade desse exame, não duma maneira geral, mas em muitos casos. Aqueles acrescentavam, às razões já expostas para combater essa medida sanitária, as dificuldades práticas na execução, a enorme despesa a que os diversos Estados seriam obrigados para manter devidamente as instalações técnicas, e principalmente o enorme prejuizo que daí resultaria para o comércio e para a navegação. No mesmo sentido se pronunciaram outros delegados, aduzindo vários argumentos. O da Turquia, dr. Izzeddine Bey, declarou estar convencido, pelas observações feitas no Hedjaz, de que a cólera tinha sido aí introduzida sempre pelos doentes declarados ou em incubação e não pelos portadores de gérmens e que, se a entrada da doença passava desapercibida, era isso devido muitas vezes à falta de vigilância nos navios, durante a viagem, e à inspecção mal feita aos passageiros, por ocasião do desembarque. O da França, Mr. Mirman, considerando a questão sob o ponto de vista administrativo, afirmou que o contróle não era praticamente possível para os passageiros entrados por via terrestre e por isso, por motivo de equidade, não devia ser aplicado aos que seguissem a via marítima em navios indemnes, propondo «para se fazer a investigação, e em seguida o isolamento, dos portadores de gérmens, somente nas condições e limites indicados nas legislações dos diversos países, para os seus nacionais, quando casos confirmados ou suspeitos se produzissem no próprio território». O delegado inglês, dr. Johnstone disse que se exagerava muito o perigo dum portavibrião para a saúde pública, pois que nunca se estabeleceu dum modo absoluto que um bacilífero tivesse introduzido a cólera num país. Era absolutamente contra o contróle bacte-

riológico, e da mesma opinião foram os outros delegados da Gran-Bretanha. Os delegados da Suécia e da Grécia alegaram não terem sido visitados pela cólera os seus países, apesar de receberem viajantes procedentes de países limítrofes contaminados, e de não serem aplicadas outras medidas sanitárias além das indicadas na Convenção de 1903. O delegado russo, dr. Freiberg, em nome da sua delegação, declarou que julgava a medida pouco prática e altamente prejudicial para as relações comerciais, apesar da opinião desassomburada, expendida em seguida por outro delegado russo, o sábio Zalobótny, que mostrou, pelo elevado número dos bacilíferos entre as pessoas em contacto com os coléricos, por ocasião da última epidemia de S. Petersburgo (377 portadores em 9737 contactos com 577 doentes) e pela marcha da doença, quanto eles eram próprios para a propagar, tanto de casa em casa, como de cidade em cidade. Ora, se a propagação colérica se pode fazer, pelos intermediários, entre as povoações dum país, não são as fronteiras que obstam à disseminação pelas cidades dos Estados limítrofes, sem com isto se querer contestar o maior perigo na vizinhança imediata dos doentes, pois que aí a percentagem dos portadores é bastante elevada, 6% em relação aos contactos, 22 e até 50% em relação aos doentes. Entre os defensores da inspecção bacteriológica das pessoas procedentes das regiões contaminadas pela cólera, a fim de apanhar os porta-vibriões, estavam o já citado dr. Ruffer, delegado do Egipto, os delegados da Austria-Hungria, os da Rumania e eu, por mim e pelo dr. Ricardo Jorge, que na nota, *Les bacillifères de la Zaire et le Système défensif contre le choléra par le contrôle bacteriologique*, já tinha exposto dum modo claro e incontestável a necessidade daquela medida.

Na terceira sessão da sub-comissão, realizada em 21 de novembro, li a comunicação do dr. Ricardo Jorge com as propostas referentes aos casos em que a inspecção bacteriológica, à chegada dos navios, devia ser imposta e àqueles em que poderia dispensar-se. Dizia este meu ilustre colega que os casos observados na América do Norte, como o do emigrante russo, tornado colérico em Québec, depois de uma viagem superior a 20 dias, e os dos emigrantes italianos que apareceram com cólera em New-York, depois de terem cumprido a quarentena de cinco dias, mostravam as surpresas que nos pode dar um bacili-

fero é a conveniência de o descobrir. Nas propostas conciliam-se, quanto possível, as exigências da defesa sanitária dum país com os interesses da navegação e a liberdade dos passageiros. Assim nos navios infectados e suspeitos de cólera, impunha-se a inspecção bacteriológica a tripulantes e passageiros, podendo limitar-se às pessoas mais expostas ao contágio; nos navios indêmnos, procedentes de regiões contaminadas, com uma viagem de duração inferior à persistência média dos vibriões nas dejeções dos portadores (na maioria dos casos não vai além de duas a três semanas), aquela inspecção devia ser obrigatória para os tripulantes e emigrantes e facultativa para os passageiros de 3.^a classe em regulares condições de asseio, podendo dispensar-se dela os passageiros das 1.^a e 2.^a classes.

Precedi esta leitura de algumas considerações, em resposta aos que davam pouca ou mínima importância aos portadores de germens na transmissão da cólera dum país para outro, por causa do número insignificante destes. Confessei, como era dever de lealdade, que em Lisboa, entre 755 pessoas, sendo 83 os tripulantes da «Zaire», procedentes da Madeira, quando nesta ilha grassava a cólera, somente se encontraram seis bacilíferos, pertencentes à tripulação daquela canhoneira, e que no verão de 1911, entre 641 passageiros procedentes da Itália e da Turquia Asiática, nenhum portador de germens foi descoberto. Mas acrescentei que isso era perfeitamente explicável para as pessoas vindas da Madeira, porque as medidas sanitárias, tomadas à saída da ilha foram muito severas. Nenhuma pessoa que tivesse sofrido de cólera, ou que tivesse contacto imediato com coléricos, podia embarcar sem que a análise bacteriológica das fezes desse resultado negativo. Para as outras pessoas era exigido um passaporte sanitário, passado pelo delegado de saúde e verificado pelo guarda-mór do porto, donde constasse o estado de saúde do indivíduo. Se em todos os portos, onde embarcam passageiros procedentes de circunscrições contaminadas, houvesse estes rigores por parte das autoridades sanitárias, desnecessário seria aplicar medidas restritivas nos portos de chegada. Entre os passageiros e tripulantes, vindos da Itália e da Síria, percebia-se perfeitamente que não se descobrissem bacilíferos, porque aqueles eram, na maioria, excursionistas, isto é, pessoas em boas condições de fortuna e de asseio, e

êstes, com raríssimas excepções, não desembarcavam em portos infectados. Não era de admirar, pois, que se não encontrassem aí portadores de gérmens, ma isso não constituia razão para deixar de se proceder à inspecção bacteriológica, principalmente entre aqueles que são os mais próprios para albergar os vibrões coléricos, como são os miseráveis e vagabundos, os emigrantes que se acumulam nos porões dos navios e também os tripulantes que estiveram em regiões contaminadas.

Mr. Haberler e o dr. Markl, delegados da Austria, referiram-se a dois casos de cólera importados por via marítima em Trieste, os quais somente se poderam explicar por intermédio dos portadores de gérmens. Um, o de Eurico de Chicchio que, tendo relações com os tripulantes de navios indêmnos fundeados naquele porto e procedentes de regiões contaminadas de cólera, contraíu a doença, naturalmente porque algum desses tripulantes era bacilífero, visto que nessa ocasião não havia caso algum de cólera na cidade nem nas embarcações fundiadas. Outro, o de Vitorio Marini, que foi atacado da doença, por intermédio de Olga Ansich, amante de seu pai, uma portadora de vibrões. Propuseram que a inspecção bacteriológica, a bordo de navios indêmnos vindos de circunscrições infectadas, se praticasse quando a travessia fosse inferior a cinco dias, ou quando as condições sanitárias dos passageiros e tripulantes fossem desfavoráveis, ainda que a viagem se demorasse além daquele período. Os delegados da Rumania também citaram casos sucedidos no seu país, onde a transmissão da cólera não podia explicar-se, senão pelos portadores e propunham que na convenção se deixasse consignado que a cada país ficava a faculdade de impor o contraste bacteriológico, mesmo nas fronteiras terrestres, para os viajantes mais expostos a contrair a doença, contanto que esses não fossem retidos mais de 24 horas. Esta delimitação do tempo tornava a medida pouco prática.

Finalmente o dr. Ruffer, delegado do Egito, respondendo aos que não viam grandes perigos nos bacilíferos nem necessidade de os descobrir, declarou, além de outros e valiosos argumentos, que se esses portadores podiam propagar a doença de S. Petersburgo a Moscow, também a podiam levar dum país a outro, e que, se um portador se podia tornar mais tarde um colérico, o que ninguem contestava, tudo indicava a conveniência

do exame bacteriológico. Era muito difícil fazer uma visita conscienciosa a bordo dum navio, quando os passageiros e os tripulantes são muitos, e por vezes é igualmente difícil, por um simples exame clínico, descobrir pessoas que, com aspecto de saúde, sofrem duma ligeira diarreia e podem muito bem ser coléricos, ou simples portadores de germens. Do mesmo modo podem passar despercebidos os casos frustos da doença. Era, pois, defensor do exame bacteriológico, não como medida geral aplicada aos passageiros e tripulantes dum navio indémne, procedente dum porto infectado, mas em casos especiais, que apresentava, para o relator os tomar em conta nas conclusões: 1.º em navios de curta travessia; 2.º em navios acumulados, podendo as Administrações sanitárias limitar êste exame aos passageiros duma classe ou às tripulações. Esta proposta foi apoiada pelos delegados da Austria-Hungria, e o dr. Ricardo Jorge, a quem dei dela conhecimento, autorizou-me a aceita-la, em nome da delegação portuguesa, como um mínimo indispensável para a defesa sanitária internacional contra a cólera. Veremos adiante que sòmente a segunda parte teve a aprovação da comissão técnica, como tudo fazia prever, atendendo às disposições manifestadas pelos membros da sub-comissão.

As conclusões que esta por maioria adotou sòbre o assunto, elaboradas pelo dr. Van Ermengem, são em resumo as seguintes: «La recherche des porteurs de germes, lorsqu'elle doit être faite sur des groupes nombreux, se heurte quelquefois à des difficultés énormes. Elle est d'ailleurs rendue incertaine par la circonstance que l'émission des germes est souvent intermittente. La recherche des porteurs trouve sa place au premier rang des mesures prophylactiques à instituer à l'interieur des pays au début comme au cours des epidémies. En matière de prophylaxie internationale, d'une manière générale, il n'est pas possible de tenir compte des porteurs de germes considérés isolement. Mais la recherche des porteurs de germes est techniquement indiquée en tant qu'elle est pratiquement réalisable:

- a) Aux frontières maritimes, dans les cas de navires ayant du choléra à bord ou en ayant eu pendant la traversée;
 - b) Aux frontières terrestre, sur les voyageurs formant l'entourage d'un cholérique».
- Passou-se em seguida à discussão sòbre o papel das merca-

dorias na transmissão da cólera. A este respeito nada há a acrescentar ao que ficou assente na Conferência de Dresde de 1893, pois que todas as observações posteriores confirmaram a opinião então expendida de que as mercadorias não interveem na difusão da doença. Apenas foram considerados por vezes, como podendo servir de veículo aos vibriões coléricos, alguns géneros alimentícios, tais como: frutas, legumes, lacticínios, ostras e outros mariscos, mas ninguém apresentou uma prova categórica do transporte da cólera a grande distância, por esses intermediários. Como consequência disto todos os membros da sub-comissão concordaram em que a proposição referente às mercadorias fosse assim formulada:

«Il n'existe pas d'observation où l'on ait relaté avec certitude un cas de transport de choléra à grande distance par l'intermédiaire des marchandises, y compris les denrées alimentaires. Mais tous les objets souillés par des excrétiens cholériques peuvent devenir l'origine de nouvelles infections aussi longtemps que les vibrions y restent vivants. Sont particulièrement à suspecter les linges de corps, literies, vêtements, objets à usage personnel. En outre, les aliments peuvent intervenir dans la diffusion du choléra au voisinage de la région contaminée».

Na 6.^a sessão, realizada em 27 de novembro, falou-se sobre a possibilidade da transmissão da cólera, por meio das águas dos navios. Sobre essa possibilidade não se podem levantar dúvidas, pois que experiências feitas pelo dr. Madsen, delegado da Dinamarca, provaram que os vibriões coléricos se desenvolvem bem nas concentrações salinas, desde a da água doce, como a dos rios, até à concentração de 32 por mil, que é a máxima na água dos mares do Norte e Báltico. Em todo o caso não há exemplo comprovado da transmissão da doença por esse intermediário. Todavia, como pode haver perigo em lançar as águas nos portos de chegada, quando elas são de procedência suspeita, ou quando houve casos de cólera a bordo, tudo indica a conveniência de as não despejar, sem serem previamente desinfectadas.

Há a distinguir nos navios a água potável, as águas do porão e as águas de lastro (*Water-ballast*). A primeira, desde que não haja a certeza de que a procedência estava ao abrigo de toda a contaminação, deve ser desinfectada, empregando-se

para isso, por exemplo, o hipoclorito ou o permanganato como se tem feito no nosso porto e em muitos portos estrangeiros.

Os capitães alegam que a exigência da mudança da água potável, tomada em portos infectados, lhes acarreta grandes despesas. Para obviar a isto, renovou-se nesta Convenção a recomendação, já feita na de 1903, para que os grandes portos de comércio marítimo estejam saneados de modo que tenham uma distribuição de água ao abrigo de toda a contaminação, e que as bacias desses portos estejam protegidas de maneira a não serem inquinadas pelas águas dos exgotos. Se estes melhoramentos estivessem realizados, as vantagens para a navegação seriam enormes, não somente pelo abastecimento de boa água potável, que por vezes não é precisa em grande quantidade, mas principalmente por causa da água de lastro, que nem sempre há facilidade em desinfectar, por causa da disposição e arranjo dos tanques. A sub-comissão foi unanimemente de parecer que a água potável, desde que se considerasse como suspeita, fosse, depois de prévia desinfeção, substituída por outra de boa qualidade e que a autoridade sanitária podia proibir que a água de lastro, tomada em porto contaminado, fosse despejada, sem ser previamente desinfetada. Não somente por causa das dificuldades apontadas, mas também por que a desinfeção nem sempre oferece garantias de eficácia, o melhor sistema a seguir é fechar e lacrar os tanques, quer cheios, quer vazios, quando as embarcações entram nos portos.

A água dos porões é mais perigosa nos navios de madeira do que nos de ferro. Naqueles provém das infiltrações pelas juntas e das águas residuárias de bordo, e por isso pode estar muito contaminada; nestes provem da água de condensação formada nas paredes e conseqüentemente pouco sujeita a contaminações. Na Alemanha, e este é o processo mais recomendável, já usado nos nossos portos, as águas do porão e de lastro são desinfetadas ou pelo leite de cal a $\frac{2}{100}$, durando o contacto uma hora pelo menos, ou pela cal clorada $\frac{1}{10000}$, durante meia hora, ou pela introdução de vapor de água. A água potável pode também desinfetar-se por qualquer destes processos.

A respeito dos desinfectantes a empregar, entendeu-se, como já tinha sido resolvido, quando se tratou da peste, que

a escolha deles ficasse ao arbítrio de cada Estado. As conclusões a respeito do tratamento das águas de bordo, foram as seguintes, em harmonia com as opiniões expendidas;

«L'eau embarquée comme eau potable à bord des navires doit faire l'object de précautions spéciales, principalement lorsqu'elle a été embarquée dans un port contaminé».

«Les eaux embarquées comme water-ballast et déversées dans les ports indemnes peuvent être soupçonnées de propager l'infection cholérique, lorsqu'elles proviennent de ports contaminés».

Tendo sido aprovadas todas as conclusões pela comissão técnica, esta, nas sessões oitava e nona, discutiu as modificações que havia a introduzir na Convenção de 1903, no que respeitava às medidas contra as procedências de regiões contaminadas pela cólera. O professor Gaffky, delegado da Alemanha, propôs que o exame bacteriológico dos passageiros e tripulações dos navios infectados e suspeitos de cólera não produzisse outros impedimentos sanitários além das prescrições indicadas na Convenção anterior, as quais são a observação de cinco dias para o caso do navio infectado e a vigilância de cinco dias para o caso de navio suspeito. A primeira parte da proposta foi aprovada por unanimidade, visto que, estando as pessoas isoladas em quarentena, durante cinco dias, há tempo suficiente para a colheita das fezes e para se saber o resultado do seu exame. A segunda parte levantou reparos, e Mr. Worms, em nome da delegação austriaca, propôs que, quando o navio fosse suspeito, pudesse este estar impedido por tempo não superior a 48 horas, afim de se proceder ao contraste bacteriológico na medida necessária.

Ficou entendido que, quando se encontrassem portadores de germens, estes, se desembarcassem, ficavam sujeitos à legislação interna do país.

Declarei, em nome da delegação portuguesa, que apoiava a proposta de Mr. Worms e regeitava a do professor Gaffky. É certo que na Alemanha, no procedimento havido para com os barqueiros, procedentes das províncias russas infectadas pela cólera, se fazia a colheita das fezes dentro duma hora e as pessoas ficavam em simples vigilância e, se alguma era portadora de vibriões, rapidamente se isolava. Todavia nem todos os passageiros se prestam tam facilmente como aqueles barqueiros

à colheita das fezes e, para evitar burlas, convém que esse serviço não seja feito com precipitação. Por outro lado, se a bordo dum navio indémne, procedente de portos infectados de cólera, as probabilidades de encontrar portadores de gérmens são pequenas, não succede o mesmo a bordo de navio suspeito, onde houve um ou mais doentes, porque nas pessoas em contacto com estes facilmente se podem encontrar vibrões coléricos. É preferível, pois, nesses navios, impôr a passageiros e tripulantes o isolamento, embora não excedente a 48 horas. No mesmo sentido se manifestaram outras delegações; mas a proposta de Mr. Worms, submetida à votação foi rejeitada por 17 votos contra 7, havendo duas abstenções. Deram voto favorável sómente os delegados dos Estados Unidos da América, da Austria-Hungria, do Brazil, da Bulgária, de Portugal, da Rumania e do Egito. Conseqüentemente foi adotada toda a proposta do professor Gaffky.

A respeito dos navios indemnes, procedentes de circunscricões coléricas, ficou resolvido que não se agravassem as prescrições da Convenção de 1903, neles se procedesse ao exame bacteriológico de passageiros e emigrantes neles transportados, a não ser nos casos de navios acumulados, como são ordinariamente os dos emigrantes, ou em más condições higiénicas. As propostas das delegações da Austria e do Egito visavam, para tratamento especial, não sómente estes navios, mas também aqueles cuja travessia fosse curta, mas desistiram desta última parte, desde que o artigo 30 da Convenção anterior fosse modificado em harmonia com a seguinte proposta, que Mr. Worms apresentou na nona sessão da Comissão técnica e que foi adoptada :

«Des mesures spéciales, notamment l'examen bactériologique, peuvent être prescrites à l'égard de tout navire offrant de mauvaises conditions de hygiène, ou de navires encombrés».

Nessa sessão tomei a palavra, declarando que achava boa a modificação do artigo, no sentido de não se falar em emigrantes, porque muitas vezes estes se apresentavam em melhores condições de acção do que os simples passageiros de terceira classe, mas não podia aceitar a exclusão do contraste bacteriológico nos navios, mesmo em regulares condições higiénicas, desde que fosse curta a travessia.

Devidamente autorizado, em virtude das instruções recebi-

das, por via telegráfica, do dr. Ricardo Jorge, declarei que o Governo Português se reservava plena liberdade de acção no que respeitava à inspecção bacteriológica, como medida de defesa contra a cólera, a bordo dos navios procedentes de circunscrições contaminadas.

c) FEBRE AMARELA

Foram quatro as sessões da sub-comissão técnica da febre amarela, sendo a última destinada à discussão das conclusões que foram elaboradas pelo dr. Agramonte, cuja autoridade no assunto é indiscutível, visto ter sido ele que com Reed, Caroll e Lazear constituiu a comissão americana que, continuando os trabalhos de Finlay, estabeleceu em bases certas e seguras a etiologia e a profilaxia da febre amarela.

Foi adoptada por unanimidade a conclusão de que a febre amarela se propaga, pelo transmissão do virus amarílico, do homem doente ao homem são, por intermédio da *Stegomyia fasciata* ou *calopus*. Ficou estabelecido também que, nos países, onde não se encontra a estegomia *calopus*, a febre amarela não é susceptível de se desinvolver no estado epidémico, não sendo aí precisa qualquer medida de policia sanitária. A êste respeito observei: 1.º que se deviam considerar, para a adoção de medidas profiláticas, não somente os países onde há a estegomia *calopus*, mas também aqueles, onde, pelas condições climatéricas, essa espécie pode multiplicar-se, se fôr importada; 2.º que nos portos de regiões, onde a estegomia não pode viver, se devem recomendar os devidos cuidados para que o pessoal trabalhador, a bordo dos navios, não seja infectado pelos mosquitos alojados nos lugares quentes da embarcação. Fiz estas observações por que o conhecimento dos costumes do mosquito, transmissor do virus amarílico, veio mostrar que ele pode viver e multiplicar-se perfeitamente nas regiões compreendidas entre os paralelos, norte e sul de 43º de latitude, e em algumas dessas ainda não se encontrou até hoje a estegomia *calopus*, mas pode vir a encontrar-se de futuro, levada pela importação. Em segundo lugar, para lá do paralelo 43º, como em Saint-Nazaire, já se tem dado casos de febre amarela entre os trabalhadores entrados a bordo. Embora êstes casos não possam produzir

expansão epidémica, convém pôr o pessoal operário ao abrigo de possível doença.

O ilustre relator geral da comissão técnica, dr. Emile Roux, respondeu que a primeira observação ficava implicitamente satisfeita nas conclusões e a segunda podia ser o objecto duma recomendação, que foi indicada no relatório respectivo.

Foram adoptadas, também por unanimidade, as seguintes conclusões: «Nos países de estegomia, a febre amarela pode ser importada por pessoas atacadas dessa doença ou em incubação, e pelas estegomias infectadas. A duração da incubação da febre amarela não excede seis dias. O doente pôde considerar-se como infectante, durante os quatro primeiros dias da doença, devendo estar durante êste período ao abrigo dos mosquitos. Os portos onde há a estegomia, dotados com uma organização profilática racional contra a febre amarela, nada tem a receiar da entrada de pessoas atacadas com essa doença, ou no periodo de incubação».

Tratou-se em seguida do papel das mercadorias e dos géneros alimentícios na transmissão da febre amarela, por poderem servir de veiculo às estegomias. Nestas condições apenas se consideravam as bananas, outros frutos frescos e as plantas verdes, porque das outras mercadorias não se conhece observação alguma, indicativa de que possam transportar estegomias. Ora sôbre as bananas, que são objecto dum comércio importante entre os países de estegomias, o dr. Casseus, delegado do Haiti, declarou que, segundo sua opinião, não podem aqueles mosquitos ser transportados pelas bananas, porque estas, para não se deteriorarem a bordo dos navios, devem ser bem ventiladas e mantidas a uma temperatura não superior a 6° e nestas condições a estegomia não se alimenta e cái numa espécie de letargia. Propunha, pois, que se estendesse a todas as mercadorias, sem excepção, a indicação de não representarem papel algum na propagação da febre amarela. Declarei, em resposta a estas considerações, que me parecia a proposta demasiado absoluta. Concordava plenamente com o dr. Casseus sôbre o papel negativo das bananas e quaisquer outros frutos no transporte dos estegomias, desde que se realizassem as condições de ventilação e resfriamento por ele indicadas, mas nem sempre acontecia isso, como confirmou o dr. Pulido, delegado da Espanha. Devia atender-se às condições de hygiene dos navios,

ao estado dos porões, à temperatura, ao arejamento, à humidade, à existência dos depósitos de água, para se regular, segundo as circunstâncias, o tratamento sanitário. Por outro lado, as plantas ornamentais, colocadas nos camarotes, principalmente nos que ficam próximos das máquinas, podem veicular estegomias, como se observou nos casos de Saint-Nazaire, onde trabalhadores, empregados na limpeza dos camarotes e no transporte de vasos com plantas, a bordo dum navio com mosquitos infectados, contraíram a febre amarela. Quási todos os delegados das repúblicas americanas, e em especial o dr. Agramonte, declararam que todas as observações demonstravam que a febre amarela não se propaga pelos navios carregados de bananas, quando estão higienicamente bem acondicionados para esse serviço, e, como esta última circunstância se dá nos navios modernos, aceitavam a proposta do delegado do Haiti. Enquanto às plantas ornamentais, parecia-lhes que só excepcionalmente poderiam transportar estegomias, e além disso elas não deviam ser tomadas como mercadorias. Em vista disto foi adoptada esta conclusão: «Não existem observações que permitam afirmar que as mercadorias, incluindo os géneros alimentícios, representem qualquer papel no transporte, a distância, das estegomias infectadas».

Sobre a obrigatoriedade da sulfuração dos navios, que tenham tido casos de febre amarela a bordo, não houve outra contestação a não ser que era melhor não precisar o método a empregar para destruir as estegomias, porque no futuro poder-se ia descobrir um meio mais eficaz do que a sulfuração. Foi esta a opinião dos delegados da Gran-Bretanha e a minha. Acrescentei que o gaz sulfuroso, excelente para matar os mosquitos, afecta as côres dos tecidos e das pinturas e por isso os capitães dos navios levantam por vezes obstáculos ao seu emprêgo nos camarotes de luxo. Além disso para a destruição das larvas nos recipientes de água emprega-se, em lugar de gaz sulfuroso, o petróleo. Parecia-me que devia usar-se o termo «desmosquitação», em lugar de sulfuração, para indicar a destruição dos mosquitos, porque aquela designa o fim, enquanto que esta indica apenas um meio. Os delegados americanos foram de parecer que se mantivesse o termo «sulfuração», por ser este actualmente o melhor processo insecticida e fizeram adoptar estas conclusões: «On peut pratiquement détruire les

stegomia à bord d'un navire au moyen de la sulfuration». Apesar disto resolveu-se mais tarde, como era justo, que na Convenção não se mencionassem os processos de desinfecção, cuja escolha pertenceria às autoridades sanitárias de cada país.

Na terceira sessão, realizada em 17 de novembro, o dr. Agrá-monte propoz que se estabelecesse uma definição clara de navios infectados, suspeitos e indemnes de febre amarela, visto que na Convenção de 1903 nada se tinha determinado a respeito desta doença pestilencial, além duma simples recomendação no artigo 182.º para que os países interessados modificassem os seus regulamentos em harmonia com os dados actuais sobre o modo de transmissão dos germens amarílicos. Êste assunto não se liquidou nesta sessão, ficando para ser resolvido definitivamente na comissão técnica, como foi na undécima sessão realizada em 18 de dezembro, tendo-se também discutido nas terceira e sétima sessões, que tiveram lugar, respectivamente, em 30 de novembro e 12 de dezembro.

Na Convenção de 1903 tinha-se estabelecido a classificação de navios, procedentes de circunscrições contaminadas de peste ou de cólera, baseada unicamente no estado sanitário do navio e não no do porto de partida, porque quasi todos os delegados nessa época assim a desejaram. Todavia no relatório geral dizia o professor Proust: «Il avait paru qu'à cette classification pourrait en être substituée une autre, dans laquelle les mêmes termes auraient été conservés, mais avec une signification différente ou plutôt avec leur véritable signification qui leur eût été rendue. Le navire indemne eût été celui dont l'état sanitaire, comme la provenance, est de nature à inspirer tout sécurité; le navire suspect celui qui, en raison de sa provenance, doit éveiller l'attention des autorités sanitaires, sans toutefois être l'object de mesures différentes des précautions prises aujourd'hui à l'égard des navires indemnes. Enfin le navire infecté eût été celui qui, à un moment quelconque du voyage, a présenté des cas de maladie pestilentielle, c'est-à-dire est infecté d'une façon plus ou moins grave et demeure tel jusqu'à ce qu'il ait été l'objet de mesures efficaces de destruction de germes morbides».

Esta classificação, que Proust apresentava, não foi aceite por contrariar um pouco as facilidades da navegação e da livre circulação dos passageiros e foi aprovada outra, mantida

na convenção de 1912, com a indicação dos mesmos períodos para as três doenças pestilências. Ora esta última classificação tinha sido apresentada, dois anos antes da convenção de 1903, no nosso Regulamento Geral dos Serviços de Saúde de 24 de dezembro de 1901, o que de certo nos deve lisongear. Por esse regulamento é considerado como infectado todo o navio que teve casos de peste, cólera ou febre amarela a bordo, nos últimos sete dias de viagem; como suspeito o que teve caso de doença pestilencial, terminado por cura ou morte, antes dos últimos sete dias de viagem: navio indemne o que não teve antes da partida, nem durante a travessia, nem no momento da chegada, casos de qualquer daquelas doenças a bordo.

Não indo geralmente além de cinco dias o período da incubação da peste e da cólera, e de seis dias o período de incubação da febre amarela, percebe-se que se tomasse na classificação dos navios, para distinguir os infectados dos suspeitos, um período um pouco superior, como é o de sete dias, se não houvesse a considerar os intermediários na transmissão das três doenças pestilências.

Em 1901, e mesmo ainda em 1903, falava-se no rato como intermediário para a peste, mas sem estar ainda definitivamente assente o modo de transmissão do respectivo bacilo pelas pulgas; no que tocava ao papel dos portadores de gérmenes, na propagação da cólera e à acção intermediária das estegomias para a transmissão da febre amarela, havia grandes hesitações em aceitar como incontestáveis os resultados de trabalhos feitos. Todavia nos anos seguintes ficou de tal modo esclarecida e realçada a função desses intermediários, que parecia dever ir procurar-se na sua infecção a base para a classificação dos navios. Neste sentido se pronunciou o dr. Ricardo Jorge nas declarações que, em nome d'ele, li na segunda sessão plenária da Conferência, e do mesmo modo me manifestei eu nas discussões referentes às medidas a tomar contra a febre amarela. Já na Convenção de Washington, realizada em 1905, a que aderiram todos os Estados da América, se atendia na classificação de navios, quando procedentes de regiões amarilicas, à probabilidade de haver a bordo estegomias infectantes e se punha de parte a duração da incubação intrínseca da febre amarela.

Por essa Convenção era considerado como infectado o navio a bordo do qual se manifestaram um ou mais casos de febre

amarela em qualquer momento da viagem; como suspeito o navio que, embora não tenha casos a bordo, fundeou a uma distância tão pequena das costas infectadas que é muito provável a entrada de mosquitos; e como indemne o navio, também não tendo casos a bordo, que não fundeou a distância da terra que permitisse a entrada de mosquitos.

Esta classificação era demasiado severa, principalmente para os países da Europa meridional, como Portugal, Hespanha e Itália, que tem estegomias, mas estão bastante afastados das regiões amarílicas. O dr. Agramonte assim o reconheceu e propôs que, para ser considerado o navio como infectado, se exigissem duas condições: ter casos de febre amarela a bordo e ter estado exposto à entrada dos mosquitos; para ser suspeito, bastava que, tendo embarcado pessoas e mosquitos em um porto infectado, chegasse, depois de uma travessia de menos de seis dias, sem caso algum de febre amarela a bordo. Declarei que me conformava com esta definição de navio infectado, porque a embarcação, onde há doença de febre amarela, contraída em terra, e que não esteve exposta à entrada de mosquitos, deve-se simplesmente considerar como suspeita, visto não haver nesse caso probabilidades de transmissão. Por outro lado a experiência tem demonstrado que nos navios modernos, construídos de ferro, em boas condições de ventilação e higiene, sem o «pantano náutico», tão habitual nos navios de madeira, são pouco frequentes as estegomias. É verdade que se tornava difícil saber se os mosquitos tinham ou não entrado a bordo; mas, quando os navios tivessem estado fundeados a mais de 200 metros da terra, e os casos de febre amarela se tivessem manifestado nos seis primeiros dias da travessia, tudo levava a crer que a doença não tinha sido contraída a bordo. Apesar de tudo isto, a sub-comissão adoptou a definição de navio infectado, da Convenção de Washington, com que me conformei porque o dr. Agramonte a aceitou.

Passando à definição de navios suspeitos, o dr. Calmette não queria que se limitasse a seis dias o período da suspeição: Entendia que, para todos os navios procedentes de portos contaminados pela febre amarela, aquela sómente devia cessar quando fossem submetidos à sulfuração, que podia fazer-se, ou durante a travessia, ou no porto de chegada. Baseava a sua opinião em que a estegomia *calopus* póde conservar o seu poder infectante

durante sessenta e mais dias. As experiências de laboratório assim o provam, mas, como muito bem disse o dr. Figueiredo de Vasconcelos, delegado do Brazil, os mosquitos não resistem muito tempo às diversas influências que sôbre eles se exercem, quando não estão protegidos com todos os cuidados possíveis que se empregam nos meios laboratoriais. Era preciso, pois, atender também aos dados epidemiológicos, que não justificavam se levasse tão longe, como queria o dr. Calmette, a suspeição do navio.

O caso de Saint-Nazaire, onde um navio, procedente da Martinica e, segundo se disse, sem caso algum de febre amarela durante os doze dias da viagem, infectou os estivadores do porto de chegada, não parece concludente, porque durante a travessia houve um óbito devido a doença cujo diagnóstico ofereceu dúvidas (febre perniciosa, tuberculose?). No porto de Lisboa, durante 32 anos, 1880-1912, entraram numerosos navios procedentes de circunscrições amarílicas, e alguns com casos de febre amarela a bordo, manifestada quasi sempre, nos primeiros dias de viagem. Pois, dentro do porto, não se deu caso algum daquela doença. No periodo anterior, de 1860-1880, em navios de más condições higiênicas, houve, é certo, por vezes, depois de fundeados, casos de febre amarela, tanto em passageiros como no pessoal entrado a bordo (estivadores, guardas de saúde e fragateiros), sendo verificados 9 casos nestes e 6 nos passageiros, mas em todos esses navios se tinha manifestado a pestilência durante a viagem. Expuz estas considerações na sessão de 17 de novembro e, consequência delas, declarei estar de acôrdo com estas conclusões que foram adoptadas: «Não existe observação certa de transporte de febre amarela a grande distância por navios, a bordo dos quais se não tenha produzido, durante a travessia, incidente sanitário que permita suspeitar da existência de febre amarela a bordo». «Os navios, que frequentam os portos contaminados de febre amarela, podem receber e transportar estegomias infectadas». «Esses navios devem estar em condições de se prestarem, o menos possível, à habitação de estegomias».

Em harmonia com estas conclusões propuz que fosse considerado como suspeito o navio mal acondicionado que, tendo embarcado pessoas e mosquitos num porto contaminado, chegasse, depois de uma travessia inferior a doze dias, sem caso

algum de febre amarela a bordo ; e como indemne o navio que estivesse nas condições indicadas para os navios indemnes, na Convenção de Washington, ou que, mesmo mal acondicionado e exposto à entrada de mosquitos, fizesse uma travessia de mais de doze dias, sem se ter produzido a bordo caso algum de febre amarela, nem antes da partida, nem durante a travessia, nem à chegada. Tomei o período de doze dias para esta distinção, não por indicar a duração da incubação no corpo do mosquito, mas por que me pareceu esse prazo suficiente para desvanecer receios, desde que não tivesse havido doença a bordo; e além disso os navios, procedentes das regiões actualmente ainda contaminadas pela febre amarela, chegam a Lisboa depois de uma viagem cuja duração oscila em volta daquele prazo. A comissão técnica mostrou repugnância em adoptar, para a classificação de navios procedentes de regiões amarilicas, prazos e fórmulas diferentes das que ficaram assentes em 1903 para a peste e cólera, e entendeu que era uma medida anti-liberal considerar como suspeito o navio a bordo do qual não se manifestou caso algum de pestilência. Foi, pois, resolvido que a classificação de navios fosse a mesma para as três doenças pestilências, a qual é seguida no nosso país há mais de dez anos. Conquanto não concordasse com aquela resolução, sob o ponto de vista técnico, não posso deixar de reconhecer que póde aceitar-se na prática, por ser simples e porque o tratamento dos navios é o que importa principalmente.

Foi estabelecido o regime a que devem submeter-se as procedências de circunscrições contaminadas de febre amarela. Para os navios infectados e suspeitos ficou, com pequenas modificações de redacção, aquele que tive a honra de propôr na sétima sessão da comissão técnica, em 12 de dezembro, e que me parece bastar à defesa sanitária dos países de estegomias.

As medidas a tomar contra os navios infectados, são as seguintes: 1.^a — Visita médica; 2.^a — Os doentes são desembarcados, de modo a estarem ao abrigo das picadas dos mosquitos e devidamente isolados; 3.^a — As outras pessoas podem desembarcar e ser submetidas a uma observação ou vigilância, que não exceda seis dias; 4.^a — Os navios devem fundear, sempre que seja possível, a mais de 200 metros da costa; 5.^a — Sendo possível, proceder-se há a bordo à destruição dos mosquitos, antes

da descarga das mercadorias. Se isto não se puder fazer, tomar-se hão todas as medidas necessárias para que o pessoal empregado na descarga não seja infectado. Este pessoal será submetido a uma vigilância, não excedente a seis dias, contados do momento em que deixou de trabalhar a bordo.

No nosso Regulamento de 1901, e na Convenção de Washington de 1905, impunha-se aos passageiros e tripulantes dos navios infectados a observação, isto é, o isolamento em um estabelecimento quarentenário. Pela Convenção actual ficam as autoridades sanitárias com liberdade de applicarem a observação ou a vigilância conforme as circunstâncias. Assim em Portugal, durante o inverno meteorológico (dezembro, janeiro e fevereiro), e mesmo fóra deste trimestre quando há todas as probabilidades de que a febre amarela foi contraída em terra, e de que não existem mosquitos a bordo, bastará submeter as pessoas à vigilância. Nos outros casos deve haver a observação tanto para os passageiros, como para o pessoal da descarga, a que se refere o n.º 5.

As medidas a tomar contra os navios suspeitos são as mesmas que foram indicadas sob os n.ºs 1, 4 e 5 para os navios infectados, podendo submeter-se os tripulantes e passageiros a uma vigilância, não superior a seis dias, contados da chegada do navio.

Os navios indemnes de febre amarela admitem-se à livre prática imediata, depois da visita médica, qualquer que seja a natureza da carta de saúde.

Tinha proposto que a estes últimos navios pudesse applicar-se a sulfuração, quando a autoridade sanitária assim o entendesse e, não sendo isso possível, ficasse a liberdade de impôr o fundeadouro a 200 metros, pelo menos, da costa. São medidas de precaução que se justificam em determinadas circunstâncias, como más condições higiénicas dos navios, curta duração da viagem, estação quente, etc. A comissão não as aceitou, porque, para navios em más condições higiénicas, há a liberdade de applicar medidas especiais: a permissão de atracarem os navios pertence à policia sanitária de cada porto, e a sulfuração, cuja utilidade é incontestável, demora as transacções comerciais. Propunha a sulfuração facultativa, mas, desde que ficasse a cada país a liberdade de proibir a atracação, entendi desnecessário insistir no assunto. Como consequência das con-

clusões aprovadas pela sub-comissão de febre amarela, resolveu-se que as medidas indicadas fossem obrigatórias apenas para os países de estegomias, que as encomendas postais não fossem submetidas a restrição ou desinfecção alguma, e declarou-se não ser necessária a desinfecção das bagagens.

d) DISPOSIÇÕES COMUNS ÀS TRES DOENÇAS

Em quatro sessões da comissão técnica, segunda, terceira, quarta e quinta, realizadas, respectivamente, nos dias 29 e 30 de novembro e 1 e 2 de dezembro, se tratou das questões relativas às medidas de profilaxia internacional, comuns às três doenças pestilências.

Nas cinco conferências últimas de 1892, 1893, 1894, 1897 e 1903 foram largamente discutidos os meios a empregar para proteger a Europa contra a cólera e a peste e, como ambas grassavam e grassam com grande intensidade nas regiões da Índia e do Extremo Oriente, entendeu-se que era necessário impedir a comunicação livre dos navios daquelas procedências com o Mediterrâneo. Daí resultou que nas respectivas Convenções, nomeadamente na de 1903, que coordenou e codificou as quatro anteriores, se determinaram medidas de defesa no Canal de Suez, no Mar Vermelho e no Golfo Pérsico, se fez distinção entre países da Europa e países fóra da Europa, sob o ponto de vista das prescrições sanitárias e se tomaram disposições especiais em relação às peregrinações, principalmente às mahometanas, consideradas como causadoras de diversas pandemias coléricas na Europa.

Ora na actual Conferência todos os delegados estiveram de acôrdo sôbre a necessidade de continuarem as medidas especiais a respeito de todos os deslocamentos humanos em massa (peregrinos, emigrantes, boémios, vagabundos, trabalhadores), quer se façam pela via marítima, quer pela via terrestre. Todavia os progressos realizados nos últimos anos na sanidade de cada país, as disposições tomadas pelas autoridades sanitárias para com aqueles aglomerados nos pontos de partida, as boas condições de instalação a bordo dos navios modernos, todos esses melhoramentos impõem, como consequência, que aquelas

medidas sejam aplicadas, somente quando necessárias, e que desapareçam as que são inúteis. Nesse sentido se manifestaram, entre outros, o dr. Freiberg, delegado da Rússia, e o dr. Cotta, delegado da Itália. Este último expoz as condições em que são transportados para a América os emigrantes do seu país, a vigilância feita durante a viagem por médicos comissionados pelo governo italiano e independentes das companhias marítimas, os cuidados de ventilação dos alojamentos a bordo dos navios, a alimentação, a existência de estufas de desinfecção; por isso propôs que os navios, nessas circunstâncias favoráveis, tivessem o tratamento comum. Como já em outro lugar deixei dito, o artigo 30.º da Convenção de 1903 foi modificado no sentido de que as medidas especiais, tomadas a respeito dos navios de emigrantes, pudessem ser prescritas unicamente quando as embarcações estivessem muito acumuladas ou em más condições de higiene. Pelo mesmo motivo pôde muitas vezes ser atenuado o tratamento sanitário imposto aos navios de peregrinos.

Na última Convenção fazia-se, como disse, distinção entre os países europeus e os países fóra da Europa, havendo, para as procedências destes últimos, disposições mais severas do que para aqueles. Ora, atendendo aos melhoramentos sanitários realizados nos últimos anos em todo o mundo civilizado, e considerando os progressos feitos para o combate das doenças pestilências em diversos países fóra da Europa, como por exemplo a luta contra a febre amarela em todas as repúblicas americanas, onde está quasi extinta, não há razão para conservar num código sanitário internacional tal distinção. Todavia no Título II da Convenção de 1903 apenas se encontram dois artigos (46.º e 47.º) referentes às medidas a tomar para com as pessoas nos portos fóra da Europa, antes do embarque, pois que todos os outros dizem respeito a prescrições a executar em regiões especiais, como no Egipto, no Mar Vermelho e no Gôlfo Pérsico.

A comissão entendeu, e com razão, que o disposto nos artigos 46.º e 47.º, com pequenas modificações, devia ser aplicado a todos os países, tanto da Europa, como fóra da Europa, e que as medidas especiais do Título II se referissem exclusivamente aos países do Oriente e do Extremo Oriente, não só por causa da defesa da Europa, como também, porque as condições de

certos países orientais, o clima, as situações sociais, a organização do serviço médico nos portos e no interior, não permitem aí a aplicação de medidas idênticas às que se tomam nos diversos portos europeus.

Um ponto do programa, que foi bastante discutido, diz respeito à definição de circunscrição contaminada e ao tempo durante o qual se mantém a contaminação. Enquanto à primeira parte conservou-se a definição dada na Convenção de 1903, compreendendo nela a febre amarela; enquanto à segunda, também se conservou o periodo de cinco dias, depois do isolamento, morte ou cura do último doente, para fazer cessar a contaminação, no caso de peste ou cólera, e marcou-se o periodo de dezoito dias, no caso da febre amarela. Sobre este assunto usei da palavra na quarta sessão da comissão técnica, dizendo, em harmonia com as declarações anteriormente feitas em nome da Delegação portuguesa, que o periodo de cinco dias, tomado para declarar indemne um território infectado de peste ou de cólera, é insufficiente, como a experiência tem demonstrado. Quantas e quantas vezes aparecem novos casos daquelas doenças, passados dez, quinze e mais dias, depois do isolamento do último doente. E não admira que assim suceda, porque há que atender aos intermediários, podendo também considerar-se o portador de gérmens coléricos como um intermediário para a transmissão da cólera. Ora uma circunscrição não está indemne de peste, enquanto houver ratos pestosos; não está indemne de cólera, enquanto se encontrarem porta-vibriões; finalmente não está indemne da febre amarela, enquanto as estegomias se conservarem infectantes. Por outro lado seria de grandes inconvenientes, sob o ponto de vista comercial, que se prolongasse por muito tempo a duração da contaminação, tanto mais que o perigo diminue, depois de cessarem os casos humanos e por isso propunha que se voltasse à antiga classificação de circunscrições e portos suspeitos, para se estabelecer a transição dos infectados para os indemnes.

Assim para a cólera e para a peste, a circunscrição continuaria como contaminada durante cinco dias, depois do isolamento, morte ou cura do último doente e como suspeita durante dez a quinze dias; para a febre amarela o periodo de contaminação seria de seis dias, depois do isolamento do último amarílico, seguido dum periodo de suspeição

que não podia ir além de sessenta dias, visto que, durante este tempo, a picada de estegomias infectadas pôde provocar a doença.

As restrições para as procedências das circunscrições suspeitas seriam tanto mais atenuadas, quanto maiores fossem as precauções tomadas aí para impedir a transmissão das pestilências. A comissão foi de parecer, afim de não levantar obstáculos às relações comerciais e à circulação dos passageiros, que se mantivesse o período de cinco dias, no caso de peste ou de cólera, e de dezoito dias, como na Convenção de Washington, no caso de febre amarela, depois do isolamento, morte ou cura do último doente, para que uma circunscrição deixasse de ser considerada contaminada. Em todo o caso ficou entendido que, para isto ser acatado, era preciso que a autoridade competente dessa circunscrição tomasse medidas eficazes: 1.º — para impedir o embarque de pessoas com sintômas de peste, de cólera ou de febre amarela; 2.º — no caso de peste ou de cólera, para impedir a exportação de mercadorias ou quaisquer objectos considerados como contaminados, sem terem sido previamente desinfectados; 3.º — em caso de peste, para impedir o embarque dos ratos; 4.º — em caso de cólera, para que a água potável embarcada seja boa; 5.º — em caso de febre amarela, para impedir o embarque de mosquitos. Em terra devem tomar-se todas as medidas de desinfectação, todas as medidas contra os ratos, quando da peste, e todas as precauções contra os mosquitos, quando da febre amarela.

É claro que não podia deixar de se atender, quando se aplicam medidas sanitárias às procedências de territórios contaminados, à organização dos serviços de hygiene pública no Estado, a que pertencem esses territórios e às disposições tomadas para combater as doenças pestilenciais e impedir a sua exportação. Ficou resolvido que na Convenção se fizesse uma recomendação nesse sentido a adicionar às que estão no artigo 36.º da Convenção de 1903.

Sobre a classificação de navios já disse, quando me referi à febre amarela, o que tinha ficado resolvido a este respeito, isto é, que, à parte leves modificações de fórmula, as definições de navios infectados, suspeitos e indemnes, procedentes de regiões contaminadas de peste, cólera ou febre amarela, são as mesmas que vêm indicadas no nosso Regulamento dos Serviços de Saúde

de 24 de dezembro de 1901, e por isso nada mais tenho a acrescentar a tal assunto.

Fica relatado e explicado com algum desenvolvimento o que de importante se passou na comissão técnica e nas respectivas sub-comissões. Falta referir-me ao que se tratou nas comissões de execuções e meios e de codificação, cujos trabalhos foram curtos por estarem previamente simplificados, e fazer a exposição das reservas, que, em nome do Governo Português, fiz a respeito de alguns artigos da Convenção.

Comissões de meios e de codificação

A Comissão de meios ocupou-se da parte executiva, isto é, da forma como haviam de ser praticamente realizadas as conclusões da comissão técnica, bem como se referiu às vias marítimas e terrestres de comunicação entre a Ásia e a Europa, sob o ponto das modificações que haveria a introduzir no que, a êste respeito, ficou estabelecido na Convenção de 1903.

Limitar-me hei a indicar cada um dos pontos do programa da comissão, as observações que sobre alguns fiz e as resoluções tomadas. Foram dez os pontos considerados, cuja discussão teve lugar em quatro sessões, nos dias 4, 5, 6 e 9 de dezembro.

I. — *Notificação.*

Meios a adoptar para simplificar na forma e tornar mais rápida a notificação dos primeiros casos confirmados de cólera e de peste (artigos 1.º e 3.º da Convenção de 1903). Precisão dos elementos da notificação e das informações que a acompanham ou a seguem (artigo 2.º).

Enquanto à primeira parte ficou assente que cada Governo deve notificar aos outros Governos a aparição do primeiro caso confirmado de peste, de cólera ou de febre amarela no seu território. Qualquer caso de doença pestilencial, que se manifeste fóra das circunscrições já contaminadas deve também ser imediatamente notificado. Pelo que toca à segunda parte, foi resolvido que se aditasse, às informações de que trata

o artigo 2.º, a indicação da extensão da ou das circunscrições atacadas e, no caso de febre amarela, da existência da estegomía *calopus*.

II. — *Declaração oficial de contaminação e dos limites da zona contaminada.*

Por quem deve ser feita? Pelo Estado cujo território está contaminado ou pelos outros Estados? Seu carácter obrigatório (artigo 7.º).

Até agora cada Estado, signatário da Convenção, declarava contaminada uma circunscrição, em seguida à notificação, que lhe era feita pelo Governo do país atacado da doença pestilencial. Ora entendeu-se que se devia deixar aos diversos Governos uma certa liberdade a respeito das primeiras medidas a tomar contra as procedências da região atacada; por isso foi aprovado que no artigo 7.º, em lugar de se dizer que a circunscrição é declarada contaminada, se dissesse que a circunscrição pôde considerar-se contaminada e que se comprehendesse no mesmo artigo a febre amarela. Enquanto aos limites da zona contaminada ficou assente a mesma coisa que na Convenção de 1903.

III. — *Cartas de saúde.*

Devem regulamentar-se internacionalmente ou devem suprimir-se (artigos 23.º e 28.º)?

Sobre este assunto manifestaram-se diversamente os membros da Conferência. Eu, em nome da Delegação portuguesa e em harmonia com as declarações oficiais já feitas em sessão plenária manifestei-me abertamente pela supressão das cartas de saúde, baseando-me na sua inutilidade e na sua falsidade em grande número de casos. Hoje as autoridades sanitárias dum porto não precisam das cartas de saúde, para conhecerem as condições em que se encontram os portos de procedência, no que toca a doenças pestilenciais. Bastam-lhe, entre outras, as informações previamente recebidas dos cônsules, pelo correio ou pelo telégrafo. Além disso, como a experiência tem demonstrado, as cartas de saúde são muitas vezes falsas. Nos dois últimos anos, estando todos ou quasi todos os portos italianos atacados de cólera, as cartas, passadas pelas autoridades locais e pelas consulares, e apresentadas no porto de Lisboa, por ocasião da vi-

sita sanitária, vinham limpas, isto é, não indicavam caso algum de doença pestilencial naquelas circunscrições. Se aceitássemos como exactos esses documentos, teríamos de conceder aos navios daquelas procedências e às tripulações respectivas a livre prática, o que constituiria um grave erro sanitário. Não se procedeu assim, porque se atendeu ao conhecimento havido sobre a invasão colérica na Itália e se poz completamente de parte a carta de saúde. Ora um documento, que para nada serve, está condenado, tanto mais que causa, por vezes, prejuizos à navegação. Impõe-se, pois, a sua abolição.

No mesmo sentido se manifestaram os drs. Torel, delegado da França, e Cotta, delegado da Itália; pronunciaram-se pela manutenção das cartas de saúde os drs. Ruffer, delegado do Egito, Cassim Izeddine Bey, delegado da Turquia, e os delegados do Brazil e da Costa Rica. Outros entendiam que as cartas deviam ser regulamentadas duma maneira uniforme para todos os países. Em vista destas divergências, adoptou-se o voto de que era conveniente que os govêrnos chegassem a um acordo para regulamentar internacionalmente ou suprimir as cartas de saúde marítimas.

IV. — *Quem deve pagar as despesas resultantes dos impedimentos impostos por motivos sanitários nas fronteiras terrestres e marítimas (alojamento, instalações sanitárias, alimentação, cuidados médicos)?*

A êste respeito a Conferência resolveu que se recomendassem à atenção dos Govêrnos as seguintes considerações, apresentadas pelo dr. Cotta, delegado da Itália: 1.º — «Le taux de toutes les taxes et droits sanitaires perçus soit directement, soit indirectement aux frontières terrestres et maritimes par l'État ou par une Administration sanitaire ou par l'intermédiaire d'une société ou d'un particulier, doit être fixé par un tarif publié d'avance et établi de façon à ce qu'il ne puisse résulter de l'ensemble de son application une source de bénéfice pour l'État ou pour l'Administration sanitaire; 2.º — Il est recommandé que, sur tous les points des frontières terrestres et maritimes de chaque État qui restent ouverts aux provenances des localités contaminées soient établies les installations nécessaires pour le logement, en conditions satisfaisantes, des passagers et voyageurs retenus aux frontières pour cause de

mesures sanitaires ; 3.^o — Tous les frais qui seraient occasionés par l'adoption de mesures sanitaires exceptionnelles aux frontières, en ce qui concerne le logement, l'alimentation et l'assistance médicale des personnes retenues aux frontières, sont à la charge exclusive de l'État qui applique ces mesures».

Estas propostas, embora aceites em princípio por muitos delegados, ficaram em simples recomendação e não constituíram um artigo da Convenção, por causa das dificuldades de ordem financeira, que levantavam. Em nome da Delegação portuguesa declarei que aceitava a primeira e segunda proposta como uma recomendação, mas que regeitava a terceira, por isso que no nosso regulamento está estabelecido que as pessoas, internadas no Lazareto, paguem o alojamento e a alimentação quando tem meios para isso. Os emigrantes e os indigentes nada pagam. As taxas e os direitos sanitários, cobrados em Portugal, são inferiores às despesas que se fazem com os serviços de sanidade marítima e consequentemente não constituem fonte de receita para o Estado.

V. — *Situação do navio, já submetido às medidas sanitárias (desinfecção, etc.) num porto, à sua chegada a outro porto doutro país (art. 32.^o).*

Já na Convenção de 1903 se determinava que ficasse isento de medidas sanitárias o navio, que a elas tinha sido submetido dum maneira suficiente num porto anterior, e depois deste não se tinha produzido caso algum a bordo, nem o navio fizera escala por porto contaminado. Todavia esse artigo 32.^o não estava redigido com clareza, pois que não se declarava se os portos pertenciam ao mesmo país ou a países diferentes, nem se indicava o modo de verificar no porto da chegada se as medidas sanitárias tinham sido aplicadas dum maneira suficiente. Para remediar estes inconvenientes, foi resolvido pela comissão que o artigo fosse modificado no sentido de que o navio, submetido a medidas sanitárias suficientes num porto pertencente a qualquer dos Estados contratantes, ficava delas isento, quando chegasse a outro porto pertencente ou não ao mesmo Estado. Não é considerado, como tendo tocado num porto contaminado, o navio que recebeu somente as malas do correio ou passageiros com bagagens, que não comunicaram com esse porto, nem com o país contaminado.

Para apreciar o valor das desinfecções e mais medidas sanitárias, que fossem applicadas a um navio, modificou-se o artigo 25.º nestes termos: «a autoridade do porto, que impõe medidas sanitárias, dá ao capitão, ao armador ou ao seu agente, quando lhe for pedido, um certificado especificando a natureza das medidas e as razões por que foram impostas».

VI. — *Aumento do número de portos abertos às precedências dos portos contaminados e dotados com o material necessário.*

Ficou assente que esta proposta se exarasse na Convenção como expressão do desejo de que o número de portos convenientemente preparados para receberem navios, procedentes de países contaminados, fosse aumentado, em harmonia com a importância do tráfico e da navegação nas costas de cada Estado.

VII. — *Utilidade para as Administrações sanitárias de communicarem regularmente entre si todas as modificações, que se fizerem nos respectivos regulamentos de saúde. Deve isso ser mencionado na Convenção?*

Foi julgada desnecessária qualquer recomendação neste sentido, visto que o «Office International d'Hygiène» publica no seu boletim todos os documentos referentes às legislações sanitárias dos diversos países e aos principais trabalhos de saneamento.

VIII. — *Conselho superior de saúde de Constantinopla.*

Não tendo sido cumpridas as disposições da Convenção de 1903 relativas a êste Conselho, foi resolvido, sob proposta de Mr. Barrère, que as negociações sobre êste assunto deviam proseguir pela via diplomática entre a Sublime Porta e as Potências interessadas. Em sessão plenária da Conferência, que teve lugar em 18 de dezembro, o primeiro delegado da Turquia, Missak Effendi, declarou, em nome do seu govêrno, que o Conselho Superior de Saúde de Constantinopla continuaria a ser encarregado de estabelecer as medidas necessárias para prevenir a entrada das doenças epidêmicas no império otomano e a sua transmissão aos outros países.

IX. — *Golfo Pérsico.*

A defesa sanitária deste golfo, a que se referem os artigos 79.º, 80.º, 81.º e 82.º da Convenção de 1903, já tinha sido preconizada com disposições idênticas na Conferência de Viena de 1897. Para a assegurar, estava estabelecido que todos os navios, à entrada do Golfo Pérsico, deviam dirigir-se para a ilha do Ormuz, onde se submeteriam, no respectivo estabelecimento sanitário, às medidas necessárias e somente poderiam continuar a travessia, depois de se reconhecer que o seu estado era satisfatório. Ora tais disposições nunca foram executadas, nem se construíram os estabelecimentos sanitários de Ormuz e de Bassorah, porque se reconheceu que causariam prejuízos à navegação, sem grandes vantagens para a sanidade internacional.

Em vista disto foi adoptada a proposta da Delegação francesa, para que se suprimissem os artigos 81.º, 82.º e 180.º e se substituissem os artigos 79.º e 80.º por estas disposições: «La réglementation sanitaire, telle qu'elle est instituée par les articles 20.º à 28.º de la présente Convention, sera appliquée, en ce qui concerne les navires pénétrant dans le Golfe Persique, par les autorités sanitaires des ports d'arrivée. Cette réglementation est soumise, sous le rapport de la classification des navires, ainsi que du régime à leur faire subir dans le Golfe Persique, aux trois réserves suivantes...» (Segue o resto do artigo 80.º da Convenção de 1903).

X. — *Caminho de ferro de Hedjaz.*

Este caminho de ferro, que liga Meca e Medina com a Síria, está aberto à exploração e constitue uma das vias seguidas pelos peregrinos mahometanos, procedentes principalmente da Turquia da Europa e da Ásia. Ora, grassando frequentemente a cólera no Hedjaz, facilmente se pôde transmitir essa doença pestilencial, por intermédio das peregrinações, que seguem essa linha, não somente àqueles países, como também a outros da Europa. Por isso que se tratava do deslocamento de grandes massas de homens, a comissão entendeu que não podia deixar de se ocupar dum assunto, que tanto interessava à sanidade internacional. Os delegados da Turquia declararam que a defesa sanitária no Hedjaz, por causa do movimento daquela linha, pertencia unicamente ao Governo Otomano, visto que se

tratava dum caminho de ferro interior. Mostraram que a Sublime Porta forneceu todos os recursos a uma comissão especial, encarregada de prevenir a propagação das doenças pestilências, e confiou provisoriamente a vigilância sanitária do caminho de ferro e das peregrinações ao Conselho superior de saúde de Constantinopla, que dá às Potências garantias suficientes.

A comissão declarou-se satisfeita com a iniciativa tomada pela Porta e formulou o desejo de que a vigilância sanitária da linha do Hedjaz continuasse a efectuar-se nas mesmas condições e pelo mesmo órgão.

As conclusões, adoptadas pela comissão executiva ou de meios, foram aprovadas pela Conferência na quarta sessão plenária, realizada em 9 de dezembro.

Nesta mesma sessão foi nomeada, por proposta do presidente Mr. Barrère, a comissão de codificação que ficou composta de treze membros, além dos presidentes e relatores das outras comissões.

Esta comissão foi presidida por M. Velghe, primeiro delegado da Bélgica e teve sete sessões. Como não fiz parte dela apenas posso julgar do que lá se passou pelo que consta das respectivas actas. Da leitura destas conclue-se que os seus membros envidaram todos os esforços para que as modificações e aditamentos a fazer à Convenção de 1903 se cingissem rigorosamente às conclusões estabelecidas pelas outras comissões e aprovadas nas sessões plenárias da Conferência. As conclusões da comissão técnica foram aprovadas na quinta sessão, que teve lugar em 9 de dezembro.

O projecto da Convenção, elaborado pela comissão de codificação, foi apresentado na sexta sessão plenária, em 18 de dezembro, e, como já disse, está perfeitamente de harmonia com as resoluções que se tinham tomado

Quando expuz estas, indiquei também os termos em que ficavam aquelas modificações e aditamentos, de modo que é desnecessário reproduzi-los aqui.

Nessa sessão o primeiro delegado do Egipto, Mr. Ismail Pachá Sidki, declarou que o Govêrno egípcio considerava desnecessária a manutenção do Conselho sanitário marítimo e quarentenário de Alexandria, com a organização internacional com que foi creado, por isso que os aperfeiçoamentos dos ser-

viços sanitários internos põem o Govêrno em condições de assumir a responsabilidade das medidas necessárias para a protecção sanitária e de manter a eficácia das medidas quarentenárias, sem prejuizo dos interesses do comércio e da navegação nos portos egípcios. Associaram-se a êste voto os delegados da Gran Bretanha e da Espanha e eu, em nome da Delegação portuguesa, em conformidade com as instruções recebidas.

Esgotado o programa da Conferência e adoptado o projecto da Convenção, restava transformar êste em acto diplomático, o que se realizou sob a fiscalisação dum comité de dez delegados.

Para dar tempo a que os govêrnos interessados tomassem conhecimento da nova Convenção e sôbre ela dessem as devidas instruções aos delegados, foi marcada a sétima sessão para 15 de janeiro.

Mandei, como era meu dever, esse projecto ao sr. dr. Ricardo Jorge, para dele dar conhecimento ao Govêrno Português, afim de me serem indicadas as reservas que convinha fazer e de me serem enviados os poderes para a assinatura da Convenção.

Reservas e conclusão

O sr. dr. Ricardo Jorge mandou-me, no principio de janeiro, a nota das reservas, que deviam ser feitas no acto da assinatura da Convenção; ao mesmo tempo, por intermédio da nossa Legação em Paris, recebia a carta pela qual o Govêrno da República me autorisava a assinar a Convenção *ad referendum*.

A maior parte dessas reservas referem-se a pontos, sôbre os quais já me tinha manifestado, no decorrer da discussão, e outras são aclarações sôbre alguns artigos, indicando todas com precisão e lealdade o modo como o Govêrno Português entende diversas disposições da Convenção para assegurar a defesa sanitária nas nossas fronteiras de terra e mar.

Passo a expôr essas reservas, nos precisos termos em que as fiz na sessão de 15 de janeiro, e são, com pequenas alterações de redacção, as que me foram enviadas.

«Le article 15.^o du project de la Convention spécifie, dans

son alinéa deuxième, qu'il appartient à chaque Etat de régler la question relative au paiement éventuel des dommages-intérêts résultant de l'application des mesures de désinfection et de destruction. Usant de cette faculté, le Gouvernement portugais dont la loi sanitaire n'admet pas le principe des dommages-intérêts de cette espèce, déclare qu'il n'entend les supporter en aucun cas».

Esta declaração é muito conveniente, porque evita todas as reclamações e pedidos de indemnisação que os interessados possam fazer contra quaesquer prejuizos que as medidas de desinfeção, ou de destruição, quer applicadas a objectos, quer a ratos e mosquitos, possam cauzar. Deve dizer-se que no porto de Lisboa, desde há muitos anos, não aparece reclamação alguma nesse sentido, nem nos casos em que a destruição de objectos de pouco valor teve de se fazer.

«D'autre part, le Gouvernement portugais exprime le désir que certaines articles de la Convention soient modifiés dans le sens indiqué ci-après :

«1.º (art. 9.º du project de Convention, 1.º et 2.º). Il faudrait ajouter aux mesures qui doivent être officiellement constatées pour qu'une circonscription ne soit plus considerée comme contaminée, quand il s'agit de choléra, celles qui ont en vue la surveillance et l'examen bactériologique des personnes de l'entourage du malade ; le délai de cinq jours, pour le cas de peste ou de choléra, devrait être porté jusqu'à quinze jours, pour tenir compte de la transmission par les intermédiaires, ainsi qu'on l'a fait pour ce qui concerne la fièvre jaune».

2.º (art. 9.º bis, 1.º) — De même qu'on empêche l'embarquement des cholériques, on devrait aussi empêcher l'embarquement des personnes, ayant été en contact avec ceux-ci avant qu'elles aient été soumises à l'examen bactériologique».

Evidentemente, desde que não se póde negar a propagação da cólera, por intermédio dos porta-vibriões, e que estes se encontram principalmente nas pessoas, que tenham estado em contacto immediato com os coléricos, deve impedir-se o embarque daqueles, e uma circunscrição sòmente deve deixar de se considerar, como contaminada, depois do isolamento, morte ou cura do último doente, quando tenha decorrido um número de dias correspondente à duração média dos vibriões no intestino dos portadores (2 a 3 semanas). Esse número não deve ser,

pois, inferior a 15 dias. Este último prazo pôde também ser marcado para a peste, visto que se parte do princípio de que foram tomadas todas as medidas contra os ratos. Se esta condição faltasse, teria de se prorogar aquele prazo.

«3.º — (art. 2.º) En ce qui concerne la peste à forme bubonique et la fièvre jaune, quand l'infection n'a pas été contractée à bord, mais avant l'embarquement, le navire ne devrait pas être regardé comme infecté. Le navire indemne, sur lequel on constate des rats pesteux ou une mortalité insolite des rats, devrait être considéré comme navire suspect; c'est même le sens de l'article 24.º. En ce qui concerne le choléra, on devrait de même regarder, comme infecté, le navire indemne sur lequel on reconnaît l'existence de bacillifères».

Já na altura respectiva tinha dito que não se deveria considerar, como infectado, o navio com casos de peste bubónica ou de febre amarela contraídos antes do embarque, porque então não se encontram presumivelmente a bordo os intermediários, ratos ou estegomias. A 2.ª e 3.ª alínea desta reserva são esclarecimentos necessários aos artigos 24.º e 28.º, para evitar dúvidas na execução das medidas sanitárias.

«4.º — (art. 27.º alínea 3) L'autorité sanitaire devrait être autorisée à imposer l'examen bactériologique sans retenir les passagers au delà de 48 heures».

Também justifiquei esta disposição, quando me referi à discussão e votação das propostas das delegações alemã e austro-hungara sobre este artigo.

«5.º — (art. 28.º) Il faudrait entendre que les navires indemnes de choléra ne seront pas admis à la libre pratique immédiate, dans le cas des mesures visées dans l'article 30.º».

Isto mesmo se depreende da leitura deste último artigo. É uma esclarecimento.

«6.º — (art. 28.º bis, 5.º) On devrait pouvoir imposer aussi l'observation au personnel employé pour déchargement, dans le cas de fièvre jaune».

Este artigo refere-se ao tratamento dos navios infectados de febre amarela. Neste caso os passageiros e tripulantes, depois de desembarcados e isolados os doentes, são submetidos a uma vigilância ou observação, não excedente a seis dias, enquanto que o pessoal da descarga é somente submetido à vigilância. Evidentemente os trabalhadores, empregados na descarga, não

deviam ter um tratamento sanitário mais leve do que os passageiros, e daí a necessidade desta reserva.

«7.º — (art. 28.º quater). Le navire indemne de fièvre jaune pourrait être soumis à la surveillance, pendant la saison chaude, et obligé à mouiller à 200 metres du quai, dès qu'on constate l'existence de moustiques à bord, et aussi quand le navire n'a pas été tenu à 200 mètres de distance de la côte dans le port contaminé».

Nós não podemos dispensar esta disposição nos casos em que há a certeza da existência de mosquitos a bordo dum navio embora indemne ou se presuma have-los, porque podem alguns estar infectados. É verdade que não se conhece observação certa da transmissão de febre amarela a grande distância, quando durante a viagem não houve incidente sanitário que fizesse suspeitar a existência daquela doença, mas também a medida é apresentada com carácter facultativo. Entendo que nos nossos portos deve ser aplicada, na estação quente, quando a duração da viagem não exceder doze dias.

«8.º — (art. 30.º). En ce qui concerne le choléra, la faculté de prescrire des mesures spéciales, notamment la surveillance et l'examen bactériologique, ne devrait pas se borner aux seuls cas de la mauvaise hygiène ou de l'encombrement; on devrait pouvoir aussi faire entrer en ligne de compte la courte durée du voyage, la qualité des passagers, l'intensité de l'épidémie, la rigueur des mesures énoncées à l'article 9.º bis et, notamment, la conduite observée à l'égard des personnes ayant été en contact avec les malades».

Em mais dum lugar deste relatório foram justificadas estas medidas e, quando da discussão do art. 30.º, já tinha feito as devidas reservas. Desnecessário é renovar aqui as razões então apresentadas.

Foram estas as reservas que fiz, como disse, na sessão plenária de 15 de janeiro; na sessão última, que teve lugar em 17 para a assinatura da Convenção, pedi para ficar exarada na acta da assinatura a seguinte declaração: «Je suis autorisé par Gouvernement à signer la Convention *ad referendum* sous bénéfice et réserve de la déclaration que j'ai faite dans la séance plénière du 15 janvier, au sujet du payement éventuel des dommages-intérêts visés par l'article 16.º, et des observations, mentionnées au procès-verbal, que j'ai formulées au cours de la

même séance». O artigo 15.º do projecto ficou na Convenção com o número 16.º.

Nestas condições assinei a Convenção e a acta da assinatura, terminando assim a honrosa missão de que tinha sido encarregado. Ao Govêrno Português fica plena liberdade para a ratificar ou para a não aceitar.

No decurso deste relatório tive ocasião de indicar as modificações e aditamentos que foram feitos na Convenção de 1903, as suas vantagens e os inconvenientes que poderão resultar de não terem sido adoptadas as propostas de algumas delegações e, entre estas, da delegação portuguesa.

Todavia a Convenção de 1912 sobreleva, em claresa de redacção e excelência nas medidas sanitárias, à de 1903, ao mesmo tempo que atende às necessidades da civilização, sob o ponto de vista das facilidades do comércio internacional e da navegação. É mais completa e racional do que as anteriores nas medidas contra a peste e contra a cólera e apresenta as que se devem empregar contra a febre amarela, quando a de 1903 nada expunha contra esta última pestilência, a não ser uma simples recomendação no art. 182.º

Para assegurar a defesa sanitária do nosso país contra a invasão das doenças pestilências, peste, cólera e febre amarela, pelas fronteiras de terra e mar, é minha opinião que convêm ajuntar, às prescrições da Convenção, as que se compreendem nas reservas expostas, as quais não alteram os princípios fundamentais daquele diplôma de sanidade internacional. Desde que as Potências signatárias da Convenção não se oponham, e não devem opôr-se, à inclusão das disposições, a que essas reservas se referem, para as applicarmos na nossa defesa sanitária externa, é de grande benefício para o país, que seja ratificada pelo Govêrno Português a assinatura, que fiz *ad referendum* em 17 de janeiro de 1912.

São estas as indicações que tinha a fazer e que submeto ao alto critério de V. Ex.^{cia}, certo de que, no interesse da saúde pública, as tomará na devida consideração, se dela forem merecedoras.

Lisboa, 5 de Abril de 1912.

DOCUMENTOS OFICIAIS

PARECERES DO CONSELHO SUPERIOR DE HIGIENE

Sobre o encerramento das farmácias

Vem o Conselho Superior de Higiene provocar a merecida atenção de V. Ex.^a sobre os tolhimentos opostos ao exercício da medicina e farmácia — matéria que está sob a alçada da saúde pública — pela regulamentação municipal do horário do trabalho dos empregados comerciais, tolhimentos que não podem mais ser consentidos, tanto violam leis vigentes de há muito estatuídas, e tanto ofendem os sentimentos humanos e os interesses sagrados, a que obedece a assistência medico-farmacêutica.

Factos recentes dão a esta representação inteira oportunidade. Um clínico de Lisboa vem queixar-se em público que as suas prescrições urgentes, perante a doença alarmante duma creança, alta madrugada, não encontraram aviamento em sete farmácias a cujas portas bateu sucessivamente o portador da receita. Por outro lado, um farmacêutico de provincia é perseguido nos tribunais por ter o estabelecimento aberto fóra do praso regulamentar; o ministério público combate por toda a espécie de razões jurídicas a acusação, e o juiz manda arquivar o processo por falta de violação legal, sentença que passou em julgado¹. Estes dois factos por si só fulminam a condenação

¹ Outras sentenças conformes teem sido proferidas nos tribunais de diversas comarcas.

do mandamento que cerrou de noite as portas das farmácias. O primeiro condena-o em nome da humanidade; o segundo condena-o em nome da justiça. Importa agora que o Estado intervenha apagando de vez o preceito aberrante e iníquo.

A que título é que um edital camarário, que veio regular o trabalho das lojas de venda, abrangeu na sua jurisdição as boticas?! A lei donde dimana não resa de farmácias nem explícita nem implicitamente. Uma farmácia não é uma drogaria, nem a sua profissão é de natureza comercial. Basta atentar na habilitação científica exigida e nas imposições legais particularíssimas que de muito pautam e subordinam o seu exercício. Melhor do que nós falarão sobre este ponto os praxistas da jurisprudência, e nomeadamente os de direito comercial que cá dentro e lá fóra doutrinam que a profissão pharmaceutica é liberal e não mercantil. Nem doutra forma se podia ou devia entender desde que a receita é o laço que prende a arte da cura à arte do remédio, tornando a farmácia a assessôra immediata da medicina. Se para esta ninguém se lembrou jámais de limitar-lhe as horas do trabalho, como é que se comprehende que o seu instrumento imprescindível de acção, a farmácia, esteja sujeito a impedimentos? Como se legitima que se impeça essa colaboração, e até com a coima de penalidades?

O turno de serviço entre as farmácias locais com que se pretendeu prevenir esta objecção, longe de a destruir, ainda mais a realça. É uma triste emenda, cujos resultados práticos eram de prever, como o mostra o facto passado em Lisboa e trazido a público. Depois, da mesma maneira que os medicos não se equivalem, e até em valor igual ou diverso não se equivalem perante a confiança do doente, assim das boticas e dos boticários. Nem todos dispõem da mesma riqueza de drogas, nem do mesmo arsenal. Quem o não sabe, quem o não vê? Longe iria o fio de tais considerações se houvera o propósito de explaná-las. O nosso é mais singelo, porque visa principalmente a vingar as leis de saúde, já velhas entre nós dum século, do atropelo que estão recebendo, primeiro na capital e depois no resto do país.

O alvará de 22-1-1810 estipula que os boticários sejam prontos no aviamento das receitas a qualquer hora (n.º XV), ficando a transgressão deste preceito sujeita a multas pecuniá-

rias (n.º XXX). Esta fiscalização impendia à fisicatura-mór do reino que no edital de 6-4-1818 ordenava aos boticários que em qualquer hora da noite sejam prontos em aviar qualquer receita e no caso de assim o não cumprirem serão condenados nas penas do Regimento; havendo reincidência ser-lhe-hão fechadas judicialmente as portas. O Conselho de Saúde Pública reeditava em 29-5-1856 os mesmos ditames. Esta doutrina nas suas fórmulas concretas foi integrada no decreto com fôrça de lei de 3-12-1868, diploma em vigor nesta e noutras das suas disposições; o art. 74.º pune com a multa de 4\$000 réis pela primeira vez e o dôbro pelas outras: «4.º O que não fôr pronto em aviar a qualquer hora toda a receita que lhe fôr apresentada na botica». Emfim o Regulamento Geral de Saúde Pública de 24-12-1901 (art. 53.º n.º 7.º), diploma legal, manda proceder a autoridade administrativa contra os farmacêuticos que em caso urgente recusarem o auxílio da sua profissão.

Nada há que possa mais servir de esteio à determinação municipal do encerramento noturno das farmácias. A sciência, a deontologia, a humanidade e a lei bradam contra ela; que V. Ex.ª ouvindo êsse brado, se digne promover a sua abrogação nos termos que as leis facultem aos poderes públicos, é o voto pensado e sentido dêste Conselho.

7 de setembro de 1915.

Os membros do Conselho Superior de Higiene.

Sobre as especialidades farmacêuticas

O Conselho Superior de Higiene foi consultado sobre o recurso da firma James Cassels & C.ª, arguida de não cumprir o que manda o Regulamento do imposto do sêlo applicável às especialidades farmaceuticas.

Donde pode derivar a competência dêste Conselho para elucidar êste assunto?

Evidentemente de ser composto de pessoas que cultivam as sciências médicas.

Sendo a farmácia a arte que ensina a preparar os remédios,

ou medicamentos, os preparados farmacêuticos são evidentemente medicamentos.

Quer estes preparados sejam, ou não, especialidades, teem de ser medicamentos; mas sendo médicos os vogais dêste Conselho só podem dizer se as substâncias, apresentadas como preparados farmacêuticos, são ou não medicamentos, conhecendo exactamente a sua composição; todavia nem o nome dos preparados em questão, nem as informações contidas nos prospectos e reclamos indicam essa composição.

O Decreto de 14 de Outubro de 1913, que aprovou um novo Regulamento do imposto do sêlo aplicado às especialidades farmacêuticas, nos casos sobre que somos consultados atende simplesmente aos dizeres que se encontram nos rótulos, invólucros e prospectos, que os acompanham.

Assim os mesmos produtos serão ou não sujeitos à lei do sêlo, conforme nos rótulos, ou nos dizeres chamados *literatura*, que os acompanham se afirmar ou não que tais preparados possuem propriedades terapêuticas, e sejam ou não classificados de medicinais.

Há ainda a atender que o Regulamento não considera agentes terapêuticos, para o efeito da obrigação de selar o último envoltório externo rotulado das especialidades farmacêuticas, quando nesses rótulos e nos prospectos que as acompanham disserem que são *tônicas, calmantes, fortificantes, estimulantes*, e algumas outras expressões que o mesmo Regulamento considera populares, e que nós, os médicos, consideramos de uso frequente na linguagem médica, aplicada aos medicamentos.

Muitos preparados que, durante dezenas de anos, foram recomendados como possuindo propriedades terapêuticas, e por isso foram conhecidas do público, passaram recentemente a não terem êsses dizeres nos prospectos, rótulos e outros reclamos.

Mudaria a sua composição?

É provável que não, mas assim diligenciaram os seus autores e intermediários escapar legalmente à aplicação do Regulamento, que obrigava a um imposto de sêlo.

Tendo de dar o nosso parecer exclusivamente sobre as especialidades conhecidas com os nomes de «Vigor do Cabelo de Ayer» e de «Desinfectante e Purificante de Jeyes», limitarnos-emos a dizer que nos frascos do Vigor do Cabelo se declara

nos respectivos rótulos que êste producto é fabricado por J. C. Ayer & C.^a, firma estabelecida em Lowell, nos Estados Unidos da América, afirmando que os sócios dessa firma são quimicos práticos e analistas.

Dêstes productos encontram-se no mercado ainda alguns, que são recomendados nos reclamos que os acompanham, como sendo um valioso remédio, ao passo que noutros já não se encontram tais expressões.

Segundo a letra do Regulamento, os frascos acompanhados de reclamos, que indiquem que o preparado é um remédio, devem ser selados, e os que não estiverem neste caso são dispensados do imposto de sêlo.

O mesmo diremos do Desinfectante e Purificante de Jeyes. Dêste producto há frascos em cujos rótulos se leem instruções para uso individual, banhos, tratamento de feridas e úlceras, gargarejos, etc., mas outros já não teem tais instruções.

Como o Regulamento incluye uma lista de especialidades a que deve ser aplicado o imposto de sêlo, e entre elas se encontram os *desinfectantes para uso individual*, aqueles frascos que tiverem nos rótulos, ou nos prospectos, instruções para êsse uso, precisam ser selados, e os outros não.

Eis o que nos parece legal.

16 de novembro de 1915.

Os membros do Conselho Superior de Higiene.

Defêsa sanitária

O Conselho Superior de Higiene, no uso da faculdade outorgada pelos regulamentos, e no livre exercício dum dever de confiança official, ao ver pendente do parlamento um projecto de extinção do Lazareto e sua conversão em estabelecimento de assistência pública, destinado à hospitalização de convalescentes, traz à presença de V. Ex.^a as razões — e não serão todas por brevidade — que o levam a considerar semelhante proposta como atentatória da segurança sanitária do país, e revogadora de obrigações higiênicas contraídas por convenções internacionais ratificadas.

Hoje como hontem, o lazareto constitue uma barreira, em tempo de uso quasi permanente, hoje de prática extemporânea, erguida contra a invasão de moléstias pestilências exóticas — peste, cólera, febre amarela. Proclama-se a sua inutilisação como tal, porque será? Será porque os tres flagelos deixaram de ameaçar Lisboa e o país? A peste há vinte anos que passeia por todos os portos, a febre amarela continúa a reinar em partes do Brasil de frequêcia contínua para o nosso porto, emfim a cólera antes da guerra e depois da guerra tornou-se um perigo europeu contra o qual todas as nações se aperceberam.

Inutilisado o lazareto, ou convertido no que quer que seja, o que dá na mesma, chega amanhã a Lisboa um navio com casos a bordo de peste, cólera ou febre amarela; há que desembarcá-los e hospitalizá-los, há que submeter os sãos em contacto à observação quarentenária. Onde é que isto se pratica? Isto que é ordenado pelos ditames da sciência, pelos sentimentos de humanidade, e pelas imposições da convenção internacional de 1912?

Recuaremos cem anos e encontrar-nos-emos na situação anterior à criação do lazareto em 1813 na fortaleza de S. Sebastião de Caparica, instaurada pela Junta Provisional do Govêrno do Reino.

Perante semelhante emergência, há que pensar em improvisar recursos, a suprir o que desprevenidamente se desapropriou, improvisações que se não compadecem com a rapidez do tráfico marítimo nem com os riscos de contágio; um lazareto não é coisa de tirar e pôr, instrumento de dois usos ou de duas faces que dum momento para outro se restitua à antiga serventia. Internação nos hospitais comuns seria a negação de toda a profilaxia externa; que clamor não ergueria esta importação, a dentro duma cidade, de enfermos atacados de pestilências?!

De sorte que o único recurso pronto e seguro que restaria à sanidade, seria mandar pôr o navio ao largo com doentes e tudo. Uma vergonha nacional de esconder o rosto. Andamos a prégar que o porto de Lisboa é o cais da Europa, mas, ao cabo de tantos progressos e réclamos, deixamo-lo em estado tal que não temos com que receber um navio empestado. A título de assistência, não haverá mais com que assistir aos

enfermos que os azares das epidemias fizerem arribar a Lisboa. Portugal nem sabe nem tem com quê. Triste, dos mais tristes, testemunho seria do saber da nossa administração e do poder da nossa previsão.

Há anos também em França jazia abandonado — e o nosso não estava abandonado, como se diz no relatório — o lazareto de Frioul. Um dia um navio de recreio inficciona-se de peste, e há que vasar os passageiros no lazareto que não dispunha de recursos nem de alojamentos nem de assistência. Êste abandono levantou um clamor intenso na imprensa política e médica, e suscitou publicações contrárias a tão lastimavel desmazelo.

A Espanha tinha também os seus lazaretos descuidados e desfeitos; mas quando há pouco reorganizou a sua defêsa sanitária, restaurou e poz em pé de guerra os seus lazaretos de Vigo e Port-Mahon prontos para toda e qualquer eventualidade, aptos a receber doentes e contactos.

Estes exemplos de ao pé da porta são significativos. E dos de casa bastará lembrar o papel que teve de desempenhar o lazareto há cinco anos na defêsa contra a cólera da Madeira.

Se a destituição do lazareto significa para a hygiene portugêsa sem possibilidade de contestação um êrro e uma ofensa, a sua substituição pelo hospital de convalescentes não está a coberto da mesma qualificação perante a organização e a administração hospitalares — matéria que não é de nenhum modo alheia à competência dos membros dêste Conselho.

Um hospital de convalescentes, sem meios rápidos e cómodos de condução que o liguem ao hospital geral, com um braço de mar de permeio, e alçado no cimo dum monte exposto a todos os ventos do quadrante, quem há com responsabilidade técnica que possa recomendá-lo?

E com que se sustentava mais êste novo hospital? O projecto inventa-lhe uma receita — a metade do encargo dos leitos que vão ser despejados nos hospitais pela saída precóce dos convalescentes. Ilusória e fantasiosa receita! Os leitos desocupados nas enfermarias serão imediatamente reocupados por nova clientela, a despesa, em vez de minguar, crescerá; isto é um facto de si evidente para quem conheça *de visu* a vida hospitalar.

Depois, que hão de pagar êles, os hospitais que estão à

míngua de recursos? Os deficits avultam de ano para ano, vão em centenas de contos, a ponto que se tornaram uma das vivas preocupações da gerência da nossa assistência pública. Não está também mais desafogada a vida económica dos restantes estabelecimentos da capital, pois que ainda há pouco para valer aos seus deficits foi concedida à Provedoria da Assistência nada menos de 50 contos.

Se o que há ao presente vive na penúria financeira e tem de vez em quando de dar saques extraordinários aos cofres do Estado, não tem viabilidade nem oportunidade o alargamento do campo da assistência por muito filantrópico e bem intencionado que seja.

Numa palavra, e cortando por mais extensas considerações, julga o Conselho em sua consciência que o projecto em questão lesa fundamentalmente os interesses da hygiene pública, os interesses da assistência pública, e até os interesses da economia pública, e por isso entendeu dever dizê-lo e expô-lo à consideração de V. Ex.^a para os efeitos que V. Ex.^a haja por bem.

4 de janeiro de 1916.

Os membros do Conselho Superior de Hygiene.

PARECER COMPLEMENTAR
DO REGULAMENTO ORIZICOLA

DE 17 DE FEVEREIRO DE 1916
APROVADO PELO CONSELHO SUPERIOR TÉCNICO

Sezonismo. Arrozais

A elaboração do regulamento orizícola teve que cingir-se ao preceituado no decreto promulgado; apenas foram introduzidas as adições compatíveis com a letra do decreto e com as autorizações legais de ordem geral. Dêsse número faz parte a criação da Comissão Central de Orizicultura. A estatuição dêsse organismo, por tantos modos justificada, devia trazer como consequência uma útil simplificação dos processos de licenciamiento. Escaladas as duas comissões, a distrital e a central, à primeira competiriam as licenças, à segunda os recursos, e ao ministro as reclamações contra as suas decisões. Não foi infelizmente possível introduzir êste melhoramento lógico e prático de regulamentação, porque o vedava o decreto, que taxativamente determina o licenciamiento por despacho pessoal do ministro.

Outros óbices porêem, e êsses mais substanciais, se depararam, e de tal monta pareceram que não trepidámos em propor rasgadamente a apresentação dum projecto de lei, como correcção e aperfeiçoamento da iniciativa tão benêficamente tomada pelo decreto. Mais ainda que correcção e aperfeiçoamento, pois julgámos que sem essa legiferação adicional fica defeituoso e insufficiente o regime vigente para o grande fim em vista — o fomento orizícola e a tolerância sanitária do arrozal. Defronta-se-nos uma questão orçamental e uma questão higiênica

que só podem resolver-se como deve de ser, indo buscar as autorizações legais competentes. A saber:

1.º *Criação dum imposto orizicola.* — Estipula o decreto um fundo de fomento orizicola, apenas alimentado de multas, que, além doutras causas de ordem psico-moral, a tarifa elevada de 20 escudos por hectare e o uso do perdão consignado no art. 35.º, reduzirão a caudal tão minguado que não chegará sequer para custear o expediente. Praticamente essa receita é nula ou quasi.

Ora se realmente o Estado pretende influir benéficamente em tal lavra, é forçoso que se consignem meios a essa obra favorecedora de tamanha riqueza nacional. A consignação orçamental de verba como mais um encargo público, não se compadece com as estreitezas do tesouro; tam pouco era justo desde que se facilita o estabelecimento dum ramo agrícola que passa justamente por ser um dos mais lucrativos de toda a lavoura. Porque se não há de contribuir apenas para o *quantum salis* que o Estado tem de gastar na sua justa e necessária intervenção? É evidente que se não trata de onerar à nascença a nova orizicultura o que seria contraproducente, mas sim de cobrar um tributo dos mais suportáveis. A imposição máxima de 1 escudo por hectare daria alguns contos que, administrados pela Comissão Central de Orizicultura, aliviariam o orçamento de dispêndios a maior e permitiriam a possibilidade dum fomento real e efectivo que sem meios próprios não passará duma simples aspiração para sempre insatisfeita.

2.º *Instauração da quinização pública.* — Um outro lado conexo há, tanto ou mais obrigante, o lado sanitário. O arrozal em tempos excomungado como uma caixa de Pandora, foi pouco e pouco reabilitado pela hygiene. Provou-se que o arrozal era salubrizável e até por vezes um meio de correcção salubrizante. Ligado à malária, o estabelecimento dos arrozais importa a luta contra o flagelo. Pretender difundir a sua lavra não pode ser sem instituir a breve prazo a profilaxia do sezonismo tal qual ela está consagrada pela sciência higiênica e sancionada pela prática sanitária.

Insero o regulamento uma disposição sucinta em virtude da qual o fornecimento gratuito de quinina aos trabalhadores, como arma preventiva e terapêutica, é imposta aos lavradores

do arroz, disposição que não esconde a estreiteza da providência. A malária é uma praga rural: tortura a população dos campos nas zonas endemizadas, precisamente aquelas onde medram e vão medrar os arrozais. Nas propriedades onde se semeia arroz, impõe-se a quinização dos trabalhadores; nas outras lavras, o trabalhador continúa sem amparo profilático e curativo para as suas sezões. Está-se a ver a disparidade e a deficiência do processo. Depois o sistema protectivo instituído é o mais elementar e insufficiente. Os países que pretenderam encarar a sério o problema, recorreram à quinização pública por meio de droga pura, económica e adequada, fornecida directamente pelo Estado, e custeada por derrama municipal entre os proprietários agrícolas das regiões sezonáticas. Éste é que é o sistema racional e justo, duma efficácia comprovada por longos anos de experiência; pode dizer-se que é ele a grande arma da profilaxia pública do sezonismo.

Eis o que tem de fazer-se em Portugal, e sem demora após a regulamentação dos arrozais, diploma que ficará truncado, viciado e até perigoso; se tal lacuna não fôr sanada como deve de ser immediatamente.

PUBLICAÇÕES DO INSTITUTO CENTRAL DE HIGIENE

ANAIS DE SAUDE PÚBLICA DO REINO

Secção de Legislação:

TOMO I—*Legislação Sanitária*. Collecção de documentos officiais, desde 1879 a julho de 1899 — 1901.

TOMO II—*Legislação sanitária*. Collecção de documentos officiais, desde 1899 a dezembro de 1901. — 1904.

Secção de Higiene:

TOMO I—*Sobre o estudo e o combate do sezonismo em Portugal* — 1903.

TOMO II—*Censo dos tuberculosos em*

1 de janeiro de 1903. — 1905.

TOMO III—*La malaria en Portugal*. Premiers resultats d'une enquête — 1906.

TOMO IV—*Le régime sanitaire maritime du Portugal.* — 1906.

Secção de Demografia:

TOMO I—*Tabelas preliminares do movimento fisiológico da população do Reino de Portugal.* — Anos de 1902, 1903 e 1904.—(Resultados do 1.º apuramento).—1906.

BOLETIM DOS SERVIÇOS SANITÁRIOS DO REINO

Ano de 1902:

N.º 1—*Regulamento geral dos Serviços de Saude Pública.*

N.º 2—*Leis, Decretos, Portarias, Acórdãos e Editais.*

Ano de 1903:

N.º 3—*Leis, Decretos, Portarias, Acórdãos e Editais.*

Ano de 1904:

N.º 4—*Leis, Decretos, Portarias, Acórdãos e Editais.*

Anos de 1905-1910:

Leis, Decretos, Portarias, Acórdãos e Editais, de 1905 a 4 de outubro de 1910.

Anos de 1901-1910:

Índice sistemático da legislação sanitária de 1901 a 4 de outubro de 1910.

ARQUIVOS DO INSTITUTO CENTRAL DE HIGIENE

Secção de Legislação:

VOL. I, FASC. 1.º—*Legislação sanitária de 5 de outubro a 31 de dezembro de 1910.*

Secção de Higiene:

VOLUME I:

FASCICULO I (1913):

Les bacillifères de la Zaire et le système défensif contre le choléra

par le contrôle bactériologique—
Ricardo Jorge.

Prostituição e profilaxia anti-venérea—
Ricardo Jorge.

Leite e laticínios. Vícios do mercado e deficiências da fiscalização—
Holtreman do Rêgo.

Demogenia e mortalidade das cidades portuguesas—
Ricardo Jorge.

Um novo modelo de pinça portá-lamina—
Morais Sarmiento.

PUBLICAÇÕES DO INSTITUTO CENTRAL DE HIGIENE

(Continuação)

Análise bacteriológica sumária das águas de alimentação — Morais Sarmiento.

Estudo bacteriológico de alguns preparados de fermentos lácticos do nosso comércio — Luís Soro-menho.

FASCICULO II (1913):

A epidemia tífica de Lisboa em 1912: Relatório do Prof. Ricardo Jorge. Relatório da comissão constituída por M. Gonçalves Marques, Morais Sarmiento, Nicolau Bettencourt, M. Roldan y Pego.

FASCICULO III (1914):

A luta contra a tuberculose — Ricardo Jorge.

Die Verfälschung der Kuhmilch mit Schafmilch hygienisch und chemisch Beuertheilt («A fraude praticada com o leite de ovelha sob os pontos de vista químico e higiênico») — J. Holtreman do Rêgo.

A cegueira em Portugal — J. Costa Santos.

A febre de Malta — João Felicissimo.

FASCICULO IV (1915):

La fièvre ondulante — Ricardo Jorge.
Le contrôle bactériologique de la méliococcie chez l'homme et chez les animaux — Nicolau Bettencourt.

VOLUME II:

FASCICULO I:

Um caso de febre de Malta — João Felicissimo.

Relatório sobre a Conferência Sanitária Internacional de 1912 — Gonçalves Braga.

Pareceres e documentos officiaes.

Secção de demografia e estatística:

Tabelas do movimento fisiológico da população de Portugal no decénio de 1901-1910.

Boletim mensal de estatística demográfica-sanitária da cidade de Lisboa a partir de janeiro de 1915.

Boletim mensal de estatística demográfica-sanitária da cidade do Porto a partir de janeiro de 1916.

NO PRELO

Estatística do movimento fisiológico da população de Portugal em 1913, 1914 e 1915.
