INSTITUTO NACIONAL
DE SAÚDE
DR. RICARDO JORGE
BIBLIOTECA
N.º 4046

BOLETIM

DO

Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge

VOLUME III

LISBOA – 1948

BOLETIM

DO

Instituto Superior de Higiene
Doutor Ricardo Jorge

Ano III

LISBOA — 1948

Neste terceiro ano da sua publicação pouco diferirá ainda o Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, *dos volumes dos dois anos anteriores. A mesma orientação, o mesmo programa, o mesmo aspecto.*

Continuará ele a reflectir as actividades do Instituto, que ainda não alcançaram pleno rendimento, mesmo no actual edifício, manifestamente insuficiente, apesar das obras de beneficiamento que durante o ano de 1947 receberam decisivo impulso.

Dará conta das actividades docentes, quer as referentes ao Curso de Medicina Sanitária, quer as que dizem respeito ao Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde Concelhios e ao de Visitadoras Sanitárias.

Não deixará de se referir aos trabalhos da projectada 1.ª Reunião dos Delegados de Saúde Distritais, convocada pelo Sr. Director Geral de Saúde para se realizar no Instituto.

Continuando o culto pela alta figura de Ricardo Jorge, irá transcrevendo mais algumas das suas brilhantes páginas, lições admiráveis para sanitaristas e homens de Estado, contribuindo porventura para a realização de alguns dos seus planos, actualizados embora, evidentemente, que passaram despercebidos ou foram sistemáticamente postos de parte por incultura, falta de inteligência ou capricho lamentável, que felizmente está cada vez a dar mais lugar a vistas largas e à lúcida compreensão das responsabilidades sanitárias, que, longe de contrariarem outras quaisquer actividades, apenas contribuem para sua maior solidez, prestígio e utilidade, evitando imprevidências lamentáveis.

Dar-se-há conta dos beneficiamentos introduzidos no Instituto; dos livros e outras publicações adquiridas; dos trabalhos dos seus laboratórios; dos estudos realizados na sua Biblioteca,

actualmente em constante actividade; das relações culturais com outras instituições; das conferências nele realizadas, ou de análise da personalidade do seu patrono, promovidas pelo Grupo dos Amigos do Prof. Ricardo Jorge, *ou de alta cultura sanitária; inserir-se-hão mais algumas lições proferidas nos Cursos de Aperfeiçoamento; recolher-se-hão mais elementos para a História do Instituto e da Higiene em Portugal; registar-se-há, enfim, tudo o que, directa ou indirectamente, possa contribuir para a realização dos fins do Instituto e estímulo das suas actividades, de modo a contribuir para o seu aperfeiçoamento constante.*

Está em estudo há mais de dois anos, a remodelação do regulamento do Instituto, de harmonia com o plano traçado no Decreto-Lei n.º 35.108, e de modo a honrar cada vez mais o seu título e a prestigiosa memória do seu Patrono.

Qualquer que seja porém a sua orgânica e o papel que lhe seja reservado, dificilmente se admitiria que abdicasse da sua função essencial, sintetisada no conjunto de actividades tendentes a elevar a competência sanitária dos médicos, visitadoras e demais funcionários técnicos e a contribuir para a criação duma consciência sanitária nacional.

O apoio e auxílio constantes, dentro das possibilidades do momento que passa, dadas por S. Ex.ª o Subsecretário de Estado da Assistência Social e pelo Sr. Director Geral de Saúde, juntos à boa vontade e competência dos que nele trabalham, são a melhor garantia do progresso do Instituto, de que o Boletim mais não será do que o reflexo.

Alguns aspectos sanitários de um distrito rural [1]

(o de Castelo Branco)

O estado sanitário do nosso País, tanto convem ser considerado a partir de Lisboa para a província, no quadro geral dos aperfeiçoamentos obtidos, das aspirações em curso e das deficiências em que nos debatemos, como na reflexão dos factos locais, colhidos com escrupulosa exactidão e comentados a rigor.

Os aspectos sanitários de um distrito rural, para o caso, o distrito meu bem conhecido de Castelo Branco, levantam, no todo ou em parte, problemas de alguns ou de todos os distritos portugueses, posto que não igualmente caracterisados.

Desejaria limitar o tema que me foi distribuído à análise meticulosa e severa de um ou outro facto higiénico mais saliente, mas porventura simbólico ou representativo da perspectiva de todos os factos da mesma índole; tendo de avistar aspectos vários de um distrito rural a palestra adquire, necessàriamente, um caracter de delineamento, mais que de profundidade, fértil na extensão, mais que no pormenor.

Devemos considerar entre nós, intimamente ligada aos problemas sociais, uma questão sanitária de ruralismo. Onde a cidade vai conseguindo sucessivamente tudo ou quase tudo o que precisa para acautelar, defender e prevenir a saúde particular ou colectiva, — por vezes, mesmo, o supérfluo — em confronto, a

---

(1) Lição proferida no 3.º Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde realizada em 30 de Maio de 1947 no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

aldeia persiste sem capacidade nem meios de solucionar as dificuldades mais elementares. Creou-se entre nós o lugar comum, verdadeiro, em larga escala, de que o País é Lisboa e o resto é... paisagem, em resultado de se haver desprezado um facto estatístico que devia andar presente ao espírito dos governantes como anda ao dos sanitaristas: a distribuição geográfica do povo português, do continente e ilhas adjacentes.

Não me dispenso de o recordar, repetindo o que em outras ocasiões tenho dito e escrito.

As cidades de Lisboa, Porto e Coimbra, com os concelhos urbanos de sua influência, Cascais, Loures, Sintra e Oeiras; com Matozinhos, Vila Nova de Gaia, Gondomar, Maia e Valongo; e com o concelho de Coimbra, prefazem menos de 20 % da população ou 1.503.232 habitantes.

Todas as capitais de província e distrito, restantes, representam 4,3 % ou 332.781 habitantes.

As sedes de concelho, vilas ou cidades não capitais de distrito, cifram 1.379.443 habitantes, ou 17,8 %.

As freguesias rurais e marítimas, alcançam, à sua parte, 58,3 % ou 4.495.000 habitantes, segundo o Censo de 1940.

Esta noção de que o povoleu das aldeias é triplamente mais numeroso que o das grandes cidades, dispensa, na sua simplicidade e na sua eloquência, comentários de qualquer espécie sobre um dos dados do binómio sanitário, o elemento humano.

Sem despresar os males e defeitos do urbanismo, as habitações sobrepovoadas, letais, os bairros de vielas miseráveis, as *ilhas* de miséria física e de miséria moral, as existências de vício e de pesadelo, babugem da *urbs* faiscante e tentadora, lixo do imenso aglomerado, aliás, duma força aliciante e irresistivel, menos do seu cariz de vida pautada, honesta e salutar, que da aparente superabundância de prazer, de conforto e de luxo; sem esquecermos as chagas patentes no corpo vivo das cidades, digamos no entanto sobre o outro dado do binómio, o meio ambiente, que a vida rural não usufrue, nem de longe, as vantagens e regalias equivalentes, nem se procurou outorgar-lhe a satisfação de aspirações elementaríssimas, de natureza administrativa ou político-social, inclusivé, as modestas aquisições médico-sociais que são indispensáveis à existência salutar dos pequenos aglomerados da população.

O contraste oferece conclusões repassadas de amargura.

A aldeia persiste numa existência rotineira, à lei das eventualidades naturais, das hostilidades ambientes, dos surtos epidémicos, mais destruidores do que os furacões, enquanto a cidade cresce a expensas da província, sem incremento fisiológico, ainda com saldo demográfico positivo, mas exclusivamente à custa da torrente imigratória dos campos.

A cidade constroe maternidades mas o ventre da mulher lisboeta não leva ao fim a função essencial de gerar filhos robustos e em bastante quantidade, e não compensa o desgaste normal do obituário.

Nos parques infantis, as crianças serão em número cada vez menor...

A fonte e o viveiro da população desertaram dos palácios da capital, enquanto persistem no refúgio tutelar dos campanários de aldeia, onde, aliás, falta o médico e a farmácia, o socorro urgente e habitual, a água potável, a instalação de esgotos, a elementar higiene física, a larga possibilidade de recurso e de transporte aos estabelecimentos de profilaxia e cura.

— Sobre a nupcialidade e a natalidade dos meios rurais, em confronto com a desnatalidade e a desnupcialidade das cidades, quantos comentários poderíamos gizar!...

Verifica-se, em proporções gigantescas, a plétora das cidades, pois quase tudo se faz em proveito seu, e em detrimento dos meios rurais.

Persistir na vida de aldeia, considera-se *mala sina*, sacrifício insuportável, uma quase condenação do destino, própria de labregos, ou então um tema romantico, apenas excelente para uns curtos dias de férias, passageiros.

O provinciano ilustre, o fidalgo abastado, gozam os ócios na capital, despresando a função tradicional de conduzir a *sua* gente, chefiar a empreza comum, prover a certos encargos, e assegurar a assistência moral e material, inerentes à fortuna e ao poder.

O «pobre homem» da província que ainda tem a coragem de presidir a uma família numerosa e de cumprir as obrigações sociais, próprias e alheias, sem o menor embaraço da paz de cada dia e da ordem social, esse, anda por aí chasqueado nas revistas, com gaudio geral, o que, aliás, pouco lhe interessa, porque em geral não chega a contemplar a sua própria caricatura.

Não se explica, efectivamente, como tem sido possível deixar as populações rurais abandonadas ao seu próprio destino, numa rotina secular, talvez milenária...

Não se percebe como tantos homens do povo das aldeias, transferidos ao fastígio do poder público, não hajam procurado as soluções da vida rural que um escritor de talento, há bem pouco tempo, exprimia em algumas palavras, deste teor: em vez de casas, tocas, tugúrios miseráveis, sem claridade, em vez de lares, luras de ratos e lama, lama; o homem, caínho, de alma encurvada, triste e oprimido, de corpo anemisado e combalido, mas, no entanto, a aldeia, reservatório único da gente...

Nós, médicos de província, testemunhamos a exactidão do quadro...

* * *

Anotemos, em primeiro lugar, alguns elementos demográficos do distrito de Castelo Branco.

A população actual orçava, pelo Censo de 1940, em 299.670 habitantes, agrupados em 73.088 famílias, com a média de 4,1 pessoas, cada uma. Em meio século (1890-1940) aumentou de 50 % e em três quartos de século quase duplicou a densidade populacional. (O *Anuário* de 1945 indica a cifra de população de 304.502).

Quadro n.º 1

Aumento de população

Distrito de Castelo Branco

Censos	População	Variação	Densidade
1864	159.505	—	23
1878	173.983	14.478	26
1890	205.211	31.228	31
1900	216.608	11.397	32,3
1911	241.184	24.576	36,1
1920	239.167	— 2.017	35,8
1930	265.573	26.406	39,6
1940	299.670	34.097	44,7

Ao norte, coincide a maior densidade com a zona industrial da Covilhã e dos vizinhos concelhos de Belmonte e Fundão.

Quadro n.º 2

População presente e densidade por concelhos

Concelhos	Popul. presente	Densidade
1 — Belmonte	9.563	71,8
2 — Castelo Branco . .	56.984	41,4
3 — Covilhã	60.434	110
4 — Fundão	46.732	68,1
5 — Idanha-a-Nova. . .	32.642	23
6 — Oleiros	13.874	28,1
7 — Penamacor	17.241	27,5
8 — Proença-a-Nova . .	17.461	41,1
9 — Sertã	26.675	60,8
10 — Vila de Rei. . . .	8.367	43,2
11 — Vila Velha de Rodam	9.607	26,6

A sua ocupação dominante é a agricultura (62,1%), menos acentuadamente na Covilhã, cidade e concelho fabris.

A indústria textil abrange 8.298 pessoas, além dos fabricantes de fio (31), de tecidos (1.215) e de outros produtos vizinhos (7.052).

O regimen de propriedade e o teor de vida rural oferecem inúmeras variantes, de concelho para concelho, quase de freguesia para freguesia. Nas poucas monografias rurais publicadas, encontram-se, porém, tipos de propriedade, regimes de exploração, variáveis, na mais larga medida.

Os cegos de ambos os sexos, são em número de 396 (1,3‰), os surdo-mudos, 321 (1,0 ‰) os alienados, 453 (1,5 ‰) os orfãos, 755 (2,5‰), 475 de pai (1,5 ‰), 245 de mãe (0,9 ‰), e 35 duplamente órfãos, os inválidos 2.910 (9,7 ‰), dos quais 176 de acidentes de trabalho; os mendigos ou que vivem de esmolas, 2137 (7,1 ‰).

Verifica-se uma proporção de 1.039 fêmeas por 1.000 varões.

É elevada a taxa de casais com filhos vivos, 83,5 %, com a média de 3,2. As famílias com mais de dois filhos (triunfo biológico) são na taxa de 55,8 %. A religião católica é quase a única, 99,2 %.

O analfabetismo é, desgraçadamente, muito numeroso, posto que em gradual redução:

Quadro n.º 3

Anos		Taxas
1911	—	81,1
1920	—	79,4
1930	—	76,4
1940	—	61,7

Biológicamente considerado, o distrito é jovem e progressivo, posto não se furte à redução gradual, ainda escassa, do 1.º escalão populacional e ao aumento do 3.º, características dos povos que caminham para o envelhecimento. Admitindo-se como base a classificação em três escalões, de menores de 15 anos, de maiores de 60 e os de 15 a 60, eis a respectiva percentilagem:

Quadro n.º 4

Distrito de Castelo Branco

1.º escalão	— menores de 15 anos	32,9
2.º »	— de 15 a 59	56,5
3.º »	— de 60 e mais anos	10,3

Sobre a moralidade das pessoas, dos costumes, da vida familiar, notem-se as taxas elevadas da nupcialidade e da natalidade e, em concordância, as reduzidas percentagens dos divórcios e dos filhos ilegítimos.

Com efeito, salvo o ano de 1945, no último quinquénio (1941-46), a nupcialidade (7,76) é das mais elevadas, com 2.394 casamentos, ocupando o 2.º lugar entre os distritos portugueses.

Os índices de natalidadde, de 26,8 %, correspondentes a 8.225 nado-vivos, anualmente, também fazem parte do grupo de distritos privilegiados, muito acima da média geral do País.

Divórcios, contam-se menos de meia dúzia anualmente, em todo o distrito.

Com uma natalidade e uma nupcialidade elevadas, a mortalidade geral, média, e a mortalidade infantil, em vias de redução progressiva, merece a classificação de notável o incremento fisiológico ou *superavit* dos nado-vivos sobre os óbitos e os beirões da Beira Baixa são cada vez em maior número, de ano para ano.

Demoremos uns momentos de atenção à ínfima percentagem de filhos ilegítimos.

À taxa elevadíssima do distrito de Setúbal (em que, por feliz deliberação do Ex.mo Director do Instituto Superior de Higiene Dr. Fernando da Silva Correia, felizmente, nos encontramos, após um passeio maravilhoso), seguem-se, em degraus sucessivamente inferiores, os distritos de Lisboa, Évora, Beja, Faro, Vila Real, Bragança, Viana do Castelo, Portalegre, Porto, e os restantes, de taxas muito baixas.

São, na verdade, os distritos beirões os que ostentam uma reduzida percentagem de filhos ilegítimos (média dos distritos de Aveiro, Guarda, Castelo Branco, Coimbra e Viseu: 6,9 %), à cabeça de todos, o de Castelo Branco, com 3,2 %.

Quais as razões desta considerável dissemelhança, em País de não dilatados limites continentais?...

Deve realmente ser escassa a influência dos climas ou das profissões, se à taxa elevadíssima da população piscatória e industrial de Setúbal aproximarmos a reduzida taxa de Aveiro, também industrial e ribeirinha.

O fenómeno lisboeta compreende-se melhor, cabeça e receptáculo de todos os inconvenientes do urbanismo, posto que o distrito do Porto, com a segunda cidade portuguesa, apresente uma taxa reduzida a muito menos de metade, a afirmar a sua maior solidez de vida familiar, de culto à moral e hábitos mais salutares. Ao distrito de Vila Real, tão *essencialmente* agrícola como os de Castelo Branco e da Guarda, cabe uma taxa de ilegítimos quatro a cinco vezes maior. De Bragança e Viana do Castelo pode dizer-se outro tanto. O Alto e o Baixo Alentejo, com os distritos de Portalegre, Évora e Beja, reunidos, apresentam a taxa de ilegitimidade de 21,9 %, três vezes maior que a das Beiras. O Algarve também sai deminuído deste confronto.

São decerto os factores tradicionais e religiosos os de maior influência, quando constituem hábitos e práticas, e não sómente doutrina, quando conferem normas de conduta, lei familiar e social, e não apenas culto exterior de mero exibicionismo.

Não se dirá dos distritos de Castelo Branco e da Guarda que seja em causa a "cultura" religiosa, a par da católica Braga, em que é dupla a percentagem de filhos ilegítimos, mas talvez se possa dizer daqueles distritos que a sua religião e a sua moral serão menos um idealismo e uma doutrina, do que uma regra de vida, como que um *preconceito* salutar, e o acatamento mais geral às normas tradicionais da existência em comum.

* * *

Vejamos agora os aspectos da mortalidade geral, em confronto com a robusta organização familiar, com a admirável natalidade e o excelente reservatório de vidas que constitue este Distrito.

Pode considerar-se excessiva a mortalidade geral, posto que em vias de redução: de 15,8 % em 1941; de 16,64 % em 1942; de 14,26 % em 1943; de 12,89 % em 1944 e de 12,76 % em 1945.

Despresando o significado dubitativo dos casos de morte não especificados ou indefinidos dos elementos estatísticos (1941-6), à volta de 18 %, eis as causas mais frequentes do obituário, no distrito de Castelo Branco:

1 — Diarreia e enterite infantis em menores de 2 anos
2 — Senilidade
3 — Doenças do coração
4 — Pneumonias e bronco-pneumonias.
5 — Debilidade congenita e prematuridade
6 — Hemorragia cerebral, embolia e trombose
7 — Tuberculose respiratória
8 — Diarreia e enterite em maiores de 2 anos
9 — Morte violenta ou acidental
10 — Bronquites
11 — Doenças digestivas, menos enterite, apendicite e doenças do fígado
12 — Febres tifoide e paratifoides
13 — Cancro e tumores malignos
14 — Doenças infecciosas e parasitárias, menos tuberculose, sífilis e infecto-contagiosas
15 — Enfermidades nervosas e dos órgãos dos sentidos, em menores de 5 anos
16 — Idem, em maiores de 5 anos

17 — Doenças hepáticas e biliares
18 — Nefrites em maiores de 10 anos
19 — Doenças respiratórias, menos tuberculose, pneumonias e bronquites
20 — Difteria
21 — Gripe ou *influenza*
22 — Tuberculoses não respiratórias
23 — Doenças do aparelho circulatório, menos coração
24 — Sarampo
25 — Tosse convulsa ou coqueluche
26 — Doenças obstétricas, menos septicémia e inf. puerperais
27 — Reumatismo crónico e gota
28 — Suicídio
29 — Doenças da pele, tecido celular, ossos e órgãos da locomoção
30 — Doenças gerais e envenenamentos
31 — Doenças uro-genitais, menos nefrites
32 — Paludismo
33 — Nefrites em menores de 10 anos
34 — Apendicite
35 — Alcoolismo agudo e crónico
36 — Septicémia e infecções puerperais
37 — Sífilis
38 — Tumores não malignos
39 — Varíola
40 — Escarlatina; e não se regista nenhum caso de tifo exantemático nem de peste.

No que diz respeito aos sexos, observam-se as predominâncias seguintes: no masculino, tuberculose respiratória, sífilis, alcoolismo, reumatismo crónico e gota, doenças do aparelho circulatório, doenças uro-genitais, doenças do fígado e vias biliares, doenças da pele, tecido celular, ossos e órgãos da locomoção, homicídios, suicídios e mortes acidentais ou violentas; no sexo feminino, febres tifoide e paratifoides, cancro e tumores malignos, diabetis, doenças de coração, senilidade e hemorragia cerebral, excluindo as doenças genitais próprias.

Da lista descrita, destaquemos, como do maior interesse sanitário e profiláctico, os 82 óbitos anuais por febre tifoide,

Quadro n.º 5

Óbitos segundo as causas e os sexos

no Distrito de Castelo Branco

N.os	Entidades nosológicas	1941		1942		1943		1944		1945		MÉDIAS DE 5 ANOS	
		HM	H	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H
1	Febre tifoide e paratifoide	103	55	76	33	91	38	74	30	46	18	69,4	47,4
2	Tifo exantemático	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Varíola	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	0,2	0,2
4	Sarampo	4	1	48	29	48	26	4	2	7	5	24,2	12,6
5	Escarlatina	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	0,4	0,2
6	Tosse convulsa ou coqueluche	43	16	18	11	6	2	22	11	12	6	20,2	9,2
7	Difteria	36	17	33	20	38	19	28	14	35	27	34	19,4
8	Gripe ou influenza	18	9	86	38	17	9	9	3	34	16	34,8	15
9	Peste	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	Tuberculose respiratória	185	101	165	97	191	108	171	113	183	102	179	104,2
11	Outras tuberculoses	38	15	31	15	29	12	23	12	23	14	28,8	13,6
12	Sífilis	11	4	6	4	10	5	4	3	5	4	7,2	4
13	Paludismo	8	5	17	8	16	9	11	6	10	5	12,4	6,6
14	Outras doenças infecciosas e parasitárias	58	41	69	37	55	32	62	39	66	40	62	37,8
15	Cancro e tumores malignos	79	21	71	34	58	28	68	30	88	38	72,8	30,2
16	Tumores não malignos	3	3	4	3	4	2	22	14	7	5	8	5,4
17	Reumatismo crónico e gota	13	5	29	15	22	12	7	3	13	7	16,8	8,4
18	Diabetis	5	2	9	4	8	4	8	8	9	4	7,8	4,8
19	Alcoolismo ag. e crónico	8	8	7	7	6	4	22	12	7	6	10	7,4
20	Doenças gerais e envenenamentos	20	6	26	6	23	11	4	1	30	16	20,6	8
21	Ataxia locomotora prog. e paralisia geral	16	8	15	8	8	5	225	127	8	7	54,4	31
22	Hem. cer. embolia e tromb.	263	117	276	134	235	108	35	19	258	114	213,4	98,4
23	Enf. nervosas e dos órgãos dos sentidos em menores de 5 anos	49	26	71	40	35	19	37	17	29	20	44,2	24,4
24	Idem em maiores de 5 anos	44	21	60	30	47	24	340	162	27	17	103,6	50,8
25	Doenças do coração	368	177	413	204	318	151	20	12	347	162	293,2	141,2
26	Do aparelho circulatório	29	15	22	14	28	15	103	62	27	10	41,8	23,2
27	Bronquites	130	74	142	84	114	68	325	194	116	65	165,4	97
28	Pneumonias	306	167	420	232	308	180	32	21	273	153	231,8	15,6
29	Doenças respiratórias não tuberculosas	36	23	38	26	27	16	481	251	45	24	125,4	68
30	Diarreia e enterite em menores de 2 anos	803	435	643	352	520	273	124	63	484	261	514,8	276,8
31	Idem em maiores de 2 anos	198	97	206	96	167	84	10	9	115	55	139,2	67,4
32	Doenças hepáticas e biliares	42	24	42	26	23	16	—	—	48	31	31	19,4
33	Apendicite	2	2	9	6	9	7	41	28	8	5	15,8	9,6
34	Outras d. digestivas	69	45	87	59	81	49	96	60	93	64	85,2	55,4
35	Nefrites em menores de 10 anos	10	5	15	5	15	7	8	4	3	—	10,2	4,2
36	Idem em maiores de 10	39	19	34	21	38	24	41	18	37	22	37,8	20,8
37	Outras doenças uri. e genitais	14	11	14	12	15	12	10	7	12	11	10,4	10,8
38	Sept. e inf. puerperais	6	—	11	—	8	—	14	—	10	—	9	1,4
39	Outras d. obstétricas	19	—	19	—	21	—	25	—	10	—	18,8	—
40	Pele, ossos e locomoção	21	14	17	8	16	9	10	7	18	11	16,4	9,8
41	Debilidade cong. e prematuros	232	119	308	198	348	185	307	174	205	112	280	157,6
42	Senilidade	460	184	448	164	393	151	365	152	388	172	410,8	164,6
43	Suicídio	27	22	15	11	15	11	19	17	10	7	17,2	13,6
44	Morte acid. violenta	149	100	135	81	132	86	146	94	145	97	141,4	91,6
45	Não esp. indefinidas	785	414	912	466	839	463	663	368	727	393	785,2	420,8
46	Homicídio	5	4	6	4	16	14	4	4	5	3	7,2	5,8
	Total	4754	2432	5076	2644	4398	2298	4020	2171	4023	2129	4454	2335

22 por tosse convulsa ou coqueluche, 35 por difteria, 33 por gripe, 179 por tuberculose pulmonar, 29 por outras formas de tuberculose, 7 por sífilis, 12 por paludismo, 62 por outras infecções e parasitoses, 7 por alcoolismo, 326 por pneumonias e 121 por bronquites.

Acrescentaremos que a senilidade nos leva anualmente 411 pessoas; as doenças de coração, 357; as causas acidentais e violentas, 141; os suicídios, 17; e os homicídios, apenas, 7.

No quadro geral da estatística dos doentes hospitalisados, predominam as enfermidades gerais, em seguida, as do aparelho digestivo, as provenientes de causas exteriores, as da pele, do tecido celular e dos órgãos da locomoção, do aparelho génito-urinário, do aparelho circulatório, do sistema nervoso e dos orgãos dos sentidos:

Quadro n.º 6

Movimento nosológico

dos Hospitais do Distrito de Castelo Branco

Doenças	1941			1942			1943		
	Ex.	Ent.	Saída	Ex.	Ent.	Saída	Ex.	Ent.	Saída
Doenças gerais	78	799	809	60	797	767	60	870	791
Do sistema nervoso e órgãos dos sentidos	15	124	120	1	143	124	1	94	61
Do apar. circulatório	7	129	129	6	131	104	7	113	65
Do apar. digestivo	34	597	608	8	465	434	5	624	493
Do apar. génito-urinário e anexos	14	275	284	8	268	262	6	189	149
Pele e tec. celular	20	364	373	10	308	28	16	326	271
Orgãos da locomoção	2	212	204	10	158	158	7	131	99
De causas exteriores	21	449	460	9	397	367	13	466	370
Mal definidas	15	44	55	5	34	35	1	60	53
Outras	—	—	—	—	—	—	—	164	131
Sem doença	—	19	19	—	25	25	1	21	20
Total	206	3012	3061	117	2726	2565	117	3058	2503

Largas considerações deveria e poderia esboçar sobre a predominância das afecções digestivas, em relação com as faltas, erros e deficiências de higiene alimentar que pesam na maioria da população, por *déficit* calórico ou por defeito qualitativo, apregoando a importância dos estudos da nutrição em política sanitária, na população do continente.

Longe nos havia de levar um simples comentário geral a estes factos, talvez ainda inoportuno neste convulsionado rescaldo da maior grande-guerra de todos os tempos, mas eis aí, na verdade, uma tarefa construtiva, uma tarefa de paz para os tempos vindouros e uma tentação aliciante para os técnicos da nutrição informarem e esclarecerem, como é de seu cargo, a economia nacional e a higiene da alimentação.

Acerca de mortalidade infantil, cuja apreciação daria não uma palestra, mas uma série delas, eis a lista das causas de morte, por ordem descrescente, no primeiro e no segundo anos da existência:

1 — Diarreia e enterite
2 — Debilidade congenita, defeitos, prematuridade
3 — Pneumonia
4 — Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos
5 — Bronquite
6 — Doenças infecciosas e parasitárias, sem compreender as doenças agudas, a sífilis e a tuberculose
7 — Coqueluche
8 — Sífilis
9 — Tuberculoses não respiratórias
10 — Doenças gerais, envenenamentos
11 — Difteria
12 — Gripe
13 — Tuberculose respiratória
14 — Morte violenta e acidental
15 — Doenças digestivas, sem compreender a diarreia e enterite, as doenças do fígado e a apendicite
16 — Nefrites
17 — Doenças da pele, tecido celular e órgãos da locomoção
18 — Sarampo
19 — Doenças do coração
20 — Doenças respiratórias, sem compreender bronquites e pneumonias
21 — Paludismo
22 — Varíola
23 — Febres tifoide e paratifoides
24 — Embolia e hemorragias cerebrais

25 — Doenças do fígado e vias biliares
26 — Infanticídio
27 — Tifo exantemático
— Cancro e tumores malignos
— Tumores não malignos
— Diabetis
— Doenças circulatórias, sem compreender as doenças do coração
28 — Doenças uro-genitais, sem compreender as nefrites e sem contar as causas mal definidas que as estatísticas reunem em 4.º lugar.

Dos 24.034 bébés, menores de um ano, deitados à vala de todos os cemitérios de Portugal, no ano de 1945, cabem ao distrito de Castelo Branco, 806, número em descréscimo, a partir de 1930. A mortalidade infantil (em relação aos nascimentos) foi, naquele ano, de 9,8 %, inferior à média geral do País.

Concordemos que à testa das causas do obituário geral, figura ainda no distrito de Castelo Branco, como há pouco referimos, a enterite infantil com 515 óbitos, e em 5.º lugar, a debilidade congénita e a prematuridade, com 280 óbitos.

Mas este grande problema médico-social está, entre nós, a ser atacado deligentemente e os resultados são já manifestos. *(Vidè* quadros n.os 7 e 8*)*.

* * *

Possuimos, na verdade, alguns estabelecimentos de Puericultura cujos efeitos na evolução demográfica são manifestos. Enfileiram neste grupo de realizações o Dispensário de Puericultura de Castelo Branco com as suas delegações rurais de Alcains, Escalos de Baixo, Monsanto e Vila Velha de Ródão, os Centros dos concelhos de Fundão e de Proença-a-Nova, àlém de algumas Creches rurais.

Podemos acrescentar-lhes a Delegação do Instituto de Assistência à Família, na capital do distrito e, em vias de inauguração, a Delegação do Instituto Maternal, na cidade da Covilhã, àlém dos Centros de Sertã, de Álvaro, de Vale de Lobo e de Sarzedas, e do Lactário-Creche, de Sernache do Bonjardim.

Um programa trienal de realizações foi proposto pelo Ex.mo Sr. Governador Civil do Distrito às autoridades superiores,

Quadro n.º 7

Mortalidade infantil em Portugal

em menores de 2 anos

CAUSAS DA MORTE	Ano de 1945							
	Óbitos de menos 1 ano	De menos de um mês	De um mês	De 2, 3 meses	De 4, 5, 6 meses	De 7, 8, 9 meses	De 10, 11 meses	De 1 a 2 anos
Febres tifoide e paratifoide	19	2	1	3	5	3	5	33
Tifo exantemático	3			1			2	
Varíola	26	6		5	6	3	6	6
Sarampo	80	9	5	5	19	20	22	110
Escarlatina								1
Coqueluche, tosse convulsa	324	16	42	67	83	71	45	145
Difteria	190	24	13	24	34	57	38	248
Gripe ou influenza	123	27	19	28	23	17	9	26
Peste								1
Tub. do aparelho respiratório	112	7	4	13	36	31	21	127
Outras tuberculoses	218	6	11	34	59	67	41	177
Sífilis	275	96	45	69	47	12	6	37
Paludismo	40	4	3	4	11	9	9	34
Outras infecções e parasitoses	359	162	31	33	60	42	31	157
Cancro e tumores malignos	2				1	1		1
Tumores não malignos	2				2			2
Reumatismos crónicos								
Diabetis	2					2		1
Alcoolismo								
Doenças gerais, envenenamentos	200	29	19	29	49	40	34	111
Ataxia, paralisia geral								2
Hemorragia cerebral, embolia	13	8	1		1		3	4
Sistema nervoso e sentidos	663	154	61	101	161	112	74	226
Doenças do coração	67	18	6	13	15	12	3	31
Outras doenças circulatórias	2	1			1			2
Bronquite	472	79	72	92	97	77	55	154
Pneumonia	2295	345	286	412	507	445	300	955
Outras doenças respiratórias	64	18	6	8	14	14	4	52
Diarreia e enterite	8977	661	919	2078	2431	1880	1008	3374
Apendicite	3	2		1				
Fígado e vias biliares	12				6	6		7
Outras doenças digestivas	89	29	15	11	14	13	7	39
Nefrites	85	11	10	10	13	21	20	105
Outras doenças uro-genitais	1						1	1
Pele, tuberculose celular, ossos e órgãos de locomoção	83	24	8	14	21	8	8	27
Debilidade congénita, defeitos, prematuridade	7077	5075	770	647	326	178	81	185
Infanticídio	6	6						1
Morte violenta, acidental	109	19	5	13	14	32	26	148
Causas mal definidas	2041	846	247	305	271	225	147	614
Total	24034	7684	2599	4020	4327	3398	2006	7144

Quadro n.º 8

Frequência das causas de morte nos primeiros dois anos de vida

CAUSAS DE MORTE	1944		1945	
	1.º ano	2.º ano	1.º ano	2.º ano
1 — Diarreia e enterite	9509	3886	8977	3374
2 — Debilidade congénita	7088	193	7077	185
3 — Pneumonia	2280	1140	2295	559
4 — Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos	630	185	663	226
5 — Bronquite	451	190	472	154
6 — Infecções e parasitoses	364	164	359	157
7 — Coqueluche, tosse convulsa	322	170	324	145
8 — Tuberculoses não respiratórias	195	182	218	177
9 — Sífilis	273	35	275	37
10 — Tuberculose respiratória	130	136	112	127
11 — Difteria	189	301	190	248
12 — Gripe ou influenza	113	40	123	26
13 — Doenças gerais e envenenamentos crónicos	191	121	200	111
14 — Morte violenta mas não infanticidio ou acidental	143	195	109	148
15 — Outras doenças digestivas	98	46	89	39
16 — Nefrites	71	110	85	105
17 — Sarampo	101	172	80	110
18 — Pele, ossos, órgãos de locomoção	110	20	83	27
19 — Outras doenças respiratórias	81	45	64	52
20 — Doenças de coração	67	27	67	31
21 — Paludismo	46	30	40	34
22 — Varíola	32	3	26	6
23 — Febres tifoide e paratifoide	14	13	19	33
24 — Hemorragia cerebral, embolia, trombose	18	7	13	4
25 — Doenças do fígado e vias biliares	12	8	12	7
26 — Outras doenças circulatórias	6	6	2	2
27 — Diabetes	—	—	2	1
28 — Tumores malignos	4	4	2	1
29 — Tifo exantemático	1	—	3	—
30 — Tumores não malignos	1	—	2	2
31 — Escarlatina	4	0	—	1
32 — Ataxia, paralisia geral	—	—	—	2
33 — Apendicite	4	1	3	—
34 — Doenças uro-genitais	11	1	2	1
35 — Peste	—	—	—	1
36 — Não especificadas ou mal definidas	2042	580	2041	614
37 — Infanticídio	2	—	6	1
38 — Reumatismo crónico e gota	—	—	—	—
Total	24603	8011	24034	7144

com o fim de estabelecer uma rede de socorros em toda a área distrital, nos termos seguintes:

1.º — Uma Cantina Maternal (Casa da Mãe), com repouso de grávidas e internato de crianças, junto do Dispensário de Puericultura de Castelo Branco;

2.º — Seis Centros de Assistência Social de sede de concelho, em Belmonte, Idanha-a-Nova, Penamacor, Sertã (em via de inauguração), Oleiros e Vila de Rei;

3.º — Trinta e sete Centros de freguesia, cada um deles para a média populacional de 4.200 habitantes, a distribuir equitativamente em todo o território do distrito;

4.º — Quatro Escolas Maternais, na Covilhã, no Fundão, em Penamacor e na Sertã;

5.º — Desenvolvimento das Cantinas, Sopas e Patronatos, de Castelo Branco, Póvoa de Rio de Moinhos, Escalos de Baixo, Vila de Rei, Penamacor, Covilhã, Fundão, Sertã, Belmonte e Vila Velha de Rodam;

6.º — Ampliação das Creches Rurais de Medelim e de Paul.

Este programa destinar-se-ia, por um lado, a apetrechar em toda a área distrital um Ensaio generalizado de Profilaxia e Assistência Social; por outro lado, a aperfeiçoar os serviços existentes e a preparar a sequência de outras tarefas ulteriores, do futuro (1).

---

(1) Aos Centros de Profilaxia e Assistência, de freguesia, determinava-se a distribuição seguinte, em função da geografia populacional:

No concelho de Belmonte: Caria;
No concelho de Castelo Branco: Cebolais de Cima, Lardosa, Louriçal do Campo, Monforte da Beira, S. Vicente da Beira, Sarzedas e Tinalhas;
No concelho da Covilhã: Aldeia de Carvalho, Cebola, Ferro, Unhais da Serra, Paul e Peso;
No concelho de Idanha a-Nova: Zebreira, Salvaterra do Extremo, Rosmaninhal, S. Miguel de Acha e Penha Garcia;
No concelho de Oleiros: Orvalho, Estreito e Cambas;
No concelho de Penamacor: Aranhas, Pedrógão, Bemquerença e Vale de Lobo;
No concelho de Proença-a-Nova: Sobreira Formosa, Montes da Senhora e Alvito da Beira;
No concelho da Sertã: Sernache do Bonjardim, Pedrógão Pequeno, Várzea dos Cavaleiros e Palhais;
No concelho de Vila de Rei: Fundada;
No concelho de Vila Velha de Rodam: Fratel e Perais.

Não cabe nos limites desta palestra, enunciar em pormenor o programa de cada uma das referidas instituições (1), mas diremos o seu custo para se poder avaliar da exequibilidade, em relação com outras iniciativas de natureza diversa.

Segundo a nossa experiência, dos estabelecimentos de assistência rural que dirigimos desde o ano de 1930, cada um dos *centros* deve ser estimado em 52.000$00, de instalações e apetrechamento, e em 73.440$00, de funcionamento anual.

Todos os encargos do programa enunciado se resumem na tabela seguinte:

1.º ano: — 3.850 000$00, dos quais 2.100.000$00 para 50 % das instalações e 1.750.000$00 para o funcionamento de seis meses;

2.º ano: — 4.600.000$00, dos quais 2.100.000$00 para completar as instalações e o apetrechamento geral, e 2.500.000$00 para 75 % de funcionamento;

3.º ano e seguintes: — 3.500.000$00 para o funcionamento global.

Poderia alegar-se que a uma tal realização se opõe a magnitude dos encargos, mas no mesmo distrito há problemas de estradas, de hidráulica agrícola e de economia geral, já levados a efeito, e cada um dos quais importou em mais de dez vezes o custo indicado. Não venham também dizer-nos que se pode ou se deve dispensar a urgência, apenas porque o problema seja velho, precisamente na ocasião em que alcançamos a segurança dos planos para o resolver e, simultâneamente, a certeza do seu exito social.

Propõe-se, de resto, a solução para um distrito, como ensaio prático de um programa necessário em todo o nosso País.

Não sòmente a protecção do viveiro humano, como a assistência médica e social, em aberto, constituem razões de sobra para o justificar plenamente.

Resolver-se-ia, de facto, a assistência médica a uma população dispersa, em muitos casos inacessível e sem fáceis vias de comunicação, de par com o cheque decisivo no curandeirismo que enxameia como praga da natureza. Num distrito com

---

(1) *Vidé 12 lições de Serviço Social*, e *Organização e Técnica da Assistência Rural*, do Autor.

INSA
BIBLIOTECA

108 médicos, dos quais 44 nos concelhos de Castelo Branco e da Covilhã, os curandeiros pululam às centenas, nas distantes aldeias e lugares.

Sòmente os distritos de Leiria, Viana do Castelo, Faro, Vila Real e Guarda, patenteiam igual ou maior centilagem de habitantes em relação aos médicos.

A insuficiência dos leitos hospitalares levar-nos-ia, pelo mesmo caminho, a impressões de desalento, sem o vislumbre da próxima série dos novos hospitais regionais e sub-regionais. Com efeito, dispomos, até hoje, de 437 leitos hospitalares, no grupo ínfimo dos distritos de Bragança (181), Guarda (352), Viana do Castelo (356), Beja (370) e Faro (384).

Quadro n.º 9

N.º de habitantes por um leito hospitalar, por distritos

Aveiro	605
Beja	744
Braga	496
Bragança	1.178
Castelo Branco	686
Coimbra	279
Evora	246
Faro	827
Guarda	836
Leiria	538
Lisboa	203
Portalegre	330
Porto	343
Santarém	501
Setúbal	598
Viana do Castelo	728
Vila Real	565
Viseu	814

Quando, como no distrito de Castelo Branco, a massa local das populações não justifique a existência de certos estabelecimentos apropriados ou privativos, de profilaxia e cura, a

solução conveniente deve necessàriamente procurar-se nos serviços ambulatórios regulares, com carácter de periodicidade. Eis porque, com justo fundamento, se preconiza a indispensável aliança da assistência médica com a assistência social, da sanidade com a assistência pròpriamente dita, de forma a generalizar a todos os confins da terra portuguesa, a profilaxia e o socorro terapêutico cuja falta oprime os destinos do meio rural.

Seria necessário, por outro lado, modificar as condições sanitárias do ambiente, devendo promover-se, em larga escala, ensaios de salubrização das águas de consumo, estabelecimento de esgotos, de balneários e lavadouros públicos, de molde a constituirem exemplos de sanidade, de objectivo utilitário e, ao mesmo tempo, educativo, dispensando a intervenção complexa e por enquanto difícil dos organismos superiores, em soluções de emergência, económicas, mas apesar disso eficientes.

Certos serviços técnicos, tais como a desinfecção e a desinfestação, o estudo e a despistagem das endemias, as transfusões de sangue e as brigadas de profilaxia, exigem a instalação de parques sanitários e a existência de fiscais e técnicos menores, junto das Delegações distritais e das Subdelegações de Saúde, de forma a acudirem prontamente às necessidades da sua zona de influência. Supomos que estas e outras aspirações estão felizmente a ser consideradas por quem de direito.

De igual sorte, as análises bromatológicas, químicas e bacteriológicas, carecem de descentralização, de harmonia com as necessidades modernas.

Tendo estudado pessoalmente os serviços de transfusão de sangue, nos pequenos meios rurais, verifiquei a facilidade da sua instalação ao alcance de todos, mediante algum pequeno dispêndio.

Com efeito, vão ser instalados seis centros de transfusão de sangue no distrito de Castelo Branco, ao preço de vinte contos por unidade, em Castelo Branco, Covilhã, Fundão, Idanha-a-Nova, Penamacor e Sertã. Dentro de algumas semanas disporemos, mediante o superior patrocínio do Senhor Subsecretário de Estado da Assistência Social e do Senhor Director Geral de Saúde, de uma rede utilíssima e, em certos casos, insubstituível, destes socorros de urgência.

De par com os serviços sanitários, a medicina social exige, por seu lado, enormes sacrifícios da colectividade. Entretanto

PROGRAMA DE PROFILAXIA DA INFANCIA NO DISTRITO DE CASTELO BRANCO



a técnica sanitária vai conquistando dia a dia progressos consideráveis e sucessivos aperfeiçoamentos, não menos necessários nos meios rurais do que nas grandes cidades. Ora os quadros oficiais de funcionários de saúde eram, até há pouco tempo, quase os mesmos do Regulamento de 1901, não obstante a população ter aumentado cerca de 50 %...

Considerando em perspectiva e no seu conjunto, as necessidades basilares de sanidade e de assistência das populações rurais, àlém das referidas, respeitantes à tuberculose, à sífilis, ao tracoma, à pelagra, às afecções angio-cardíacas, à higiene do trabalho e das indústrias, etc., a tarefa dos sanitaristas é, na verdade, imensa, quase ilimitada!

Delas não posso já tratar, com a minha hora por demais esgotada e a vossa paciência, com certeza, exausta!...

JOSÉ LOPES DIAS

Delegado de Saúde de Castelo Branco

Obras municipais

Erros e defeitos (1)

Todos os que trabalham em Saúde Pública sentem — e os Subdelegados de Saúde mais do que ninguém — o poder decisivo e esmagador que o Código Administrativo confere às Câmaras Municipais, e portanto aos que, pela força de lei, são colocados nos altos postos camarários em situação quase absoluta de talharem o exercício das suas vastas atribuições, e do qual tanto pode sair o progresso como o marasmo.

Parece ser opinião dos doutrinadores que o conceito actual do Município e da acção que tem de desenvolver no govêrno da colectividade está certo. Assim se nos afigura ser por toda a parte, ressalvadas as designações.

Se a orgânica não está em jogo, a discrepância que se constata entre um Município bem dirigido e outro mal dirigido tem de se atribuir aos que, perante responsabilidades e condições de exercício iguais ou quase, se revelam inferiores e inaptos.

Neste ponto está talvez a origem de muitos erros, praticados por indivíduos mal apetrechados, à sombra de funções que só de longe são fiscalizáveis, e na maior parte dos casos sòmente através da conferência distante das receitas e despesas.

Respondem as Câmaras directamente como órgãos deliberadores e executores por serviços públicos que estão na base do bem comum e incluem, como não pode deixar de ser, a

(1) Lição proferida no Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, realizada no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, em 1947.

higiene pública. Êles podem desenvolver ou não, com maior ou menor interesse, as instituições, os melhoramentos e as actividades que conduzam ao aperfeiçoamento e grau de civilização que é legítimo esperar, quando se dispõe assim de condições excepcionais para actuar em benefício de todos.

E como nem sempre é tarefa fácil administrar os bens públicos ou mesmo marcar a orientação que se deve tomar em tal ou tal emergência, não raro se nos deparam desvios e abusos de poder.

Não somos dos que pretendem que o Estado tome sobre si os encargos e os trabalhos que têm de ser dirigidos e executados pelas autarquias locais, no quadro regional em que têm de exercer a sua acção; temos sobre este ponto ouvido as mais variadas opiniões e podemos talvez dizer que muitas delas apresentam uma nítida tendência para um maior estrangulamento das funções vitais do Município, que quase equivaleria à sua extinção.

É certo que os problemas de pura técnica têm de ser pensados e resolvidos por técnicos apropriados e em muitos casos só o Estado pode oferecer os meios de acção, de investigação e de execução de que os Municípios, por agora, não dispõem. O que se não pode negar é que nos problemas locais estes têm de ser os executores e quase sempre os fomentadores dos planos.

Reside neste ponto uma das grandes dificuldades do nosso progresso municipal: a doutrinação dos técnicos não chega muitas vezes até lá, ou se chega vai deformada e não é nem compreendida nem atendida; ou então chega em tal grau de perfeição que excedendo a capacidade receptora do meio, igualmente não é atendida porque não é compreendida. Por isso tem de se proceder cada vez mais à selecção dos indivíduos a quem têm de se conferir altos postos no Município, para que a tendência actual de realização de obras, de valor intrínseco discutível, à margem dos conceitos gerais e da acção orientadora do Estado, se evite e não apresente o aspecto de uma fuga.

Certos municípios, de mais vulto, dispõem já de serviços técnicos que atingem grau acentuado de perfeição, dirigidos por pessoas competentes, algumas das quais notáveis até. Encontramos divisões de serviço que estudam e trabalham exclusivamente problemas técnicos municipais de largo fôlego e neles se incluem também alguns do foro sanitário.

A correcção que aqui se impõe é a de uma mais íntima cooperação entre serviços de afinidade comum do Município e do Estado, ambos ao serviço da colectividade.

Todavia na maioria dos casos o desacerto é geral

O desenvolvimento progressivo das cidades, vilas e aldeias, fica então dependendo do exclusivismo camarário e na maior parte das vezes do respectivo presidente, que apesar de simples delegado do poder central, assume, como dizemos, o predomínio importante pelas amplas funções e poderes que lhe confia o Código.

Alguns exercem-nas razoàvelmente bem, outros com rasgada prodigalidade; outros ainda, atemorizados pela magnitude dos poderes e falhos de iniciativa e ousadia, remetem-se à vida vegetativa da burocracia.

Não é difícil supor que a orgânica geral está delineada em termos satisfatórios pois ela compreende a cooperação dos elementos que o Estado, pelos seus departamentos, põe à disposição dos Municípios. Sabe-se que em todos os ramos essenciais da administração municipal encontramos sempre um conselho, uma comissão, uma junta, um técnico, uma lei, uma postura mais ou menos doutrinária. E isto poderia bastar se a individualização do mando não se tornasse uma psicose quase generalizada, aos que são, pelo bafejo das circunstâncias e em clima apropriado, investidos em tais funções.

Quando encontramos cá por cima um projecto de rede de esgotos, sem haver uma rede de distribuição de água na mesma localidade; quando nos passa pela mão um projecto de rede de distribuição de água sem um plano de urbanização; se a localização do matadouro ou do mercado não tem em atenção, por exemplo, as vias de acesso; se se implantam, o hospital, a escola, os centros cívicos, as fábricas, as indústrias, sem atenção do estudo prévio do alargamento dos aglomerados populacionais; se a pavimentação das ruas se realiza sem a construção prévia dos colectores de esgoto e sem atender as necessidades do tráfego; se a habitação se deixa levantar a esmo, sem olhar à largura das ruas, à sua orientação; quando se sacrificam indeterminadamente os espaços livres, os jardins, os parques, os espaços abertos, à ganância desmedida dos terrenos de maior valia, transformando-se assim as ruas, avenidas e vielas em campos de jogos do rapazio; quando vemos desprezadas as melhorias essenciais nas aldeias

em benefício do alindamento das sedes dos concelhos, e muito mais poderíamos dizer, estamos sempre em presença de erros e defeitos de realização Camarária.

Erros às vezes irreparáveis que surgem aos montes em todos os nossos aglomerados, aos olhos dos técnicos e até dos leigos.

Não interessa a exposição retrospectiva dos erros e até das razões porque se não caminhou em nossa administração municipal de mãos dadas com o progresso, que noutros países se alcançou em matéria tão vasta e tão profunda como a de proporcionar aos povos as condições de vida que a tornassem mais feliz e lhes concedessem os meios pelos quais eles pudessem conseguir, entre outras coisas, uma habitação razoável e uma defesa apropriada contra a ameaça permanente que resulta de se não dispor das utilidades públicas indispensáveis à conveniência geral, entre as quais destacamos, como sempre, água abundante, boa e barata, sistemas de drenagem para a evacuação rápida das águas residuais; pavimentação dos arruamentos de forma a abater os ruídos e as poeiras; remoção rápida dos lixos e outras imundícies; dimensões convenientes para as habitações, para os arruamentos, para os espaços livres, de forma a assegurar ares lavados, sol abundante, luminosidade satisfatória; arborização que aumente a beleza e purifique o ar e tantas outras que muito contribuem para a higiene geral, para o conforto, para o bem estar comum.

A compreensão e satisfação destas primordiais necessidades não derivam sòmente dos recursos. O dinheiro tanto se gasta bem gasto como se desbarata, e não se deve esquecer que administrar é saber gastar.

Mas além dos recursos que condicionam o volume e não a qualidade das obras há que considerar como ponto fundamental que a orientação e execução dessas mesmas necessidades depende, em grau elevado, não só dos que dirigem os municípios, mas dos que lhes assistem directamente.

Entre estes últimos contam-se, ou deviam contar-se, os subdelegados de saúde.

As funções destes técnicos são, entre nós, como se sabe, de largo âmbito. Abrangem toda a gama de conhecimentos gerais e especiais, quer da medicina preventiva, quer da salubridade, o que quer dizer da engenharia sanitária, da legislação geral e da sanitária. Não é surpreza portanto que sobrem razões para justificar conceitos formados, muitas vezes mal formados, que

vulgarmente se apontam e até sem distinção, sobre a acção de tais técnicos como motivos do atrazo neste ou naquele capítulo, na vasta matéria que diz respeito a higiene municipal dos aglomerados populacionais.

Não somos dos que defendem tal latitude de funções, que afinal só comprometem os serviços, os objectivos e os próprios funcionários. Nem igualmente somos dos que enfileiram no ataque indiscriminado.

A diferenciação do trabalho entre as várias profissões é hoje no mundo civilizado, a que desejamos pertencer, tão nítida e tão precisa que ninguém se lembraria de assacar responsabilidades iguais aos que devendo fazer essencialmente medicina preventiva e nesta muito especialmente a profilaxia geral das doenças infecto-contagiosas, têm de dispersar a sua actividade e o seu tempo em estudos, visitas, inspecções várias, muitas das quais caberiam muito melhor a outros técnicos, alguns até de feição cultural inferior à do médico ou à do engenheiro.

Porque há-de o Subdelegado de Saúde inspeccionar as tabernas? Não seria preferível que o tempo perdido nesse e noutros análogos serviços fosse aplicado na imunização e no contrôle das moléstias contagiosas?

Talvez houvesse menos varíola, menos febre tifoide.

Temos de ter a coragem de reconhecer que em 1947 vão um pouco mal os figurinos de 1900 e que, apesar do eterno valor do articulado de então, há que rever a questão e sem dúvida concluir que em *part-time* — regimen de trabalho dos subdelegados — a acção destes não pode ser ilimitadamente extensa, no espaço, no tempo e na função, o que redunda, a nosso ver, em prejuízo da administração municipal no que respeita a higiene pública.

Ora, se a administração municipal se tem de reger por códigos, que enunciam só as regras gerais, e deixar estas ao sabor da suposta competência e espírito de iniciativa dos chamados camaristas, não há dúvida de que a acção do Estado é de utilidade ao intervir para subordinar essa acção ao predomínio técnico e administrativo, dando rumo acertado aos trabalhos que têm de reverter efectivamente para o bem comum, quando dele andam desviados.

E há duas formas de o fazer, como referi: ou doutrinando e educando, tornando de fácil compreensão os sistemas, as

vantagens das soluções, os meios de se obterem resultados satisfatórios, indicando-se as prioridades para os problemas que as municipalidades têm de enfrentar, permitindo-lhes, portanto, movimentos livres, com a assistência técnica dos seus agentes locais, ou — o que cada vez se vai fazendo mais entre nós — restringir-lhes sistemàticamente a acção e subordiná-la a critérios mais ou menos de acordo com os interesses gerais, embora com prioridades aleatórias, um tanto sob a mão da política ou da influência pessoal.

É bem de ver que esta segunda actuação, sendo um mal menor, deriva essencialmente dos desmandos camarários, e estes, talvez em grande parte por não terem à sua disposição os elementos construtivos indicados primeiramente, o que presupõe também a existência de agentes locais qualificados.

* * *

À maneira médica escalpelisamos um tanto as causas primárias dos desregramentos municipais, que parecem ser na realidade difíceis de remover, numa população como a nossa, deficitária de valores sociais.

Todavia o que se pode esperar neste capítulo de engenharia municipal, que realmente contribua para um carrilamento da máquina municipal no objectivo de diminuir as probabilidades de erro e de beneficiar a higiene geral?

A pedra angular do desenvolvimento dum aglomerado populacional, urbano ou mesmo rural, reside no conceito da urbanização e no seu plano. Não falamos das razões que contribuem para a fixação das populações nem para a estabilização do seu valor social ou económico, que, até certo ponto, dependem elas próprias da urbanização apropriada à feição geográfica e orográfica da região.

Alimentação, vestuário e habitação são os três problemas sociais de todos os tempos, e pelos quais se luta ainda àrduamente.

A administração municipal condiciona o primeiro, não tem influência decisiva sobre o segundo, mas domina inteiramente o último. E este, como certos aspectos do primeiro, estão bem dentro da urbanização, o que quere dizer que no domínio de certos flagelos — tuberculose, tifo exantemático, peste e outros —

associados intimamente à má habitação, ao superpovoamento, à ausência de ar puro e de sol, à presença de grande humidade, à falta de revestimentos adequados e de facilidades sanitárias, são ainda as ideias básicas da urbanização que podem satisfatòriamente trazer à medicina preventiva o complemento necessário ao combate desses flagelos.

O plano de urbanização condensa os princípios do desenvolvimento físico das cidades, das vilas e das aldeias, de forma a conseguir e a estabelecer nos tempos actuais e nos que hão de vir as melhores condições que o município pode oferecer para a vida dos indivíduos. O plano abrange todos os aspectos que relacionam as diferentes actividades da colectividade e entre os principais pontos que se destacam encontram-se os relativos à saúde, à utilidade, à beleza e até à valorização do quadro regional em que se têm de desenvolver.

A lei inglesa de urbanização exprime tais objectivos no preceito: condições sanitárias apropriadas, amenidade e conveniência.

Na verdade sem um perfeito equilíbrio entre estes três elementos básicos não há urbanização adequada.

O conceito puro da amenidade ou da beleza precisa de se aliar com as exigências sanitárias e com as conveniências gerais da população, quer da ordem do comércio quer da indústria.

À custa da higiene geral muitas vezes pode admirar-se nos velhos povoados um motivo de beleza; pode-se mesmo ver — os exemplos não faltam — que se dá muitas vezes mais importância às grandes avenidas e às praças públicas e muito pouca às condições de vida por detrás dumas e doutras — obras que são afinal de fachada.

Mas se se atender sòmente à salubridade isto pode conduzir também a verdadeiros desastres urbanos, pois se as casas resultam higiénicas, mercê dos serviços de engenharia sanitária —, as conveniências dum conjunto urbanístico não se alcançam. Da mesma forma, se aos subúrbios urbanos, embora planeados sanitàriamente, lhes faltar amenidade e composição urbanística, cairemos na monotonia, perigo mortal das modernas concepções da urbanização.

E ambas, salubridade e amenidade, se não são acompanhadas de perto pelas conveniências gerais, perdem do seu valor relativo no desenvolvimento físico dos aglomerados.

Não é portanto supérfluo insistir pela análise da evolução da cidade ou da vila, tanto morfológica como politicamente. O estudo crítico da diferenciação, partindo da tradição, tem de fazer-se para se corrigirem erros sanáveis e se orientar o futuro com respeito pelos conceitos modernos.

Sem isso será difícil produzir melhor para viver melhor, e também viver melhor para produzir melhor, um outro objectivo da urbanização.

A demografia, e com ela as tendências do aumento populacional, não podem igualmente ignorar-se O parcelamento dos terrenos — que nas mãos de algumas Câmaras é um autêntico filão de ouro — é fundamental. Por ele se regula a densidade populacional, que os técnicos procuram estipular entre limites convenientes.

No parcelamento dos terrenos e nas zonas residenciais caminha-se nos centros mais importantes para a ruralização — permita-se o termo —. Uma casa para cada família, as frentes livres, uma nesga de terreno à frente, aos lados e à rectaguarda, que se enchem de árvores, arbustos, canteiros e pequenas hortas. Na geometria dos traçados procuram-se os motivos de amenidade que tornam agradáveis e desejadas tais zonas, das quais pela disposição das vias de acesso se devem atingir rápida e còmodamente os locais de trabalho ou os do comércio.

Nasceram assim as cidades jardins, os bairros jardins, de que muitos países se orgulham e cada vez mais fomentam e amparam. Para pobres e ricos, para operários e para gente endinheirada. Núcleos que no seu crescimento já contam com utilidades próprias, embora se subordinem aos maiores aglomerados a que estão ligados e por vezes se lhes chama cidades satélites no que respeita ao trabalho e ao comércio em larga escala. A densidade raras vezes excede 30 a 50 casas por hectare, ou uma coisa à roda de 50 mq. por habitante.

Não se trata sòmente de obter, agrupando pelo seu carácter ou pela sua natureza, ou ainda pela afinidade do seu objectivo social, em zonas distintas ou quase, as várias actividades das populações. Há razões de sobejo para o fazer, e o higienista não é estranho a muitas delas: as indústrias insalubres, tóxicas ou perigosas têm de localizar-se de forma que não interfiram sèriamente, directa ou indirectamente, na saúde pública; a natureza do solo tem decidida importância para o seu aproveitamento,

quer na implantação das habitações, quer dos espaços livres; a topografia dos terrenos decide da orientação dos arruamentos, do traçado destes, do seu declive, das perspectivas a obter para o embelezamento geral; os ventos dominantes influem na localização das zonas, para se protegerem as habitações particulares e as colectivas convenientemente de efeitos prejudiciais dos grandes centros, dos fumos e dos maus cheiros.

Às frentes marítimas e às frentes fluviais, àlém do partido que se tira para o tráfego, há que aproveitá-las para amenidade das populações, em vez de, como tem sucedido entre nós, se encherem de construções inadequadas, prejudicando o benefício que deriva do embelezamento e da atracção natural que podem representar para recreio.

O valor social dos espaços abertos e nestes os parques e jardins, que em estudos bem equilibrados atingem cerca de 10 %, da área urbanizada, tem sido descrito como muito além do que se pode imaginar. Não é só aquela necessidade que o homem sente do contacto com a natureza, mas o ambiente de calma, de repouso, de ares mais puros, de exercício saudável que se procura. Aonde faltam campos de jogos, jardins frondosos, há uma tendência notada para uma juventude mais delinquente, traduzindo-se em mais vício e mais crime nos adultos. As nossas populações na generalidade só fora de portas encontram espaços suficientes à sua disposição para neles se recrearem e passearem nos dias de descanso e nos intervalos maiores do trabalho.

Um dos aspectos da urbanização mais abandonados entre nós é o que se refere aos centros cívicos e aos edifícios públicos.

Uns e outros desempenham a sua parte na vida da comunidade e na valorização da cidade.

Aos olhos de todos ressalta a pobreza confrangedora dos nossos centros cívicos e dos nossos edifícios públicos, em grande parte autênticos pardieiros, atestando um desprezo da grande maioria pelas instituições que neles funcionam e pela influência que eles podiam representar.

Noutros países, aonde os vamos admirar muitas vezes, a existência de edifícios públicos construídos expressamente para o serviço da colectividade, quer na instalação das bibliotecas, dos auditórios, dos teatros, das municipalidades, dos monumentos, das instituições públicas, das universidades, das escolas, dos

museus, etc., eles interpretam os objectivos e as ideias da comunidade, os focos das actividades da cidade, e simbolizam as aspirações cívicas do povo.

Bem situados, bem desenhados, bem construídos, ocupam na urbanização lugar de destaque, sem o ar abarracado, triste e sòrdido que vemos entre nós. As nossas passadas possibilidades, fruto das nossas descobertas, o comércio que canalizamos e o ouro que por estas nossas terras passou, deixou-nos meia dúzia de bons edifícios, quase todos consagrando os grandes motivos religiosos.

E hoje, séculos passados, são ainda na maioria os antigos conventos que albergam os quartéis, os hospitais, as escolas, os tribunais, e muito mais, indistintamente.

Ainda não se antevê, entre nós, a decisão superior, corajosa, de aplicar a tais elementos de urbanização o dinheiro que é para tal inteiramente necessário, sacrificando se fôr preciso muito do que se gasta em restauros e obras semelhantes. Parece que é tempo de sacrificar um pouco o passado ao presente e ao futuro ou pelo menos estabelecer a graduação que o bom senso reclama.

Se a indústria e o comércio tem de desenvolver-se em edifícios apropriados e construídos para com ótimo rendimento se atingir uma produção razoável, não há dúvida que é na habitação que a questão atinge, sob o ponto de vista sanitário, um valor excepcional. Na salubridade geral é sem dúvida o ponto de partida.

É difícil separar a influência que certos factores, tais como pobreza, hábitos pessoais, alimentação, falta de assistência clínica, exercem, conjuntamente com a má habitação, na saúde dos indivíduos, mas a verdade, e todos a reconhecem, é que a habitação salubre favorece os hábitos de higiene e promove um melhor nível de vida.

A urbanização regula e domina completamente o problema no seu aspecto geral, e se o plano falha neste ponto, pode dizer-se que falhou no seu mais vital objectivo.

Têm de se satisfazer as necessidades de todas as classes de indivíduos e dar uma oportunidade a todos de conseguirem uma casa que corresponda às exigências duma vida sã, aonde não falte nem o ar nem a luz, aonde se encontre conforto adequado. Para ir ao encontro das variadíssimas necessidades dos indivíduos, o programa de construção de casas tem de atender à existência

da família, das crianças, dos indivíduos de poucas exigências, e dos trabalhadores, homens ou mulheres que passam a maior parte do tempo no trabalho. Casas de vários tipos, são pois precisas para uma família e ocupadas de alto a baixo pela família toda; casas para duas famílias, casas colectivas em andares ou em superfície; casas com *apartements*, tudo previsto para pobres e ricos. E quem diz casas para sãos, diz casas para doentes, — os hospitais, os asilos, os hospícios. Tudo tem de ser objecto de estudo na urbanização.

O recondicionamento dos velhos aglomerados populacionais, não só os nossos como os de outros países da velha Europa, tem de fazer-se com o mesmo espírito, pois se há novas secções a implantar há também as antigas a melhorar; rasgamento das ruas, alinhamentos mais apropriados, demolições de focos insalubres, mudança sistemática de indústrias incómodas e muitos outros problemas que surgem da construção desordenada e caótica dos tempos passados.

* * *

A autoridade legal reside no município, sem dúvida, mas os artífices de tais planos, arquitectos, paisagistas, engenheiros, legisladores, oficiais da saúde pública, têm de trabalhar em equipe. Tem de se insistir, de dar batalha à rotina, à incompetência, à incompreensão e à ignorância dos camaristas, se realmente se pretende progredir e evitar os erros e os desmandos que fizeram dos nossos povoados um amontoado disforme de casaria, muito insalubre, aonde a vida agoniza entre a sugidade e a podridão.

Ao plano, demore o que demorar, tem de seguir-se a instrumentação oficial que regule, ordene, distribua e, caso seja preciso, obrigue o esforço e o espírito progressivo das empresas de carácter particular, ou de interesse público.

A urbanização regulamentou-se: o que os anglo-saxões chamam "Zoning". E por estas disposições articulam-se os pontos essenciais que o plano criou, para, pelos tempos fora, se saber aonde se podem implantar as fábricas, aonde se pode desenvolver o comércio, aonde fica a cidade médica, aonde estarão os parques, as vias de acesso, o tráfego, tudo emfim que vai importando à evolução da vida.

O plano não é imutável, como não o é o regulamento, e aqui reside uma das suas mais curiosas características.

Tem de ser suficientemente elástico para se adaptar progressivamente às ideias novas, às exigências sempre crescentes da vida moderna, ao progresso dos transportes, das comunicações.

Acompanham de perto o regulamento da urbanização outros regulamentos que lhe são subsidiários indispensáveis.

Um, enquadrado no regulamento de salubridade geral — que um dia também entre nós será novo — é o da construção urbana.

E neste têm lugar as regras, dimensões e mais características da habitação e dos edifícios para todos os usos. Os materiais, a estabilidade, a segurança, a iluminação, a ventilação, as cubagens, as alturas dos edifícios, as larguras das ruas e tudo o mais que se requer como instalações sanitárias, casas de banho, os revestimentos, etc. etc., ali tem o seu condicionamento para impedir que os pouco escrupulosos e os gaioleiros, abusem e construam impròpriamente.

Os regulamentos do abastecimento de água, de esgotos e de segurança, constituem parcelas importantíssimas que contribuem eficazmente para, com o da construção, enquadrar o desenvolvimento físico dos aglomerados em moldes tais que os erros e os dislates dos nossos antepassados não se repitam e não deslustrem o esforço daqueles que nesta época estão mais avisados e mais bem apetrechados.

Se assim for, poderão os vindoiros esperar mais confiadamente no esforço do trabalho dos presentes.

* * *

Não é portanto difícil aceitar que a administração municipal pode caminhar acertadamente desde que se desenvolva tendo em atenção os estudos sistemáticos dos técnicos, quer do Município quer do Estado e que permitem aos camaristas de bom senso caminhar sem grandes erros ou desvios.

Mas para que os técnicos sejam ouvidos e a sua opinião escutada com respeito torna-se também necessário que ela se cinja à matéria do trabalho que a eles incumbe. Não raro se verifica o divórcio declarado e ostensivo entre os técnicos e os camaristas, e a ele não escapam os subdelegados de saúde.

Há várias razões para isto e é minha opinião pessoal de que elas se situam por um lado no largo âmbito de funções do subdelegado e por outro na falta de apoio legal e superior.

Insistir em atribuições amplas, para um técnico que não pode dedicar a sua exclusiva actividade ao estudo dos problemas que lhes dizem respeito, e que mesmo em certos pontos não têm a preparação básica profissional, consideramos também um erro que se reflecte na administração local, que arrasta às vezes para o alheamento em que as próprias estações de saúde se encontram.

No quadro geral em que vive a administração municipal, que se ressente das falhas duma cultura cívica, da ausência duma educação sanitária, do exuberantismo das pseudo-competência para todas as missões, não é de estranhar que o arbítrio puro e simples leve a graves erros. Governar foi sempre difícil e deve ser cada vez mais difícil.

Aos técnicos na situação dos subdelegados de Saúde cumpre o salutar esforço de assistirem aos que o não são e auxiliarem a resolução dos problemas fundamentais, mas dentro dum critério que sendo aberto e amplo represente uma contribuição eficiente e razoável. A administração municipal carece desse concurso, até que pelos próprios meios disponha, em maior ou menor escala, de serviços especializados, como antevemos e como já vai sucedendo, o que tudo se compreende e aceita pela natureza das funções que lhe cabem.

Nos domínios da urbanização e das questões que lhe estão intimamente ligadas, como se expõe, pensamos que a acção dos subdelegados de saúde pode ser das mais úteis, pois além de tudo se estabelece a sequência das realizações mais seguras para se atingir um nível de salubridade satisfatória.

E esse é um dos grandes objectivos da Saúde Pública.

AGNELO C. PRAZERES

LUGARES SELECTOS

Sousa Martins

A « Sociedade de Medicina e Cirurgia do Porto » quiz que a reabertura das suas sessões fosse a celebração do grande Sousa Martins, do passamento que enlutou a classe médica portuguesa. As páginas que aí vão, representam o cumprimento dessa tarefa piedosa. Traçadas apressadamente a partir da antevéspera da sessão nas poucas horas arrancadas a contínuas ocupações, ultimadas febrilmente até ao momento em que iam ser proferidas, não veja nelas quem as ler, senão a espontaneidade da expressão que as reveste e do sentimento que as dita. Não há outra razão para o acolhimento prestado pelo auditório que honrou a sua leitura e pela imprensa que transcreveu em parte ou no todo o seu texto.

Essa fortuna como que foi um influxo da bondade postuma de Sousa Martins; bastou que o panegirista se inspirasse do seu nobre espírito e invocasse o seu nome adorado para que frases imperfeitas fossem escutadas e bemvindas.

A Sociedade, depois de publicado o discurso no seu jornal, fá-lo reeditar agora em melhor envoltório para servir de humilde ex-voto, pendurado aos pés do esquife de Sousa Martins.

Paranhos, 27 - 11 - 97.

Sr. Presidente,
Meus Senhores:

Como têm caso aqui, ao comemorar Sousa Martins, aquelas desesperadas palavras de Renan sobre a tumba de Littré: « Nunca a morte se faz tão cruamente cega, como quando abate o génio e a virtude ». É que génio e virtude são uma dualidade rara e santa — a liga sem preço, o metal de Corinto dos eleitos. O coronal do homem superior, sob o qual inteligência e carácter se caldeiam a fogo vivo, é como lente possante de farol, que sobre largo horizonte côa a sua luz redentora; maldita a morte que a subitas sopra esse clarão augusto até o apagar no fogo-fátuo dum cemitério.

Desse silêncio cósmico em que a surdez féra da natureza deixa emudecer as vibrações mais elevadas, não há outro desforço humano senão a sua prolação postuma na alma saudosa dos que sobrevivem. Ao expirar dos patriarcas antigos, curvavam-se os seus sobre os lábios arquejantes da agonia a colher o espírito que se exalava no derradeiro arranco. Na esteira desse rito piedoso, transfunda-se agora em nós o hausto vivificador dum inteligente e dum justo. São essas parcelas redivivas, espólio dum exemplo e dum nome, as que promovem a mais sólida e benéfica imortalidade àquele que se finou, cortejado pela saudade e pela admiração de tantos.

A imortalidade não é apenas a relíquia do valor pessoal do extinto; sem o culto póstumo, sem o fervor dos adeptos, não há peanha que a carcoma do tempo não derrube prestes. Essa adoração sagradora, e só ela perpetúa, não seja porém um evemerismo étnico à busca de vã antropolatria; não, que ao fundir-se em nós — vá lá a imagem dos videntes do invisível — o *preespírito* das almas idas, como que se opera uma simbiose fecunda, se tal termo pode aplicar-se à sinergia de vida e morte. Vivemos dos que foram, dos que polarizaram a nossa existência com a sua orientação poderosa. E sem nebular tanatologias e metempsicoses subtis, o meu pensamento está em bem pouco; é que os

mortos nos pagam as lágrimas e as lembranças, nos compensam os esforços para resgatar-lhes a perpetuidade.

Se entre nós, médicos portugueses, for repartida a fimbria da mortalha desse que se chamou Sousa Martins, cada pedaço dela será para cada um divisa e talismã. Evoquemos a sombra daquele que foi um mestre de ciência e um guia de consciência, nas quebras e nos apertos desta profissão angustiada e perigosa. Evoquemos nós, a quem por força da própria posição social corre o dever de nutrir um patriotismo inteligente, a sombra venerável dum dos grandes portugueses deste findar de século, não se sabe se precursores duma idade que desabrocha sorridente, se raios vespertinos dos que vêm dourar o ocaso duma nacionalidade que se entreva.

Não há túmulo, escreveu impertinente Mery, onde não incida uma glorificação grande ou pequena. A morte é por via de regra uma lustração e uma sagração, um perdão e uma apoteose. Estou a fazer-me um deus, foram as últimas palavras dum imperador romano. Há nessa reacção sentimental um movimento louvável de bondade humana, um altruismo quase religioso a esponjar iniquidades ou rigores: mas quantas perversões o não obliteram!

Uns encolhem filosóficamente os ombros perante o trespasse; dirão de bom grado com o verso de Espronceda — «Un cadaver a mas que importa al mundo?» Quem dura, vale pela sua serventia utilitária, quem acabou, para que importa? Poderá lisongear-se o que desbarata benefícios; quando a mão cai inerte, para quê beijá-la?

Outros desentranham louvores agora, ao que antes desdenhavam e até deprimiam; não faz sombra a ninguém o cipreste; o capaz de brandir ferro, tantas vezes envenenado, na luta feroz da existência, larga-o para baloiçar turíbulos. Rubricas gloriosas só em epitáfio; não se consintam aos presentes. Quem no discurso duma vida inteira se viu de contínuo alanceado, ora das harpias cravadas no pescoço, ora das serpentes de Lacoonte entrançadas no pulso, ora das alfinetadas a dissecar-lhe o tendão de Aquiles, morra de fronte nua; coroa, a de espinhos, que a de louro, só a caveira há de cingi-la. Hossannas, só quando há a certeza de que já se não ouve, de que a caixa do tímpano é ninho de guzanos; e sorte teve ainda na vida de além-túmulo, se lhe confirmam esse quinhão de glória; porque, nesta pátria

única nas ingratidões, não se furta só a glória aos vivos, até aos mortos se ratinha. O sudário é pesado e opaco como o chumbo do caixão.

Não sei nem digo que esta má psicologia colectiva se aproposite inteira para o Sousa Martins de ontem e de hoje. Parece até que factos recentes vêm mostrar uma tendência nova, o despertar dum espírito de justiça a clarear as negruras do nunca assás danado olvido lusitano.

Mas o que se não diga, é que nós aqui, romeiros de homenagem a uma ilustração, somos apenas dos turiferários do *requiem æternum*. O primeiro acto de vida da nossa Sociedade foi uma oblata ao grande médico; o nosso primeiro vagido foi uma saudação ao eminente representante de Portugal no congresso de Veneza, onde o nosso país viu um filho seu barba por barba com o melhor que lá mandou a Europa culta.

Por mim não venho planger nenias de encomenda. O meu tributo, humilde mas desinteressado, dei-lho em vida, e dei-lho com a firmeza dum crente e a efusão dum entusiasta. Tracei-o em linhas escurecidas como a mão e a pena donde vinham, mas onde fosforecia o coração que as ditava. Subjugara-me aquela superioridade grandíssima, e dizia-o com o calor da verdade que se compraz em si mesma.

E nessa estesia de todo o sentir com que tamanho homem me avassalara, até não faltava a gratidão. A gratidão, nem já sei, se esta palavra tem hoje usança condigna. Supô-la desenraizada do coração alheio, seria injúria feroz; mas quando ela assoma aos lábios recalca-se para o peito. É desaire proferi-la, e não sei até se professá-la, por snobismo de independência, por temor de abjecção; que não vá toldar os entendimentos áticos ou arranhar os caracteres pespontados. Seja para as almas servis o dizê-la.

A que eu nutria, vinha entre outras causas, dumas frases escritas, que por um momento me estremeceram de júbilo íntimo que não foi de imbecil vaidade, porque nunca ninguém as ouviu nem soube.

Conta-se que Sousa Martins, ao voltar da visita solicitada pelo Bouchard, não tivera mão em si que não proferisse esta frase reveladora: «Ora passei meia hora que me consola de muitas injustiças e dissabores». Sousa Martins experimentara essas dores de alma, as da sem razão mesquinha. Se a ele nem

à consciência da sua grandeza lhas linimentava, quanto não serão cruéis para os mais pequenos?!

Non ignarus malis, socorria os míseros com palavras de elogio e de incentivo, por toda a parte onde via o vestígio duma aptidão e duma vontade. E quem uma vez as colhia daquela boca, tão verdadeira como generosa, sonhava ouvir o anjo da anunciação, e sentia-se invulnerado para todos os martírios e torpezas.

Meus senhores: Quando evoco a figura inânime de Sousa Martins, mal posso compreender que aqueles lábios, donde se desatava o caudal da palavra, se pregassem para todo o sempre. Acode-me a passagem mística de S. Paulo sobre o primeiro justo: *Defunctus adhuc loquitur* — depois de finado fala ainda. Imagino que se não quebrou o encanto daquela voz sem par que calava todas. Singular condão, e tal que por muito que se engrandeçam as qualidades sobrelevantes de Sousa Martins, era de todas a eloquência a que mais lhe preluzia e mais o caracterizava. *Erat verbum* — era o verbo feito homem.

Nada mais belo que vê-lo e ouvi-lo, quando se lhe incendia a frase. A boca franzida em omega, a boca de oiro, desprendia-se em modulações fonéticas, tanto em destaque sobre o palavrear comum, como um trecho de Wagner sobre o vosear das multidões. E na cabeça transfigurada estacava-se o cabelo ouriçado em efluvio como se o cérebro subjacente na atrição velocíssima da ideia e do verbo fosse foco de potencial eléctrico.

A zona do hemisfério. donde borbulha a linguagem, devia ser alentada em circumvoluções; que pena que se não examinasse *post mortem* aquele encéfalo privilegiado, é de presumir que, como no de Gambetta, lhe avultassem em aleijão hipertrófico as pregas da linguagem. Só num Mongibello podia escachoar aquela palavra vulcânica que não nos refegos vulgares de qualquer crosta.

Máquina poderosa de emissão de fonemas, tangia-a e animava-a um espírito onde a actividade intelectiva se elevava ao máximo, onde as riquezas da ideação se não esgotavam nunca. O seu falar era a corporalização bizarra e imaginosa do pensamento; nem laivos sequer dos ingranzeus de retórica assoprada, ou das hidrorreias de palavra chilra. Não que Sousa Martins extensa e intensamente se cultivava; talento de pujante enver-

gadura, não encontrava limites de capacidade; a locução era o ducto por onde soberbamente se partejava a fecundidade assombrosa da inteligência.

Não havia ali intercandências; constantemente uma espontaneidade inexaurível, uma facilidade inverosímil; nem padecia das quebras de Cícero, nem precisava dos tratos de Demostenes.

Não escasseiam neste país meridional duma língua sonora e bela, eficaz para mover e doce para pronunciar, como dizia o clássico, oradores de pulso. Há-os de toda a gama — oradores clássicos e académicos, modernos e veementes, singelos e embrincados, sugestivos e dialécticos. Mas Sousa Martins, salvo o efeito oratório, que não podia ser maior, tinha uma naturalidade de emissão e uma prontidão de improviso em tal grau que não creio que não tenham sido jamais excedidas por orador algum. Por toda a parte onde tinha de desprender a língua, nas lições da cadeira, na discussão académica, ou na palestra das rodas, por toda a parte era o mesmo, sempre facundo, sempre brilhante.

Ora duma exposição lúcida de ensino, no melhor feitio didascálico; ora em lances de arrebatamento vibrante, quando o entusiasmo por uma doutrina, por um descobrimento, o empolgava; ora em dialéctica cerrada, ilaqueando o contendor nas volutas da argumentação; ora esfusiante de graça, tão peculiar à sua feição, ou soberbo de ironia percuciente; ora em pareneses de sabedoria como um catequísta, ou em unção religiosa a consolar doridos.

Do tom mais familiar ao mais patético, nunca se lhe viu fazer gala do dom que o estremava; nem atitudes hieráticas, nem posturas de pontificado. Não calçava os coturnos altos de grandeza teatral; livelava-se com todos; nem forçava ninguém a trepar ao estrado do seu trono para admirá-lo ou dobrar o joelho. Nunca se enfeitou do preponderantismo, que tantas vezes macula os possuidores de engenho; e nesta isenção regeitou anfiteatro talhado à sua voz demosténica. Auditório queria o dos seus discípulos, dos seus colegas, dos seus amigos e até dos seus clientes. Despontando do peito as garras do abutre da ambição, não desbaratou na praça pública a palavra, que como a do Sinai, podia dominar o estrondear das multidões.

E, porque repudiou a popularidade da populaça, não assombrou os presentes, nem durará nos vindouros, o seu gigantismo oratório. Um delicado do sentir e do pensar, fugiu de manchar

as plantas nestes ágoras baratos, onde há o risco de puluir o carácter, rebaixando-se, ou a inteligência, mentindo-se. A multidão ignara só se volta para os que não temem sacrificar-lhe, quando seja oportuno, a verdade e o bem em holocausto ao seu Moloch infantil e maligno.

Jogando a palavra em efeitos retóricos tão aventurados por vezes que roçavam pelo preciosismo, jamais caia na pecha dos que tanto se requebram e modulam que se ficam namorados da própria sereia, a escutar-se a si mesmos com afagos de sensualidade solitária; nesse onanismo estéril e vergonhoso nunca se derreou a sua máscula e sincera eloquência.

O que neste extraordinário fraseador sobretudo deslumbrava, a alma mesma do seu discurso, era a mais lata compreensão e variedade que dar-se pode. Possuía uma milagrosa faculdade de associação de ideias, um automatismo mental inigualável. A chamada de uma idéia abalava-lhe a mente até aos últimos recantos; e num relance mágico toda aquela chusma de coisas, similares ou opostas, antitéticas ou dispares, emparelhadas ou discordantes, ordenavam-se a compasso feérico, e deslisavam céleres e ajustadas no cinematógrafo colorido da expressão.

A esfera intelectual, na rede indestrinçavel das nevronas, era-lhe como complexíssima teia de aranha subtilmente trabeculada: tocado um fio tudo se abalava, a vibração propagava-se até aos últimos filamentos, e a psique sempre vigilante rompia, como a aranha, por todo aquele dédalo direito ao fito.

Sempre vigilante, sim; isento das dormitações de Homero, não sei porque prodígio cerebral, o seu espírito como incansável sentinela, estava constantemente apercebido, sempre armado e sempre em exercício. A cópia verbal que era senão a ejecção deste motu contínuo de cerebração? Tal o espadanar da farinha na mó da azenha a que nunca falta o tanger possante da cal do açude, nem o cereal a cair grão a grão da calha.

Por muito expressivo que seja este simile comesinho, que pinta o trabalho útil e afanoso de Sousa Martins a fabricar e distribuir o pão da ciência, não alcança o lado excepcional e monstruoso até da sua mentalidade.

Há aí o que quer que seja de grandeza por aberração mórbida — uma produção teratológica, um estigma daqueles que a natureza imprime, quando nos seus largos movimentos de balança, em vez de rebaixar o indivíduo à degeneração do

infra-homem, o projecta à sumidade do super-homem hipergenerado. Estamos na medicina antropológica e psicopática, capaz de inventar-nos terminologia arrevesada para etiquetar estes desmandos funcionais. Um caso, diria a tabela, de *hiperlogia* ou de *hiperfrasia*, nutrida de um delírio contínuo de concepção ideativa. Sim, talvez que toda aquela loquela, escadeada em resaltos imprevistos, recortada de surprezas, esmaltada de paradoxos, de imagens e aproximações estranhas, tocada de percepções visionantes e de relanços alucinados, toda aquela mescla demoníaca e fascinadora, talvez fosse um verdadeiro delírio. Mas delírio genial, delírio que explodia e rebrilhava sem consumir, como a sarça ardente de fogo imaculado, por onde o Deus de Moisés se comunicava ao ouvido humano.

Quem tanto e tão bem falou, pouco relativamente escreveu; a posteridade seria defraudada nos quilates dum grande espírito, se o escol dos seus contemporâneos e amigos não tomasse sobre si modelar para os vindouros a sua escultural figura. Reduzida a gráfico, empanava-se o brilho ao discurso; nas linhas escritas mal se vislumbrava a Sibila, o *Est Deus in nobis* do orador inflamado — fenómeno tantas vezes notado em homens eloquentes e particularmente naquele que passa por ter atingido a culminância da oratoria portuguesa neste século. Arrefecia o calor nativo, que ele teve a ilusão de supor vivido na homenagem publicada a Pasteur. Até o que tão bem acertava na frase acústica proferida no ardor da improvisação, parece que às vezes desmanchava na frase visual.

Quando pegava da pena, e só de ocasião o fazia, ainda se escorçava o orador, mas não lhe era tão de feição como a língua. Por alevantado que façam o escritor, e não podia deixar de sê-lo, o Sousa Martins escrito, é apenas uma imitação do Sousa Martins falado. Também estranho fora que duplo Prometheu, roubasse o trovão que resoava na palavra de José Estevão e o raio que coriscava na pena de Camilo.

Parecerá, meus senhores, que neste relancear da individualidade de Sousa Martins, ando só rastejando pelas suas faculdades literárias e artísticas, feito um Brunetière subalterno, como se o homem não tivera senão um conceito exotérico, e a arte letrada fora a alta finalidade da sua existência. Artista e letrado, foi-o e refinado e raro; artista de hoje em dia, por

diletantismo e compreensão, por gosto estético e alimento intelectivo. A nada alheio abria ávido os olhos e os ouvidos a todo esse magnificente cenário, a toda essa colossal sinfonia, em que se desdobra o cultualismo humano actual, tão ousado que parece eclipsar a obra mítica dos titans e abalar lá no alto a grandeza divina.

Mas os seus prodígios de educação e de apreensão, que o punham a unísono com o progresso universal, acorde que só podem rastear os espíritos selectos, as suas virtudes múltiplas ou promanadas duma cultura febril ou ingénitas por natureza feliz, tudo convergia, até nas suas divergências. a um centro comum e unívoco — à **Medicina**.

Todo aquele acumulo ciclópico de arte e de inteligência, que figura uma pirâmide faraónica de larga base e sólido aparelho, acuminada em diamante, era sagrado à medicina; lá no íntimo recesso, seu o altar, seus os penates. A medicina, sim, o centro irradiante do seu cérebro, a fibra mais delicada do seu coração.

Amava-a numa obsessão fervente, e nesse amor se resume toda a sua vida de obreiro malogrado; por ela viveu e morreu, como um fanático e um mártir.

Amava-a como *ciência*, — a ciência sem par, digna de jerarquia que lhe assinou Comte no vértice da enciclopédia de todo o saber — a ciência-mãe que a todas fez tributárias e a todas fecundou, porque é o homem físico e mental o ponto de partida e de chegada de todo o conhecimento — a ciência militante por excelência, a mais reverenciada e culta, com um mundo de obreiros a servi-la de contínuo, numa aluvião de descobrimentos e numa produção literária, que à de todas juntas excede.

Amava-a como um sábio e um filósofo; só o seu caudal soberbo lhe podia atenuar a sede do saber e da verdade. Formara na primeira fileira dos seus acérrimos soldados, mas sem posto fixo circulava por todas as trincheiras, onde novos domínios se conquistam. Movia-se resolutamente por esta campanha imensa, onde se alastra numa complexidade e vastidão, quase inabarcáveis, a medicina moderna.

Pasmava-me que ele tivesse tempo e capacidade para aguentar a apojadura diluvial duma ciência que prodigalisa e desbarata de tal forma os seus materiais, que é pretender o impossível o possuí-la toda. Nada o encontrava alheio; engolfava-se logo nas plagas últimas que o andar da patologia descobria e franqueava.

Rompem a nevrologia e a psiquiatria no escudo da experimentação e da observação, talha-se uma patologia nova, fecunda para a clínica e duma larga esfera de aplicações às ciências afins da medicina; Sousa Martins assimila de chofre toda essa ciência novíssima dos Charcot e dos Kraft-Ebing. Ameaça o bisturi vasar as cavidades viscerais, à busca de lesões operatòriamente remediáveis perante a impotência reconhecida dos meios médicos: Sousa Martins apostóla a cirurgia aventurosa e aprende a contá-la entre os seus indicados terapêuticos, sem favonear porém os abusos da *vis secandi*. Esboroam-se a fraseologia e os temas de caduca patologia geral; toda a patogenia se reconstrue *ab imis* pela bacteriologia revolucionária e triunfante: Sousa Martins jura com entusiasmo a religião dos Pasteur e dos Koch.

Compreensão omnímoda, capacidade sem fundo, elevação sem metro, perene renovamento de espírito — e por sobre tudo, o alado soberbo e a vista aguda, como o condor, que ora poisa a garra na planura, ora fita o sol por sobre as cristas altíssimas dos Andes.

Que hombreasse em eloquência médica com um Paget ou um Virchow, não é pouco; mas ele era quase um Stahl ou um Boerhaave, que no seu tempo abrangia uma faculdade inteira.

E como se fora ainda parco gôle este manancial de instrução, não se nutria apenas de coisas médicas; seria faltar aos deveres de uma inteligência ubérrima, aos interesses da própria medicina, que ele engrinaldava bizarramente de filosofia e literatura.

Amava-a como *arte*. Excedia na habilidade do diagnóstico, a qualidade primacial, com que o grande clínico conquista, segundo diz Bouchard, a admiração dos colegas.

A sua enfermaria do Hospital de S. José era uma romagem; não podia haver clínica mais douta nem mais sugestiva. Prestes e perito na inquirição formava o sumário do enfermo com uma rapidez e uma segurança assombrosa; ninguém despojava um doente, desculpe-se o galicismo, nem com mais método, nem com mais elegância, nem com menos tempo. O diagnóstico saltava firme, passado à fieira duma experiência esclarecida e do conhecimento estreito das modalidades mórbidas.

Tinha a raça dos grandes mestres de clínica, dos Traube e dos Freirichs, expunha com a magnificência dum Trousseau, e perfilava um doente em traço indelével com o pincel dum Areteu e dum Hebra. Todo meticulosidade, todo análise severa

a ponto de examinar a urina de qualquer enfermo novo para não cair, como tantas vezes lhe sucedera, dizia, no logro de uma albuminúria latente, coloria todo o seu trabalho com uma galhardia e uma graça inimitável. Ponham um Voltaire, inscrito num Galeno, a fazer clínica, tal me parecia ele.

Com que *vis comica* nos retratava o caso do sacristão afectado de paralisia saturnina à força de pitadeiar meio-grosso em pacotes de chumbo, ou do pastor, que endoidecera quando um lobo lhe devorou a cabra predilecta com que bestialmente se contubernava.

Tudo uma beleza e uma perfeição, um tesoiro de ciência e arte! O mais impertinente criticaria apenas a precipitação às vezes do processo, a preocupação do último figurino patológico, e enfim aquele matematismo lógico da diagnose e da terapêutica, a facilidade do mestre a inculcar no neófito inexperiente imitações perigosas.

Amava-a até como *profissão*, a ela a mais ingrata e aculeante. Contra as maiores misérias profissionais armara-se ele de todos os arnezes. Tinha a fé robusta nos recursos da arte; punha denodadamente em jogo todas as armas da terapêutica, que conhecia e manejava a preceito. Ou vitorioso pela sua estratégia curativa, ou vencido pelas leis inexoráveis da patologia, a voz da consciência indicava-lhe sempre o dever cumprido. Encarniçava-se contra o mal, e toda a sua vida foi uma peleja contra as grandes moléstias extermináveis, o açoite das epidemias e a dizima da tuberculose. A sua propaganda e os seus esforços, dentro da medicina colectiva, da medicina social, são talvez o seu mais belo título de glória profissional.

Sustinham-no a fé e a esperança, impelia-o a caridade. Todo abnegação e misericórdia, compartia das dores alheias. Consagrava-se de corpo e alma ao sacerdócio da redenção do mal; falharia a cura por impotência, mas não a devoção do alívio, a consolação dos aflitos. Visitar os enfermos foi-lhe uma predestinação religiosa, uma fé jurada e inquebrantável. Com que unção e carinho não tratava os pobres enfermos do hospital! Repetia a bondade suavíssima de Cristo a ameigar crianças, a afagar leprosos.

Tudo quanto a palavra pode dar ao clínico para afogar por sugestão os terrores e as fraquezas da doença, toda essa fascinação angélica e minoração de angústias, que o homem acalcanhado

pelo mal, só a Deus pede e ao médico, exercia-a Sousa Martins na sublimidade da sua missão providencial.

A quem quer que fosse, sabia ageitar consolações. Recordo-me de Camilo quando á sua ciência recorreu esperançado, dizer-me tempos depois de perdida a fé num restabelecimento impossível: «As drogas que ele me faz ingerir, deixam-me na mesma. Ao menos goso todos os dias do melhor quarto de hora de cavaco, que tenho encontrado». O grande escritor exaltava o conversador, tão enciclopédico como Diderot e tão colorido como Gautier; e exaltava-o ele que conversara outrora aqui no Porto com dois exemplares raríssimos do médico douto e espirituoso, o Luis Antonio e sobre tudo Câmara Sinval.

Este encontro fortuito dos dois, como que mos aproximara também espiritualmente. Entre os meus ídolos, daqueles que todo o homem de afectos intelectuais agasalha no espírito, acolchetei este par — Sousa Martins e Camilo.

Lembram-se que o eminente Manuel Bento de Sousa no célebre panegírico de António Maria Barbosa, que fez estremecer de aplausos a medicina lisbonense, traçou paralelo entre os mestres da cirurgia e os mestres das letras: — Lourenço da Luz compara-o a Herculano, Magalhães Coutinho a Garret, Barbosa a Júlio Diniz. Não será muito menor temeridade acarear de par um romancista e um médico? Um enquadra as cenas da vida social, outro as da vida mórbida; ambos registam observações, ambos retratam o homem miseramente ensarilhado nas aventuras do mundo ou a debater-se nas garras da moléstia.

Daudet, ao oferecer o romance *L'Évangeliste* ao seu amigo Charcot, dizia dedicar-lhe uma observação; o mundo não passa de uma Salpêtrière mais vasta e de mais incongruente patologia. Há páginas no sublimemente bárbaro Tolstoi feitas do estertor dos agonisantes e do dissecar dos cadáveres. Tudo afinal são desmanchos e podridões da triste humanidade; e quando se vai buscar a estrema que aparta os desconcertos morais dos físicos, não se encontra. E ninguém o sabe tão bem como nós os médicos, os confessores de todos os desvios e desgraças tantas vezes entrançadas na doença. Mais de meia patologia reflecte a crueldade etiológica das emoções cruciantes, das agruras do trabalho, da miséria e dos vícios, das vicissitudes do amor e de todas as paixões empolgantes. Tudo quanto obsedia o homem, vem a estalar numa mazela; e inversamente a sua vida exterior

anda travada com a calceta patológica, que ele ou os seus lhe soldam ao artelho ulcerado. Foi por esta brecha luminosa que a medicina, por toda a parte invasora, irrompeu no campo do romance e da história.

São, pois, bem paralelisáveis, podem bem estalonar-se o romancista e o médico, ambos de registro aberto sobre as fraquezas humanas, tão reversíveis umas nas outras que às vezes se fundem na mesma página.

O médico Sousa Martins e o romancista Camilo, acolchetara-os, disse eu, na minha admiração íntima. Um catava os feitios e os vícios da sociedade portuguesa numa observância prescrutadora, o outro esmerilhava todas as espécies e modalidades mórbidas que individual ou colectivamente à flux nos acometem; um e outro se devotaram inteiros à tarefa, sem um dia de descanço, e com tanto ardor que sucumbiram em plena luta, consumido um, pela tísica pulmonar, mirrado o outro pela tísica dorsal; um e outro gosaram do maior poder de expressão atingível pela locução do homem, um a máxima eloquência falando, outro a máxima eloquência escrevendo; um e outro armazenaram colossalmente conhecimentos e saber, numa erudição pasmosa; um e outro eram descendentes de Voltaire no desentranhar da graça, no jogar da ironia irresistível; um e outro se mantiveram toda a vida fiéis à sua vocação, sem deserção nem desfalecimento, um dentro da medicina, outro dentro das letras. Ambos de supremo talento, ambos tocados de génio, separava-os a afectividade, um era um crente, outro era um scéptico; mas irmanaram-se ainda no destino. Produtos do torrão natal, o melhor que nele tem desabrochado, um no romance português, outro na medicina nacional, ambos se veriam esculpidos na tábua de oiro dos grandes escritores e dos grandes médicos do universo, se berço lhes não fora esta pequena e estreita pátria portuguesa.

Meus senhores: Uma personagem simbólica de Ibsen, Brand, exclama num tom de apóstolo: «Como a árvore que mergulha as raízes na terra, um homem deve apoiar-se no solo natal; se ele não dá alimentos à sua actividade, estéril e condenado fica nos seus actos e palavras». Mais estéril e condenado, direi eu, será aquele que não reverteu palavras e obras ao seio da mãe-comum; que não bicou intemerato o seio de pelicano e do próprio sangue nutriu a sua grei.

Fecundo e exaltado foi, pois, Sousa Martins que tanto rasgou as próprias veias em prol comum. Mestre pela altura do seu valor, mestre pela intensidade do seu trabalho, mestre pela probidade dos seus processos, volveu-se num evangelho de disciplina moral e científica da classe médica portuguesa.

Centro de atracção, fizeram-lhe pleiade discípulos seguidores; consolidou-se naturalmente uma hegemonia tão espontânea no chefe, como nos adeptos; e a falange marchou doravante ao som daquela palavra de profeta, guiadora como a coluna de fogo para a terra de promissão.

Ao homem que, perguntando quem seja, responder com o *ninguém* de Frei Luís de Sousa, se humilde, é um honesto trabalhador, se grande, já nem há termo que qualifique a simplesa imponente da sua magestade. Orientador geral dos espíritos por *vis insita* e por corrente inevitável, não há que imaginá-lo de sólio e ceptro, ele tão modesto e sincero, ele o inimigo desapiedado do desenfreio dos pedantes. Aos vendilhões do templo, que se acotovelam no supedâneo de Hypócrates a agarrar um traço de glória postiça para amoedá la em ganâncias torpes; o mestre não os enxotou a braço forte com o tagante das cóleras exterminadoras; mas lanhou-os com o sarcasmo crú e salteou-os entre risonho e indignado na polé da ironia.

Com que finíssima graça me dizia, há anos, ao unhar estes títeres que desmancham em contorsões a ver se apanham a notoriedade e a espórtula: Os exibicionistas de Lasègue não são só os que amostram as partes genitais; há também exibicionistas das partes cerebrais, ratões que andam com as circunvoluções à dependura a forçar a admiração das gentes, e arremetem furiosos às punhadas contra os que se arredam de tal impudência».

A estátua de Sousa Martins aí fica erecta como paládio vingador contra essa raça funesta de charlatães com ou sem talento, que por aí voga, como cabeça de Meduza que não podem afrontar os dragões rompentes.

Se é uma deontologia viva a sua biografia inteira, se ensinou e professou a modéstia, a honestidade, a direitura de ânimo, não menos arcou com o esforço supremo de projectar a medicina da sua terra nas calhas do progresso. Este ressurgimento, que, há perto de vinte anos, se opera auspicioso na ciência portuguesa, a ele mais do que a ninguém se deve, diga-se bem alto, a Sousa Martins, o reformador denodado. Anciava por livelar-nos com

os países donde vem toda a luz, que tão esmorecida e tardia cá chegava. Ninguém, como ele, compreendeu a gravidade deste momento histórico em que a medicina se ia de tal arte atrazando, que fazia pensar em tempos outros, quando ficáramos sequestrados numa imobilidade nociva e ridícula.

Expressarei quanto ele marcou na estrada do progresso, dizendo que na evolução médica portuguesa deste século há dois períodos; abre o primeiro Manuel Constâncio, e rompe o segundo Sousa Martins, os dois pioneiros que rasgaram a Portugal o rêgo caudaloso e fecundante da ciência.

Seja com a consciência deste início cíclico que se soerga o bronze modelado à testada da Escola de Lisboa. Mas seja um dos humbrais do seu pórtico; o outro, porque não hei-de dizê-lo? — pertence — todos adivinham a quem — a Manuel Bento de Sousa. Façam *pendant* os dois, os Castor e Pollux do nosso firmamento médico.

Cabouquem-lhe os alicerces, alcem-lhes as frontes grandíloquas, fitem-nos como dois pilones gigantescos no ádito dum templo; e saibam que um século será pouco decurso para que da nossa pátria médica desabrochem duas cabeças assim!

Meus senhores: Em belo pensamento disse Aristóteles, que a dignidade dum ente se afere pela grandeza da sua tarefa e aumenta com a extensão dos seus deveres. Krischna no Marahbarata preceitua que há a executar a obra a cada um designada na terra, conforme a posição, e a cumprir o dever social, indiferente ao mérito das coisas terrenas.

Se a verdade eterna fala pela boca dos imortais fautores da sabedoria, que tentaram guindar o homem até ao ser infinito, como meta das suas aspirações mais elevadas, à luz de tal verdade que alumiou uma vida, esse que passou, é em toda a força moral, social e religiosa do termo, um justo e um eleito; é daqueles em que o barro humano emerge do lodo da terra e se transubstancia na essência superior e indefinível dos que povoaram a suma série dos heróis, dos agiológios e dos grandiosos vultos da humanidade.

Outrora a nossa profissão, à moda de todos os misteres medievais, tinha patronos canonizados, os pristinos colegas que levaram de par as palmas da arte e as do martírio cristão. O vento iconoclasta varreu as imagens obsoletas; mas o ideal

não morre, e hoje nossos oragos profanos serão aqueles que mais alto professaram a religião da medicina, a religião da sua ciência, a religião da sua caridade.

Sousa Martins, ente superior dum país e duma classe, seja agora o nosso ungido; e em comunhão contricta enderecemos-lhe esta saudação que é um voto e um credo, e prece mesmo se os espíritos redivivem no divino pleroma.

Bendito seja o teu nome, que foste um sábio e um santo — Venha a nós o teu reino da verdade e da virtude — Faça-se a tua vontade, o ideal da nossa ciência e da nossa profissão — Ensina-nos a ganhar o pão nosso de cada dia honradamente e de consciência limpa — Livra-nos de todo o mal, desde o que de dentro de nós nos trai as intenções, ao que de fora iniquamente nos persegue. — E antes de adormecermos como tu no sono eterno, que nos toque uma partícula da graça infinda, que fez de ti um bemaventurado.

RICARDO JORGE

Compromisso Deontológico da Ordem dos Médicos [1]

Pela importância da doutrina que encerra, conjunto das normas eternas que regem a ética das actividades médicas, sem exclusão das sanitárias e médico-sociais, tanta vez expostas a ataques e a dúvidas de quem não conhece a nobreza da profissão médica, regista-se neste lugar o Compromisso da Ordem dos Médicos, *contribuindo assim para a sua expansão e culto pelos seus princípios.*

A profissão médica, pela complexidade, responsabilidade, elevação e subtileza das suas funções, requere, para quantos a ela se dedicam, a concessão de especiais direitos a par da imposição de muitos e diferenciosos deveres.

A colaboração dos médicos nos múltiplos sectores da vida social; a sua interferência nos problemas vitais da sanidade pública e particular; a diversidade de interesses afectivos, morais e até materiais em que são chamados a intervir nas suas relações com o viver pessoal e familiar dos doentes, e o indispensável respeito e solidariedade que os médicos devem manter entre si, têm de restringir, necessàriamente, a sua liberdade individual para não prejudicarem os direitos de outrem, para não comprometerem as utilidades que a sociedade aufere do exercício da medicina, para não contrariarem os esforços dos que porfiam pelo aperfeiçoamento da sua missão, para não promoverem o descrédito da colectividade de que fazem parte.

---

(1) Aprovado em sessão do Conselho Geral de 6 de Agosto de 1939.

Andam inscritos, nas leis de todos os países civilizados, alguns dos deveres impostos aos médicos. Mas pela sua feição particular, ou complexa subjectividade, outros há que dificilmente poderão converter-se em articulados de lei. Correm porém, sob o nome de Deontologia médica, expressos numa codificação convencional, mas de feição imperativa, porque se destina a imprimir carácter moral e profissional.

São aceites e acatados, como se fossem lei, pelo unânime consenso dos que sabem respeitar-se, respeitando os legítimos direitos e interesses alheios, e constituem uma necessidade tangível de que nenhum médico poderá abstrair sem concorrer para o próprio desprestígio e para o da classe a que pertence.

Cabe à Ordem dos Médicos não só a competência mas ainda a obrigação de dar objectividade aos preceitos de Deontologia médica adaptáveis ao nosso País e de os converter em normas de procedimento para os membros da mesma Ordem.

Dignificante será que a acção preventiva de tais normas por completo suprima a necessidade do recurso à coerção disciplinar de que a Ordem legìtimamente poderá valer-se.

Contém o presente documento, para elucidação e observância de todos os membros da Ordem dos Médicos, os preceitos deontológicos acima referidos.

Apropriadamente lhe foi dado o título de «Compromisso Deontológico». Sancionado pelos corpos dirigentes da Ordem, por força do disposto no n.º 3 do Art.º 33.º do Estatuto da mesma Ordem, equivale, apenas com ligeiras alterações de pormenor, ao «Código Deontológico» há poucos anos votado pelas três extintas Associações da classe médica do País, ou seja pela maioria dos médicos portugueses.

CAPÍTULO I

O médico e a sociedade

I — Considerações gerais

Art. 1.º — A importância social que o médico dia a dia vai adquirindo pela acção que exerce na higiene pública, na jurisprudência, na pedagogia, nas múltiplas formas da assistência

social, à medida que nobilita a profissão, aumenta consideràvelmente as suas responsabilidades.

Art.º 2.º — A responsabilidade moral do médico é tão extensa como é limitada a sua responsabilidade legal. Esta razão exige, para o exercício da medicina, um conjunto de qualidades que para formarem o carácter profissional têm de ser cuidadosamente cultivadas durante o tirocínio escolar.

Art.º 3.º — Para exercer conscienciosamente a sua profissão carece o médico de adquirir a vasta cultura e educação técnica, indispensáveis para o exercício da clínica.

Art.º 4.º — As funções públicas incumbidas ao médico devem ser desempenhadas sempre com ciência e consciência visto que com elas se prendem importantes interesses sociais. E, quando a lei o consinta, a escusa por incompetência é recomendável e credora de respeito.

Art.º 5.º — Pela natureza da sua especializada missão, pela sua cultura geral e profissional, o médico deve representar, e de facto representa, o maior ou um dos maiores valores morais e espirituais no meio em que vive. Não deve por isso esquecer-se de que a sua conduta individual valerá, como sugestivo exemplo, para os que o rodeiam e virá a reflectir-se sobre o prestígio da própria classe.

Art.º 6.º — O médico deve ir contribuindo, com prudência e persistência, para a educação higiénica do povo, dando assim uma prova eloquente da utilidade da medicina e do espírito altruista que a domina.

II — O médico e as organizações onde presta serviço

Art.º 7.º — É vedado ao médico aceitar qualquer cargo numa corporação que imponha, nos seus estatutos ou regulamentos, obrigações incompatíveis com os princípios consagrados pela moral profissional.

§ *único* — As restrições feitas pelo Estado à observância desses princípios têm de ser cuidadosamente apreciadas pela Ordem, pois o Médico, individualmente, não tem qualidade jurídica para lhes fazer oposição.

Art. 8.º — O médico deve contribuir, o melhor que possa, para o progresso dos serviços clínicos das colectividades que lhos confiaram, competindo-lhe evitar que lhe sejam aproveitados

esses serviços para fruição de ilegítimas vantagens, prejudiciais ao seu prestígio e aos seus justos interesses.

Art. 9.º — Quando uma entidade praticar actos, ou inserir nos seus estatutos ou nos seus regulamentos disposições que vão de encontro às regras deontológicas, os membros da Ordem que dessas infracções tenham conhecimento deverão imediatamente informar o respectivo Conselho Regional que tomará ou solicitará as providências que caibam na sua alçada ou na dos outros organismos da Ordem.

CAPÍTULO II

O médico e o doente

I — Regras gerais de conduta

Art. 10.º — Se a dignidade e a natureza da profissão impõem ao médico o dever de prestar solicitude, cuidados e atenções, a todos os doentes, seja qual for a sua categoria social ou a situação de fortuna, também o não aconselham a que se escravize a caprichos, principalmente se estes se escudam na remuneração de serviços.

Art. 11.º — O estudo psicológico do doente contribui muito para firmar a autoridade moral que o médico tanto carece de exercer, e que poderosamente concorre para a eficácia do tratamento.

Art.º 12.º — É o médico o único juiz competente para regular a assistência que convém a um dado caso clínico e, portanto, só a ele pertence decidir da oportunidade das suas visitas. Terá, porém, de transigir muitas vezes com as condições do meio, situação do doente e disposições individuais.

§ *único* — A incurabilidade da doença não justifica o abandono do doente. O médico praticaria uma falta grave, porque ia prejudicar um dos mais belos atributos da profissão: consolar e aliviar quando se não pode curar.

Art. 13.º — A idade, o sexo, a condição social do doente e a natureza da doença são elementos que se devem ter muito em conta quer na maneira de conduzir o exame, quer nas prescrições a fazer, o que demanda muito tacto, brandura, atenção e paciência.

§ *único* — Nas observações de doentes do sexo feminino, especialmente tratando-se de exames ginecológicos, é conveniente,

quando a doente se não oponha com motivo justificado, que assista uma pessoa de família, ou estranha do mesmo sexo.

Art. 14.º — A maior prudência no diagnóstico e as maiores reservas no prognóstico são preceitos que o clínico nunca deve esquecer.

§ único — Insinuar no espírito do doente ou da família uma gravidade que a doença não tem, assim como a promessa formal de uma cura quase sempre falível, são actos raríssimas vezes justificáveis e inculcam quase sempre intuitos de charlatanismo.

Art. 15.º — O médico deve à família do doente toda a verdade sobre o seu estado, quando circunstâncias muito ponderosas a isso se não oponham, mas cumpre-lhe ser muito avaro de informações para os estranhos afim de não alimentar curiosidades, em geral tão impertinentes como prejudiciais.

Art.º 16.º — A revelação feita a um doente da gravidade do seu estado, quando as necessidades do tratamento ou a defesa de respeitáveis interesses a reclamem, deve cercar-se de todas as precauções aconselhadas pelo exacto conhecimento das disposições morais do doente.

Art.º 17.º — O médico deve ser extremamente escrupuloso na escolha dos meios terapêuticos. Não deve pecar nem por snobismo, nem por misoneismo e, sobretudo, não deve realizar nos doentes que se lhe confiam operações ou experiências arriscadas, quando as não justifique a gravidade da doença e, sempre que seja possível, sem o consenso de outros colegas.

Art.º 18.º — Nenhum doente na plena posse das suas faculdades mentais deve ser operado sem seu consentimento.

§ 1.º — Quando uma intervenção de qualquer natureza faça correr sérios riscos à vida do doente, este, tanto quanto as circunstâncias o permitam, deve conhecê-los, e pelo menos a família não os pode ignorar.

§ 2.º — Do mesmo modo se deve proceder quando se tentem operações que, embora isentas de gravidade, sejam de resultados muito duvidosos.

Art.º 19.º — Deve ser evitado, num doente incurável, todo o tratamento que não tenha por fim suavizar-lhe a existência.

Art.º 20.º — A sobriedade em terapêutica é uma qualidade apreciável sempre; a escolha dos meios de tratamento mais simples e económicos constitui uma obrigação moral, quando as condições do doente a exijam.

Art.º 21.º — É da maior conveniência instruir pacientemente as pessoas encarregadas da enfermagem, de modo a cumprirem com exactidão as prescrições estabelecidas, havendo toda a vantagem em que estas fiquem escritas e bem legíveis.

Art.º 22.º — O médico deve inspirar-se na maior tolerância perante as convicções de um doente, principalmente em matéria religiosa, abstendo-se de toda a manifestação irrespeitosa, ou obstando por qualquer modo à satisfação das suas crenças. Uma neutralidade completa tem de ser a sua norma de conduta.

§ *único* — Cumpre-lhe ainda abster-se de toda a intervenção em questões de família, salvo se o interesse do doente a tornar indispensável e lhe for expressamente solicitada por pessoa competente.

Art.º 23.º — Todo o doente tem o direito de mudar de assistente, e é conveniente que o faça havendo uma quebra de confiança; não deve o assistente, por tal motivo, levantar oposição a esse desejo, quando lhe seja expresso, e a dignidade profissional aconselha a preveni-lo, à menor suspeita.

Art.º 24.º — Quando um médico for preterido, no decurso de uma doença, é evidente que deve cessar imediatamente as suas visitas, mas não romper por completo com o cliente se este procedeu com lealdade.

§ *único* — Nestas condições, solicitado para o tratamento de uma outra doença, deve aceitar sem recriminações, visto que esse acto representa uma homenagem prestada às suas qualidades profissionais um dia desconhecidas, e implicitamente o reconhecimento da injustiça de que fôra objecto.

Art.º 25.º — O médico que, dominado por intuitos interesseiros, transige complacentemente com os agravos recebidos, esquece não só o que deve à própria dignidade mas também quebranta o prestígio da classe.

Art.º 26.º — A recusa de serviços é sempre admissível, excepto nos casos urgentes, na vigência de contratos que a não permitam, e ainda não havendo outro médico a que o doente possa recorrer.

Art.º 27.º — Os doentes dos hospitais, ou a cargo de quaisquer corporações administrativas ou de beneficência, devem ser tratados, sob o ponto de vista deontológico, como os da clínica livre, sempre que não se oponham os respectivos regulamentos.

II — Atestados e certificados

Art.º 28.º — Os atestados médicos, em regra, não devem designar a doença mas a sua existência, o impedimento que ela determina e a duração provável, tendo-se sempre em vista o fim a que se destinam e as disposições legais a que têm de satisfazer.

§ *único* — Poderá indicar-se a doença nos atestados médicos quando o doente, conhecedor do seu estado mórbido, expressamente solicite aquela indicação por lhe ser indispensável para resolução de qualquer assunto de seu interesse. Nestes casos excepcionais deve fazer-se referência, no atestado, aquela solicitação.

Art.º 29.º — Os atestados ou certificados médicos, de qualquer natureza, traduzem uma confiança no signatário que este não deve iludir, afastando-se da verdade. A honorabilidade da classe assim o exige, e esses documentos contribuem para dar a medida da dignidade profissional de quem os assina.

§ *único* — Devem ser sempre passados a pedido do doente ou de quem legìtimamente o represente; fornecê-los a pessoa estranha constitui uma falta grave, moral e jurìdicamente considerada.

III — Reclamos

Art.º 30.º — Os médicos devem evitar todos os processos de reclamo contrários à dignidade profissional.

§ 1.º — Comete um acto de manifesto charlatanismo o médico que ostentar títulos que não possui ou iludir o público sobre o valor dos que adquiriu.

§ 2.º — De um modo geral incorre em igual delito se usar de meios que procurem notoriedade ou aumento de proventos, baseados numa concorrência desleal.

Art.º 31.º — Devem os médicos abster-se, quer singular quer colectivamente, por iniciativa própria ou assentimento para com a alheia, de qualquer espécie de reclamo por meio de circulares, anúncios, notícias ou entrevistas nos jornais e outras formas de publicidade, bem como do agenciamento de clientela por si ou por interposta pessoa.

§ *único* — Não se considera publicidade defesa a taboleta com a simples indicação do nome do médico, títulos oficiais e especialização, bem como o anúncio nos jornais com estas mesmas indicações.

Art.º 32.º — É defeso ao médico o fornecimento de atestados que tenham por fim a propaganda de qualquer medicamento. E não lhe é permitido pronunciar-se pùblicamente sobre o valor dum medicamento, ou especialidade farmacêutica, por outra forma que não seja a de comunicação a qualquer das sociedades ou jornais profissionais.

§ *único* — A defesa do público e a dignidade profissional impõem ao médico a maior reserva quanto aos produtos medicamentosos que, frequentemente e sem benefício para os doentes, sejam objecto de abusiva publicidade.

Art.º 33.º — Nenhum médico deve fazer a propaganda de qualquer medicamento ou outros agentes terapêuticos de composição toda ou parcialmente secreta.

§ *único* — O sistemático e persistente recurso a tais agentes, com público-anúncio ou referência aos seus benefícios e sem facilitação para todos os médicos, de os submeterem a exame e experiência, constituirá prova flagrante de que a persistência no segredo obedece a intuitos gananciosos.

CAPÍTULO III

Segredo profissional

Art.º 34.º — O princípio do segredo, acatado desde a antiguidade, deve ser mantido como uma das obrigações mais nobilitantes da profissão médica.

Art.º 35.º — Devem considerar-se matéria de segredo não só os factos secretos por sua natureza mas ainda os que, por circunstâncias especiais, possam contribuir para causar qualquer dano ao indivíduo que os confia ao médico, no exercício ou por motivo da sua profissão.

§ *único* — Para constituirem confidências não é necessário que sejam directamente confiados, nem debaixo de segredo.

Art.º 36.º — O consentimento do interessado não obriga o médico à revelação — mesmo em questões judiciais —, dá-lhe apenas liberdade de proceder; mas, para que o consentimento possa ser aproveitado, é forçoso que aquele conheça bem a importância e consequências prováveis da revelação.

Art.º 37.º — O médico é inábil por lei para servir de testemunha em processos que envolvam directamente um seu cliente,

mas não está legalmente estabelecida a sua inabilidade para servir de perito ou jurado. Não pode, porém, recusar-se a comparecer como testemunha, sob o pretexto de estar adstrito ao segredo profissional.

§ *único* — Os factos conhecidos antes ou depois da intervenção clínica, e que se não prendam com esta, não constituem motivo suficiente para recusa do depoimento.

Art.º 38.º — Quando a natureza dos factos e o consentimento dos interessados lhes tirar todo o carácter de segredo, o médico, sendo chamado a depor e não encontrando na sua consciência razões de molde a considerar confidencial o objecto do depoimento, não deve furtar-se a cumprir, por simples conveniência ou comodidade, um dever imposto a todo o cidadão.

Art.º 39.º — Não é permitido aos peritos-médicos tornarem públicos os resultados dos seus exames, até que o processo seja arquivado, ou que os acusados sejam presos ou prestem fiança.

§ *único* — Em grande número de casos é conveniente que a divulgação da parte médico-legal de um processo não seja feita antes do julgamento definitivo.

Art.º 40.º — Se um médico for obrigado como perito a observar um seu cliente deve estabelecer as suas conclusões em face dos elementos fornecidos pelo exame ou autópsia, abstraindo, tanto quanto seja possível, dos conhecimentos adquiridos durante a assistência clínica.

Art.º 41.º — O indivíduo, que voluntàriamente se submete a um exame que lhe é exigido para satisfazer qualquer pretensão, não tem direito ao segredo profissional, pois o médico, que o observa, desempenha nesse caso, as funções de perito.

§ 1.º — A-pesar dessa situação de perito é conveniente que o médico se restrinja rigorosamente à elucidação dos quesitos propostos; tratando-se de um cliente, e não podendo por qualquer motivo proceder livremente ao exame, deve fazer-se substituir por um colega.

§ 2.º — Quando o documento em que se consigna o resultado do exame não pode ser entregue ao interessado, tem de ser dirigido confidencialmente à entidade legìtimamente autorizada a recebê-lo.

Art.º 42.º — O segredo médico será mantido, perante as próprias pessoas de família do doente, sempre que se admita a possibilidade de a sua divulgação constituir motivo de discórdias;

não devem porém ser esquecidas, para observância do segredo, precauções por ele impostas, relativamente à vida e saúde de qualquer dos membros da família.

Art.º 43.º — O clínico de um menor ou de um alienado está para com ele dispensado do segredo profissional, em relação aos pais, tutores ou pessoas que legìtimamente o representem.

§ *único* — No primeiro caso, deve-se contudo atender às condições de vida do doente e ao grau de maioridade moral que ele tenha atingido.

Art.º 44.º — Os serviçais têm direito ao segredo ainda que seja seu assistente o médico da família que servem, conciliando-se tanto quanto possível o interesse desta com o daqueles.

§ *único* — Procedendo-se a um exame exigido pelos amos, cujo alcance os serviçais conhecem e livremente aceitam, esse direito não subsiste.

Art.º 45.º — Nas notas ou documentos fornecidos pelos médicos a um tribunal, para justificarem uma reclamação de honorários, não é permitida a violação do segredo profissional, embora com sacrifício de legítimos interesses.

§ *único* — Nos registos de contas e na redacção de observações clínicas também não devem figurar elementos que conduzam ao mesmo resultado.

Art.º 46.º — A garantia do segredo médico é extensiva a todas as categorias de doentes.

§ *único* — Tendo um médico de acumular as funções de assistente e de fiscal, como sucede na clínica dos acidentes de trabalho e de associações, limitar-se-á a declarar o que estritamente lhe for exigido pelas leis ou regulamentos, presumindo-se o consentimento do doente, visto que aceitou as condições em que se encontra.

Art.º 47.º — A revelação de crimes descobertos na qualidade de clínico só pode justificar-se quando o silêncio comprometa a vida e honra dos clientes que lhe cumpre proteger, conduza à condenação de um inocente, ou favoreça um perigo social, mas só depois de o médico ter empregado, com a maior discrição, todos os meios ao seu alcance para a evitar.

Art.º 48.º — As leis especiais, que estabelecem restrições ao segredo médico, devem ser escrupulosamente acatadas se visam à defesa de importantes interesses sociais, como o da saúde pública, e o Estado dispõe de elementos para garantir a sua execução.

Art.º 49.º — Nos casos não previstos, quando o médico tiver dúvidas sobre se deve ou não manter o segredo profissional, pode ele recorrer à Ordem por intermédio do respectivo Conselho Regional.

CAPÍTULO IV

Relações dos médicos entre si

I — Confraternidade médica

Art.º 50.º — A profissão médica é das que assumem um carácter mais acentuadamente colectivo e, por isso, uma estreita solidariedade entre os seus membros, é exigida, não só pelos mais elevados interesses da classe como também pela sua acção social.

Art.º 51.º — A Ordem dos Médicos tem de assegurar a defesa da classe em face das condições a que a sociedade subordina o exercício profissional, e de corrigir as decisões inscientes ou iníquas da opinião pública, incutindo-lhe o respeito da profissão.

Art.º 52.º — Os conflitos entre médicos e de carácter profissional só podem resolver-se por intermédio dos Conselhos da Ordem, sendo interdita a discussão em jornais ou outros processos de publicidade extra-médicos.

Art.º 53.º — É dever imperioso para um médico tratar com toda a solicitude e desinteresse os membros da Ordem doentes, assim como as suas esposas, filhos ou outras pessoas de família que vivam a seu cargo.

§ *único* — Esta obrigação abrange as viúvas e filhos órfãos de menor idade.

Art.º 54.º — Os médicos de qualquer corporação, cujos serviços estejam organizados hieràrquicamente, devem, nas suas mútuas relações de superiores e subordinados observar os princípios de confraternidade profissional, sem prejuízo da disciplina inerente às respectivas funções.

II — Criação de clientela — Concorrência

Art.º 55.º — Um médico que se instala numa localidade deve, tanto quanto lhe seja possível, estabelecer desde logo com os colegas aí residentes as melhores relações de camaradagem.

Nos pequenos centros, é de boa praxe antecipar-se-lhes nas visitas de cumprimentos que é de uso receber.

Art.º 56.º — Um médico novo e desconhecendo o meio em que vai exercer clínica, deve premunir o seu amor-próprio contra aparências enganadoras, e resistir a instâncias menos correctas que o levem a infringir as normas de boa camaradagem, ou a contrair dependências que comprometam a sua dignidade.

Art.º 57.º — A concorrência irrepreensível, feita por um médico recentemente estabelecido na localidade, deve ser acolhida com toda a isenção pelos colegas mais antigos, visto que um cliente não pode considerar-se propriedade de médico algum, quaisquer que sejam as ligações existentes.

Art.º 58.º — A concorrência a qualquer cargo não deve fazer-se sob proposta de uma redução de honorários, nem violar legítimos direitos adquiridos. E nenhum médico deve concorrer ou aceitar qualquer cargo, para cuja nomeação ou escolha seja condição de preferência a redução de honorários.

Art.º 59.º — Quando se der uma vaga, cumpre ao médico, que pretenda preenchê-la, averiguar se as circunstâncias que a determinaram ou as condições do contrato infringem as regras deontológicas, ou ainda se são lesivas dos interesses da classe, abstendo-se nesse caso de concorrer.

§ *único* — Quando algum médico se julgar afastado de um cargo, sem justificado motivo, deve recorrer ao Conselho Regional respectivo. Este actuará nos termos do N.º 4 do Art.º 37.º do Estatuto da Ordem, não devendo outro médico ocupar o mesmo cargo sem que o Conselho Regional se pronuncie favoràvelmente.

Art.º 60.º — As opiniões políticas e religiosas que o médico professar não devem ter a menor influência no exercício da clínica, nem ser utilizadas como processo de concorrência.

Art.º 61.º — Não é permitida a instalação de consultórios médicos nas seguintes condições:

1.º — a) Em farmácias ou suas dependências;
b) Em laboratórios químicos ou suas dependências;
c) Em drogarias ou suas dependências;
d) Em estabelecimentos de venda de produtos farmacêuticos ou suas dependências;

2.º — Em prédios ou andares, cujo acesso se faça através de farmácias, laboratórios químicos, drogarias ou estabelecimentos de venda de produtos farmacêuticos, visto que estes prédios ou

andares constituem, pela serventia comum, dependências daqueles diferentes estabelecimentos;

3.º — Em todos os casos em que entrem como partes contratantes no arrendamento do consultório os proprietários, ou seus empregados, de farmácias, laboratórios químicos, drogarias, ou estabelecimentos de venda de produtos farmacêuticos instalados no mesmo prédio, mesmo quando o acesso se fizer por entradas independentes.

Art.º 62.º — É condenável toda a concorrência desleal, sejam quais forem os processos adoptados para a dissimular.

Art.º 63.º — Nenhum médico, ao exercer clínica fora daquela área por onde é tributado, deve abster-se de cobrar honorários e de os computar em preços inferiores aos etabelecidos pelos médicos desta mesma área.

Art.º 64.º — Os médicos dos partidos municipais praticarão um acto de desleal concorrência se abrirem consulta habitual, com dia e horas marcados na área de outro médico de partido, sem prévio acordo com este.

III — Clínica domiciliária

Art.º 65.º — Quando um médico é chamado para prestar serviços a um doente, não estando a doença no seu início, cumpre-lhe investigar se foi precedido por outro colega, e no caso afirmativo informar-se das condições em que essa assistência foi interrompida.

§ *único* — A falta desta precaução pode contribuir para o tornar cúmplice involuntário de desconsiderações feitas a um colega, e para alimentar a versatilidade e caprichos do doente ou das pessoas que o cercam.

Art.º 66.º — Chamado o médico no decurso de uma doença, e sabendo que o doente tem assistente, deve recusar-se a visitá-lo sem prévio assentimento deste; informado dessa circunstância, por ocasião da visita, limita-se a satisfazer indicações urgentes, se as houver.

§ 1.º — Sendo-lhe comunicado que a sua intervenção é devida a motivo de urgência, ou a qualquer impedimento do assistente, cumpre-lhe ceder o lugar quando este possa comparecer.

§ 2.º — Se o doente lhe exprimir de modo formal a sua resolução de mudar de médico, poderá ceder a instâncias reite-

radas, devendo então exigir que o assistente seja imediatamente avisado.

§ 3.º — Em todos os casos em que o médico venha a saber que o doente que visita tem assistente, deve comunicar a este a sua intervenção, logo que desse facto tenha conhecimento e fazer o possível para que ele seja novamente solicitado a retomar a assistência.

Art.º 67.º — Quando intervêm vários médicos num caso urgente, encarregar-se-á do tratamento o que for indicado pelo doente ou pela família, e na falta dessa indicação o que tiver chegado primeiro; mas, se tiverem um médico habitual, este será o assistente, salvo decisão em contrário dos interessados.

Art.º 68.º — Uma doença crónica, após um período de manifesta interrupção de tratamento, poderá ser considerada como doença nova para os efeitos de assistência.

Art.º 69.º — Desejando um médico visitar um doente, como amigo, tem de abster-se de fazer apreciações sobre o diagnóstico ou tratamentos, para não dar margem a interpretações erróneas e inconvenientes. O assistente poderá convidar o colega a colaborar na assistência, criando assim uma situação satisfatória para todos.

IV — Conferências

Art.º 70.º — O médico assistente deve propor uma conferência sempre que o interesse do doente ou a sua responsabilidade profissional a exijam, não podendo recusá-la quando lhe for lembrada pelo próprio doente ou pessoas de família, para que a sua dignidade ou o seu zêlo não sejam postos em dúvida.

§ 1.º — No primeiro caso, afirmando os interessados plena confiança no assistente, pode este deixar de insistir se o estado do doente, ou os seus escrúpulos profissionais, não reclamam imperiosamente o concurso de um colega, não esquecendo todavia que a sua responsabilidade moral se avoluma em face de uma homenagem tão honrosa como fora de comum. No segundo caso, não deve o assistente transigir com uma ulterior desistência, pois uma proposta de conferência representa sempre uma brecha aberta na confiança que inspirava.

§ 2.º — Nenhum médico deve recorrer ao abôrto terapêutico sem prévia reunião duma conferência.

Art.º 71.º — Convém deixar aos interessados a escolha dos conferentes. No caso de lhe ser solicitada essa escolha, deve o assistente lembrar o nome dos médicos por ele julgados mais úteis para o esclarecimento do caso e consequente interesse do assistido.

§ 1.º — Quando é escolhido um conferente que não inspire ao assistente a confiança indispensável a um proveitoso e leal concurso, tem este o direito de propor que seja também convidado um outro colega, cujo nome deva ser bem aceite. A rejeição desta proposta equivale a uma indicação para que cesse a assistência.

§ 2.º — Se algum dos conferentes tem de ser um especialista, deverá o assistente pronunciar-se nesse sentido e, sendo possível, lembrar mais que um de reconhecida competência.

Art.º 72.º — Sempre que seja proposto um médico digno e consciencioso, deve ser bem escolhido pelo assistente, sem atenções de idade, preocupações de escolas, ou importância de títulos científicos.

§ *único* — Só a falta de honestidade profissional ou a existência de relações pessoais absolutamente incompatíveis com a franqueza, desinteresse e lealdade que devem dominar uma conferência, justificam a recusa da parte do assistente. Neste último caso, cumpre-lhe não fazer referência alguma em desabono do colega proposto.

Art.º 73.º — É um dever de urbanidade entre colegas e uma consideração pela natural impaciência do doente e da família, que assistente e conferente compareçam à hora marcada.

Art.º 74.º — Se o assistente não comparecer por falta de aviso, ou por outro motivo justificado, convém que o conferente se retire sem examinar o doente. No caso contrário, tem a faculdade de livremente proceder ao exame e às investigações que julgue necessárias, deixando o resultado da sua observação em carta fechada e dirigida ao assistente, salvo se lhe for manifestado o desejo de que se encontrem e não lhe seja penoso aceder a essa solicitação. Faltando o conferente, decide o doente ou a família se deve ser feita nova convocação.

Art.º 75.º — Antes de se proceder ao exame do doente, cumpre ao assistente informar o conferente sobre a evolução da doença e tratamento seguido, assim como expor-lhe todas as dúvidas que o caso lhe tenha sugerido.

Art.º 76.º — Cada conferente deve acompanhar o exame clínico feito pelo outro, com a maior atenção, não só por dever de delicadeza e necessidade de se orientar para a discussão do caso, mas ainda porque, de tal forma, prestará ao enfermo um consolador testemunho de consideração.

§ *único* — Convindo que a autoridade do assistente não seja diminuída, nem representando a qualidade de conferente uma supremacia de qualquer ordem, deve este cortar com todas as explicações inúteis, procedentes das pessoas que cercam o doente ou que traduzam qualquer insinuação ao assistente.

Art.º 77.º — Não deve assistir à conferência qualquer pessoa estranha, sob pretexto algum.

Art.º 78.º — É conveniente evitar, no decorrer da conferência, todas as questões que se não relacionem directamente com o caso clínico que se discute.

Art.º 79.º — Reputando-se necessária a mudança do tratamento seguido pelo doente, deve ser comunicada de modo a salvaguardar a reputação do assistente e a conservar-lhe a confiança do doente e da família. Por seu lado, o assistente não pode prevalecer-se desta qualidade para coartar a liberdade de acção dos conferentes.

Art.º 80.º — Assistindo vários médicos a uma conferência compete ao conferente mais velho dirigir a discussão e estabelecer as suas conclusões. O assistente, e na sua falta o conferente mais novo, será encarregado de formular a medicação adoptada e redigir as prescripções que convenha deixar por escrito às pessoas encarregadas da enfermagem, assinando todos os médicos esses documentos.

Art.º 81.º — Como o assistente é o natural intermediário entre os colegas e o doente ou família, assume o encargo de transmitir o resultado da conferência, podendo, contudo, declinà-lo no conferente mais velho.

§ *único* — Esta comunicação deve ser feita da maneira mais clara e concisa, como expressão do pensar colectivo, e sem deixar transparecer quaisquer divergências que possam ter existido.

Art.º 82.º — Surgindo divergências irredutíveis entre o assistente e conferentes, cumpre àquele declarar aos interessados, sem comentários, a falta de uniformidade de opiniões, propondo uma nova conferência com a presença de outro ou outros médicos.

§ 1.º — Sendo regeitada esta proposta, os interessados se decidirão pelo assistente ou por algum dos conferentes, para continuar o tratamento; se for aceite e a opinião do assistente ainda se mantiver em minoria, resta-lhe submeter-se, seguindo escrupulosamente as prescrições emanadas da conferência, ou declinar a assistência.

§ 2.º — Só no caso de o médico assistente abandonar o doente pelo motivo indicado, é lícito a um conferente substituí-lo; de outro modo, fica-lhe vedada toda a intervenção durante a mesma doença, quaisquer que sejam as solicitações recebidas, sem ser para isso convidado ou autorizado pelo assistente.

Art.º 83.º — Os médicos que assistem a uma conferência devem guardar toda a reserva sobre as questões que nela se debateram.

V — Clínica no consultório

Art.º 84.º — É admitida a neutralidade do consultório, isto é, a faculdade de neste se atender qualquer doente, embora tenha assistente.

§ 1.º — É louvável, no entanto, que o médico, sem negar a consulta pedida, aconselhe o doente a submeter as suas prescrições ao assistente e lhe faça sentir, no seu próprio interesse, quanto é inútil, e até prejudicial, consultar muitos médicos sem seguir aturadamente o tratamento de nenhum.

§ 2.º — Em todo o caso, tem obrigação de se abster de criticar o tratamento seguido e guardar a maior circunspecção nas suas indicações, de modo a não suscitar no espírito do doente suspeitas desfavoráveis ao seu assistente.

Art.º 85.º — Se o doente é apresentado pelo assistente, observar-se-há por analogia o que a esse respeito se estabelece para os médicos especialistas, no art.º 86.º e seguintes.

Art.º 86.º — Ao assistente cabe o direito de observar ou não as prescrições formuladas; mas, no caso de existirem discordâncias importantes sobre diagnóstico ou terapêutica, trocará impressões com o médico consultado.

§ *único* — Subsistindo o desacordo é um dever de lealdade informar o doente, para o deixar árbitro do caminho a seguir.

VI — Médicos especialistas

Art.º 87.º — Se o doente é simplesmente portador de uma apresentação do assistente, o médico especialista pode livremente tratá-lo, como se ele o procurasse espontâneamente, cumprindo-lhe apenas informar o assistente de que foi consultado.

Art.º 88.º — Quando o assistente apresenta pessoalmente o doente deve o especialista convidá-lo a assistir, pelo menos ao primeiro exame, assentando-se depois a conduta a seguir no tratamento.

Art.º 89.º — Limitando-se o assistente a pedir uma opinião ou conselho, o especialista escreve-lhe directamente, sem fazer prescrições ao doente.

Art.º 90.º — A intervenção do especialista, quando encarregado de dirigir o tratamento, não deve ir além da doença especial para que foi procurado, salvo se o assistente não residir na mesma localidade e o caso não permitir delongas.

Art.º 91.º — Havendo necessidade de submeter o doente a uma operação que não seja urgente e não esteja compreendida na pequena cirurgia da especialidade, o assistente que apresentou o doente deve ser avisado com antecipação e convidado a assistir.

Art.º 92.º — O médico que dirige um seu cliente para uma estação de águas, para um sanatório ou para uma casa de saúde, presta um bom serviço dando-lhe uma apresentação para o director clínico do estabelecimento, acompanhada do resumo da sua observação.

Art.º 93.º — Findo o tratamento de que se encarregou, deve restringir-se o especialista a fazer ao doente apenas as recomendações que com ele se relacionam; quaisquer outras indicações que julgue úteis serão comunicadas ao assistente.

Art.º 94.º — É uma praxe recomendável que o médico especialista, tendo recebido do assistente o encargo de tratar um seu doente, lhe dê informações no fim do tratamento ou no seu decurso, se este for demorado.

§ *único* — Igualmente cumpre ao assistente que aplique um tratamento, a seu pedido indicado por um especialista, informá-lo dos resultados obtidos.

Art.º 96.º — O analista, radiologista ou qualquer médico incumbido pelo assistente de fazer uma análise ou exame subsidiário é só a ele que deve dirigir o respectivo boletim ou relatório com as considerações que os dados colhidos lhe sugerirem.

VII — Substituições

Art.º 96.º — As relações de camaradagem dão direito a todo o médico de contar com a anuência de um colega para o substituir nos seus impedimentos, e a certeza de que aos seus doentes seja dispensada uma solicitude nunca inferior à de que ele cerca a própria clientela.

§ 1.º — Salvo convenção em contrário, o substituído tem dever de incluir nos seus honorários a remuneração dos serviços devidos ao substituto.

§ 2.º — Durante a substituição, terá o maior cuidado em não deixar diminuir a influência do colega que representa; e cometeria um abuso de confiança aproveitando-se da sua situação de intermediário para preparar uma possível sucessão.

Art.º 97.º — Terminado o impedimento, considerações de espécie alguma podem autorizar um médico a conservar os doentes que lhe foram confiados.

§ 1.º — Tampouco deve aceitar como cliente, pouco tempo decorrido depois da substituição, qualquer indivíduo compreendido na clientela que lhe foi especificadamente recomendada, excepto no caso de rompimento com o médico habitual por motivos a que o substituto seja estranho, não havendo outro clínico, ou ainda com o consentimento do médico que substituiu.

§ 2.º — Se o substituto iniciou o tratamento e o doente ou a família insistirem em que o continue, fica autorizado a completá-lo, dando ao médico substituído as devidas explicações.

Art.º 98.º — Um médico estranho a uma localidade, que tenha substituído outro na sua ausência e a seu convite, ou por motivo de doença temporária, não pode estabelecer-se ali pouco depois, sem ser de acordo com esse colega.

CAPÍTULO V

O médico e os seus auxiliares

I — Farmacêuticos

Art.º 99.º — Os médicos e farmacêuticos devem entreter relações de mútuo respeito e confiança, mas sem dependências ou subordinações de qualquer espécie.

Art.º 100.º — É defeso aos médicos usarem da sua influência sobre os clientes para favorecer determinadas farmácias, mas cumpre-lhes dar conhecimento à Ordem de quaisquer factos que denotem improbidade ou incompetência, tornando esta ou aquela farmácia perigosa para o público. Nesse caso, cumpre à Ordem, depois de proceder a um inquérito e, havendo motivo, providenciar pelos meios legais.

Art.º 101.º — Fora dos socorros urgentes, o médico não pode fornecer medicamentos aos seus doentes.

§ *único* — Exceptua-se o caso de fornecimento gratuito de amostras que só deve utilizar em benefício de clientes pobres.

Art.º 103.º — Em nenhuma circunstância o médico pode vender medicamentos aos seus clientes, por si ou por interposta pessoa.

II — Outros auxiliares

Art.º 103.º — Os indivíduos que se entregam legalmente ao exercício de profissões conexas à medicina podem ser encarregados de uma aplicação terapêutica para que tenham especial competência técnica, mas ùnicamente na qualidade de auxiliares do assistente a quem deve pertencer a iniciativa e a direcção do tratamento.

§ *único* — Estes auxiliares só devem ser utilizados quando não seja fácil recorrer a médicos especializados nesse género de tratamento.

Art.º 104.º O clínico deve incutir no ânimo dos seus doentes estima e confiança pelas pessoas encarregadas da enfermagem, mas nunca declinar nelas atribuições cujo desempenho exclusivamente lhe pertence.

CAPÍTULO VI

I — Honorários

Art.º 105.º — O barateamento dos serviços clínicos, pelo espírito de mercantilismo que o inspira, deprime o valor moral e científico do médico que o explora e compromete o prestígio da classe.

Art.º 106.º — A prestação de serviços gratuitos, justa e honrosa quando obedece a sentimentos altruistas, aceitável quando é imposta por um dever social, constitui, como processo de reclamo, uma das mais indecorosas formas de concorrência.

§ *único* — Nenhum médico deve enviar a outro colega, para que ele o trate gratuitamente, qualquer cliente seu que esteja em condições de satisfazer os respectivos honorários. Em especial quando o apresentante dele cobre honorários ou quando de tal recomendação lhe possa advir qualquer efeito útil à custa do trabalho ou competência do médico a quem recorreu.

Art.º 107.º — O médico deve subordinar a remuneração dos serviços às tabelas estabelecidas, e, dentro destas, às seguintes considerações: categoria profissional que tiver, tempo e gravidade da doença, importância dos serviços prestados, posses dos interessados e usos e costumes da terra.

§ 1.º — As preocupações provocadas pela doença, o trabalho mental que ela reclamou e o perigo de contágio, não são valores remuneráveis, porque dependem exclusivamente do fôro moral.

§ 2.º — Nenhuma acção de honorários poderá ser posta sem laudo do Conselho Regional ou Geral, o qual importa presunção de conformidade com os honorários aprovados por qualquer dos Conselhos.

Art.º 108.º — Nas notas de honorários pode o médico conglobar todos os serviços prestados, ou destrinçá-los, assim como as remunerações que lhes atribui, mas sem descer a minúcias que as aproximem das facturas comerciais.

Não obstante deve ter a sua escrituração feita de modo a facultar todas as indicações detalhadas, no caso de contestação ou reclamação judicial.

Art.º 109.º — Quando os honorários se não recebam no fim do tratamento, é conveniente adoptar o costume de enviar as

respectivas notas ao fim do mês, não esquecendo que os honorários prescrevem ao fim dum ano.

Art.° 110.° — Pelas conferências feitas ao seu doente, o assistente tem o direito de receber honorários de conferente, especialmente não partindo dele a iniciativa das conferências.

Art.° 111.° — O médico assistente que assumiu o encargo de convidar os conferentes e o operador que escolheu os seus auxiliares deligenciarão por que seja obtida a cobrança dos honorários dos colegas, logo depois de prestados os serviços para que foram convidados.

Art.° 112.° — As tabelas gerais de honorários, isto é, as que forem adoptadas pela Ordem dos Médicos, devem indicar limites mínimos e máximos de remuneração.

§ *único* - Estas tabelas ou as suas alterações não serão postas em vigor sem obterem a aprovação da Assembleia Geral da Ordem, depois de apreciadas pelo Conselho Geral.

Art.° 113.° — Dentro daqueles limites, mínimo e máximo, pode qualquer médico elaborar uma tabela privativa de honorários; mas deve levá-la ao conhecimento de todos os colegas, nos pequenos centros e, se é um especialista, a todos os que na localidade exercem a mesma especialidade.

Art.° 114.° — O ajuste prévio — principalmente tratando-se de intervenções cirúrgicas ou de tratamentos demorados — e até a prestação de garantias, são admissíveis. A cobrança adiantada de honorários é facultativa quando proposta pelo cliente, mas, exigida pelo médico, só é tolerável quando o tratamento obrigar a despesa de certa importância.

§ *único* — A natureza e o prestígio da profissão médica exigem que as faculdades consentidas por este artigo só por excepção sejam aproveitadas.

Art.° 115.° — A dicotomia é um processo repreensível de partilha de honorários, porque ordinàriamente constitui um abuso de confiança e, quando assim não sucede, representa uma generosidade deprimente para o médico que a aceita.

§ *único* — Não se pode considerar abrangida, pelo disposto neste artigo, a nota comum de honorários apresentada pelos médicos que conjuntamente prestaram serviços a um doente, reservando-se o direito de os partilhar como entenderem.

II — Proventos ilícitos

Art.º 116.º — Sob pretexto algum é permitido ao clínico alienar a sua independência profissional em proveito exclusivo de qualquer individualidade ou colectividade.

Art.º 117.º — Nenhum médico pode cobrir com o seu diploma quaisquer indivíduos que, entregando-se legalmente ao exercício restrito da medicina, ultrapassem os limites que lhes traçam a sua competência e a lei.

Art.º 118.º — São delituosas todas as transigências que o médico tenha com charlatães de qualquer espécie, ainda que as não inspirem intuitos interesseiros.

Art.º 119.º — Os entendimentos de médicos com curandeiros, para permuta de serviços, representam um dos mais graves atentados contra a moral profissional.

Art.º 120.º — São considerados proventos ilícitos para o médico todas as comissões ou gratificações que receba a troco do que prescreve ou recomenda aos seus clientes.

CAPÍTULO VII

Disposições Gerais

Art.º 121.º — O Conselho Geral é o órgão competente para reparar as omissões deste Código, de acordo com a sua orientação, e fixar a interpretação das suas disposições nos casos particulares sujeitos a dúvidas.

Art.º 122.º — Os conflitos entre médicos e de carácter profissional, insolúveis amigàvelmente, serão sempre entregues aos Conselhos Disciplinares da Ordem.

Art.º 123.º — Qualquer membro da Ordem poderá solicitar do Conselho Regional a que pertence a sua opinião e eventualmente o seu apoio, nas questões que envolvam a sua dignidade profissional ou representem violação de direitos legìtimamente adquiridos.

Art.º 124.º — Este compromisso poderá ser alterado em reunião da Assembleia Geral, especialmente convocada para esse fim.

§ *único* — As resoluções só serão válidas quando tomadas por maioria dos membros daquela Assembleia, pesentes à reunião.

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Plano e professores do Curso de Medicina Sanitária

(1947-1948)

Administração Sanitária — Dr. Arruda Furtado - 12 lições teóricas.
— Dr. José Ferreira de Sousa Fialho - 6 lições práticas.
— 2.º Oficial Manuel Barbosa Dias - 10 lições práticas.

Higiene geral (1) — Dr. Arruda Furtado - 26 lições teóricas.
— Dr. Henrique Jorge Niny - 13 visitas de estudo.

Higiene da alimentação e águas de abastecimento (2) — Dr. Bernardino de Pinho - 18 lições teóricas e 3 visitas.
— Dr. António José de Moura Monteiro - 3 lições teóricas.
— Dr. Guilherme Jorge Janz - 3 lições teóricas.
— Dr.ª D. Maria Ernestina da Silva Graça Mendes - 20 lições com demonstrações, coadjuvada pelo preparador Clementino Tourais;

Sezonismo — Dr. Raul de Almeida Roque - 6 lições teóricas, 6 lições com demonstrações e 3 visitas.

Engenharia sanitária (3) — Engenheiro Agnelo Prazeres - 22 lições teóricas e 6 visitas de estudo, com a colaboração do engenheiro Renato Palleti Berger.

Epidemiologia e técnica de profilaxia — Dr. António Augusto de Carvalho Dias - 22 lições teóricas.
— Dr. F. da Conceição Correia - 10 lições práticas e 8 visitas.
— Dr.ª D. Maria de Matos Faia - 20 lições de demonstração, coadjuvada pelo preparador Jorge Cardoso.

---

(1) A *Higiene Geral*, abrange no seu programa a *Salubridade*, a *Higiene rural*, e parte das lições sobre *Esgotos* e *águas residuais*.

(2) O Dr. Bernardino de Pinho ficou a seu cargo com as lições sôbre química das *águas residuais*.

(3) O Engenheiro Agnelo Prazeres ficou a seu cargo com lições sobre *Esgotos e Águas residuais*.

Higiene do trabalho — Dr. Couto Nogueira - 10 lições teóricas e 5 visitas.

Acidentes e doenças profissionais — Dr. Heitor da Fonseca - 8 lições teóricas e 4 visitas.

Higiene e assistência social — Dr. Fernando Correia - 12 lições teóricas e 6 visitas.

Demografia e estatística sanitária — Dr. Fernando Correia - 6 lições teóricas e 3 de demonstração.

Plano e programa do Curso de Visitadoras Sanitárias

(1947-1948)

Deontologia e Economia Doméstica — D. Maria Leonor Correia Botelho - 12 lições teóricas e 6 práticas.

Higiene Geral — Dr. Américo Cortez Pinto - 12 lições teóricas e 6 práticas.

Higiene pre-natal e puericultura — Dr. Francisco Fernandes Homem Rodrigues - 12 lições teóricas e 6 práticas.

Higiene alimentar — Dr.ª D. Maria José Arrobas da Silva - 12 lições teóricas e 8 práticas.

Bacteriologia e parasitologia — Dr.ª D. Helena d'Ávila - 10 lições teóricas e 10 práticas.

Epidemiologia e profilaxia das doenças transmissíveis — Dr. António A. Carvalho Dias - 10 lições teóricas e 20 práticas.

Flagelos sociais, profilaxia social e assistência social — Dr. Fernando Correia - 10 lições teóricas e 10 visitas.

Administração sanitária — Dr. Carlos d'Arruda Furtado - 10 lições teóricas, 10 aulas práticas e 5 visitas. (1)

Princípios de sociologia, diagóstico social e serviço social — Dr.ª D. Helena d'Ávila - 12 lições teóricas e 12 visitas.

Noções elementares de enfermagem — D. Magdalena Lopes Taveira (2) - 10 lições teóricas e 20 práticas.

Organização da Assistência Social — Dr. Agostinho Joaquim Pires - 20 lições teóricas.

---

(1) Por motivo de doença do Dr. Arruda Furtado regeu esta disciplina o Dr. Fernando Correia.

(2) Por ter ido para a América em missão de estudo a Sr.ª D. Magdalena Taveira, regeu esta disciplina a Sr.ª Dr.ª D. Helena d'Ávila.

Publicações periódicas assinadas em 1948

Jornal do Médico
Gazeta Médica Portuguesa
Clínica, Higiene e Hidrologia
A Medicina Contemporânea
Bulletin de la Société Scientifique d'Hygiène Alimentaire et d'Alimentation Rationnelle.
Revue d'Immunologie
Revue du Rhumatisme et des Maladies Osteo-Articulaires
Comptes-Rendus des Séances de la Société de Biologie
Annales de l'Institut Pasteur.
Bulletin de l'Institut Pasteur
Annales d'Hygiène Publique, Industrielle et Sociale
La Presse Médicale
Techniques Hospitalières, Sanitaires et Sociales
Chimie Analytique
Archives de Médecine Sociale
Archives des Maladies Profissionnelles de Médecine du Travail et de Sécurité Sociale
Annales des Falsifications et des Fraudes
Encyclopédie Médico-Chirurgicale (folhas várias)
Revista Clínica Española
ION
The Analyst
Bulletin of Hygiene
The Journal of The Royal Sanitary Institute
The Journal of Hygiene
The Journal of Tropical Medicine and Hygiene
Tropical Diseases Bulletin
The Biochemical Journal
The Lancet
The American Journal of Hygiene
The Journal of Immunology
The Journal of Nutrition
The Journal of Biological Chemistry
The Journal of Laboratory and Clinical Medicine
Public Health Reports
American Journal of Public Health
Journal of Bacteriology
The Journal of the American Medical Association
Bacteriological Reviews
Excerpta Medica
Scientia
Nutrition Abstracts & Reviews

Contribuição para o estudo da composição química e do valor alimentar dos queijos nacionais

PREFÁCIO

A luta contra a fome é preocupação secular da humanidade e lemos algures que «comer é a mais tirânica das nossas necessidades». Há quem tenha calculado que a alimentação absorve 1 3 dos rendimentos dos países e metade dos orçamentos familiares ou mais, salvo numa minoria provida de largos recursos.

Nem sempre se pensa contudo que a satisfação da fome, não equivale em absoluto a um verdadeiro critério alimentar. A saciedade pode ser acompanhada de sub-alimentação e de desiquilíbrio alimentar, isto é de perturbação quantitativa ou qualitativa do equilíbrio nutritivo.

A moderna noção de carência alimentar, por deficiência dos chamados alimentos protectores (vitaminas, sais minerais, ácidos aminados), trouxe elementos novos da maior importância, mas ao mesmo tempo os progressos industriais em matéria de produtos alimentares conduzem a uma quebra no seu conteúdo nesses elementos vitais, que é necessário compensar

Todos os estudos sobre rações alimentares colectivas, têm de ser baseados em inquéritos alimentares através dos quais se conhecerá a realidade e portanto se poderão deduzir as necessidades de correcção das rações senão para conseguir o «regimen óptimo» nem sempre possível, mas pelo menos o «regimen suficiente».

Todos estes estudos se baseiam na utilização das tabelas de composição dos alimentos e sobre este ponto devemos confessar que estamos muito atrazados. Recorre-se constantemente às

tabelas estrangeiras porque pouco ou quase nada sabemos da composição dos nossos alimentos.

Posto que estes estudos não tenham a precisão de fórmulas matemáticas, às quais em regra a biologia se não adapta, também não é menos verdade que se deve procurar apróximá-los da maior certeza possível. Sabemos que a composição de cada alimento de origem animal ou vegetal é sujeita a numerosos coeficientes de variação, em relação com inúmeros factores naturais ou artificiais e que portanto se trabalha sempre com números médios. Mais uma razão para que em cada país se procure conhecer a composição dos próprios alimentos, para assim se aumentar a margem de segurança do trabalho. É uma necessidade reconhecida como instante para os que se dedicam a estudos de alimentação colectiva e para os clínicos que pretendem racionalizar a dietética dos seus doentes. Está aqui justamente o grande mérito do trabalho realizado no Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge pelas Sr.as doutoras D. Maria Ernestina da Silva Graça e D. Raquel de Almeida, sob a Direcção do Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia da Direcção Geral de Saúde, proficiente e dedicadamente dirigido pelo Dr. Bernardino Álvaro Vicente de Pinho. Neste trabalho estuda-se a composição e valor energético dos queijos portugueses, com valor comercial, e desde já se promete completá-lo com o estudo do seu teor em vitaminas.

É um trabalho árduo e probo, que marca o início dum programa que nos felicitamos por ver encetado, como verdadeiro trabalho de fundo, merecedor dos maiores elogios pela sua execução e pelo que nos permite esperar o seu progressivo desenvolvimento. Tudo quanto se faça no sentido de conseguir enfim uma tabela de composição dos nossos alimentos é uma obra do maior alcance, além de mais como índice de individualidade da ciência portuguesa.

Bem hajam os seus iniciadores; que a persistência os acompanhe. Para terminar, os meus cumprimentos ao Instituto de Higiene, na pessoa do seu Director Dr. Fernando Correia que não poupa entusiasmo e auxílio a todos os empreendimentos de valor.

Augusto Travassos

EXPLICAÇÃO PRÉVIA

O Instituto Ricardo Jorge propõe-se efectuar, no Laboratório de Higiene da Alimentação e Bromatologia, uma série de estudos sobre alimentos, com o fim de conhecer o seu valor alimentar. Entre eles, consideram-se como mais urgentes os ensaios laboratoriais indispensáveis ao conhecimento da composição dos alimentos em substâncias energéticas — prótidos, lípidos e glúcidos — e em substâncias protectoras — vitaminas e elementos minerais.

O estudo que agora se publica é o primeiro da série e diz respeito a queijos portugueses. É trabalho cuidadoso e probo das Dr.as D. Maria Ernestina da Silva Graça Mendes e D. Raquel Carvalho de Almeida, a primeira nossa adjunta e a segunda analista do laboratório. Por ele se fica conhecendo a composição de 70 queijos portugueses, quer em prótidos, lípidos e glúcidos, quer em cálcio, fósforo e ferro. Esta é a primeira parte do estudo, pois pensa-se completá-lo com uma segunda parte, que virá a determinar o teor em vitaminas de queijos das mesmas origens.

Assim será possível ao médico, no cálculo de dietas e rações alimentares, em que entre o queijo, servir-se de um trabalho português, fugindo ao uso de tabelas estrangeiras que nem sempre são aplicáveis. Com este e outros trabalhos de investigação laboratorial, se conseguirá organizar mais tarde uma tabela da composição dos alimentos portugueses, uma das finalidades do nosso plano de acção, traçado de comum acordo com o Ex.mo Director do Instituto Dr. Fernando da Silva Correia, no campo da higiene da alimentação.

O Director do Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia

Bernardino de Pinho

NOTA

O presente trabalho é uma contribuição para o conhecimento da composição química dos queijos nacionais.

Não pretendemos ao efectuá-lo encarar o problema sob o aspecto tecnológico, o que estaria fora das nossas funções e da nossa competência, mas apenas sob o aspecto alimentar, determinando na composição deste valioso alimento todos aqueles factores necessários à apreciação do seu valor nutritivo.

Poucos são os alimentos portugueses estudados sob este ponto de vista e assim é vulgar, quer para os queijos, quer para outros produtos alimentares, recorrer, para o cálculo das dietas, aos valores deduzidos para produtos estrangeiros.

Tem este trabalho uma importante lacuna: a de não ter sido feita a determinação do conteúdo vitamínico. Esperamos porém estar dentro de algum tempo aptos a fazer essa determinação de tanta importância para a apreciação do valor nutritivo do queijo.

Este trabalho foi realizado no Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge, a cujo Director, Sr. Dr. Fernando Correia exprimimos os nossos agradecimentos pelas facilidades que nos deu.

Ao Sr. Dr. Bernardino de Pinho, Director do Laboratório, que nos incitou a fazê-lo e a quem se devem as conclusões e considerações de ordem dietética, agradecemos todo o interesse com que seguiu a sua realização e a boa colaboração que sempre nos dispensou.

MARIA ERNESTINA DA SILVA GRAÇA MENDES
RAQUEL CARVALHO DE ALMEIDA

INTRODUÇÃO

As análises foram efectuadas sobre queijos adquiridos no mercado de Lisboa e dos quais não conhecemos mais do que o nome sob que estão expostos à venda.

Dado o fim deste trabalho era nossa intenção fazer a análise de queijos provenientes das diferentes regiões queijeiras do país, para que nele estivesse representado o maior número de tipos de queijo nacional.

Ora, apesar de se poder dizer que não há província em Portugal onde se não fabrique queijo, em certas regiões esse fabrico é tão limitado que não adquire importância comercial e o seu consumo não ultrapassa a região de produção, fazendo-se a sua venda apenas nos mercados regionais. Dificuldades várias não nos permitiram adquirir amostras nesses mercados e por essa razão não figuram neste estudo certas variedades de queijos, conhecidas desde há muito, e citadas em todos os livros que se ocupam deste assunto.

Lamentando esta falta, fizemos o possível por adquirir exemplares de todos os tipos que actualmente se vendem em Lisboa nos diferentes estados de maturação em que se apresentam.

Os queijos que analisámos e que são designados pelos nomes com que se apresentavam à venda, pertencem quase todos a tipos descritos nos trabalhos de tecnologia de queijos portugueses. (1), (2), (3), (4) e (5).

Referiremos a seguir as principais características de cada um desses tipos.

Queijo Cabreiro

É conhecido por esta designação um tipo de queijo, de leite de ovelha ou de cabra, isolados ou de mistura, que se fabrica em toda a região da Beira Baixa.

Este queijo, de fraca apresentação, tem larga venda no mercado de Lisboa, no estado fresco, a um preço relativamente baixo.

Da cura do queijo cabreiro, por um processo denominado «de pilha», obtem-se um queijo típico, com sabor picante, que é conhecido pelo nome de «cabreiro picante».

Fizemos a análise de dois queijos frescos e dois curados, expostos à venda com os nomes respectivamente de «cabreiro fresco» e de «cabreiro picante».

Queijo do Rabaçal

Este tipo de queijo, originário da região de Condeixa, é obtido do leite de ovelha com fracas percentagens de leite de cabra.

Encontrámos à venda, sob este nome, no mercado de Lisboa, queijos frescos, redondos, com o peso aproximado de 500 gramas.

Fizemos a análise de dois destes queijos.

Queijo Saloio

São conhecidos sob esta designação os queijos frescos, de leite de cabra ou de ovelha, que se fabricam em toda a Extremadura, e que têm como tipo o «queijinho de Tomar».

Aparecem actualmente no mercado, com a designação de queijo saloio, o queijo de Tomar, o de Alverca e o de Alcobaça, no estado fresco ou no de meia cura.

Queijo da Serra da Estrela

É um dos tipos de queijos mais antigos no mercado e provém da região da Serra da Estrela que abrange os concelhos de Celorico da Beira, de Gouveia e de Seia.

É um queijo de leite de ovelha, por vezes com fraca percentagem de leite de cabra e de pasta mole.

Sendo um dos nossos mais saborosos queijos, apresentando por vezes belos exemplares, pode dizer-se que o seu fabrico continua a manter um carácter empírico e caseiro.

Não encontrámos no mercado nenhum queijo deste tipo com marca ou qualquer indicação de origem.

Analisámos 10 queijos, fazendo o possível por adquirir amostras nos vários estados de maturação em que ele se encontra no mercado, isto é, desde o «Serra curado», queijo de pasta quase dura e com a côdea coberta com uma camada oleosa de pimentão até ao «Serra amanteigado», com a pasta mole de correr.

Queijo de Azeitão

É um queijo curado, de pasta mole, fabricado com leite de ovelha. O tipo que actualmente se encontra no mercado é o queijo redondo, com cerca de 250 grs., geralmente embrulhado em papel vegetal, com uma marca própria e a indicação do fabricante.

Queijo do Alentejo

A província do Alentejo tem larga produção queijeira, muita da qual é consumida na própria região.

No mercado de Lisboa tem larga venda o queijo denominado do Alentejo ou de Serpa e o queijo de Évora.

O queijo conhecido no mercado como queijo do Alentejo ou queijo de Serpa, é originário do distrito de Beja; é fabricado com o leite de ovelha e tem tipo, formato e características idênticas ao da Serra.

Adquirimos no mercado 3 queijos de Serpa, que não apresentavam porém qualquer indicação que comprovasse a sua origem.

Recentemente apareceu também uma marca «Celta», com a indicação de ser queijo do Alentejo, e com as características do da Serra.

Analisámos ainda um queijo do distrito de Beja, que nos foi trazido directamente pelo Sr. Dr. Bernardino de Pinho. Tratava-se dum belo exemplar de queijo de leite de ovelha, amanteigado, com o aspecto e os caracteres organolépticos dum bom queijo da Serra, e que na região é conhecido pelo nome de «queijo de entorna». Como queijos desta região, analisámos ainda duas amostras de queijos pequenos, fabricados com leite de ovelha, em dois estados diferentes de maturação, fresco e curado, e que nos foram trazidos directamente de Ferreira do Alentejo pelo Sr. Dr. Bernardino de Pinho.

Como queijo do distrito de Évora, abunda no mercado o «queijo de Évora», curado e em meia cura. É um queijo pequeno, muito salgado e com péssima aparência, não se compreendendo na verdade o largo consumo que tem no mercado de Lisboa. De Portalegre foram amàvelmente enviados pelo Sr. Dr. Pimenta Presado três amostras de queijos pequenos e em três estados diferentes de maturação: fresco, meio curado e curado.

Queijo Belo Luso

Apareceu recentemente no mercado este tipo de queijo, com embalagem cuidada e indicação do fabricante.

Por amável informação do Sr. Dr. F. Vieira de Sá, soubemos tratar-se de queijo de leite de vaca, imitação do queijo italiano «Bel Paese».

Queijo das Ilhas

Encontrámos citados, em trabalhos já referidos, como tipos de queijos das ilhas, os queijos de S. Jorge e da Terceira, curados, de pasta dura e o queijo do Pico, também curado, mas de pasta mole, todos fabricados com leite de vaca. Não encontrámos porém à venda, actualmente, em Lisboa, outro tipo de queijos das ilhas que não seja o de S. Jorge.

Analisámos 5 queijos, dos quais 4 tinham a indicação do fabricante e da origem: S. Jorge e S. Miguel.

Queijo do Tipo Flamengo

No seu relatório sobre «Fabrico e Comércio de Queijo» apresentado ao 1.º Congresso de Leitaria, Olivicultura e Indústria de Azeite, em 1905, (1) escrevia o professor J. Rasteiro nas conclusões do seu trabalho: «Deve desenvolver-se a fabricação dos queijos de pasta firme de longa dura, com produtos de comércio mais seguro, etc. ...» e «A fabricação de um tipo flamengo tem condições para ser um produto de largo comércio nacional».

Decorridos longos anos é efectivamente hoje o queijo do tipo holandês, conhecido pelo nome de «bola» ou «Flamengo»,

o único queijo estrangeiro cuja imitação está largamente industrializada em Portugal.

É um queijo de leite de vaca, de pasta dura prensado e não cozido.

Adquirimos no mercado 10 queijos, que correspondem a fabricantes diferentes, e todos eles com a indicação da origem e da percentagem de gordura.

É porém de lamentar que muitos dos queijos deste tipo apresentem um aspecto tão pouco agradável, tão diferente do do verdadeiro queijo Flamengo hoje de novo espalhado no mercado. Muitas das amostras que adquirimos eram efectivamente mal apresentadas, quer na fórma, quer na distribuição da matéria corante, quer no aspecto da massa e até no próprio grau de maturação, muitas vezes excessivamente baixo, denunciando um tempo de cura demasiado curto para este tipo de queijo.

Queijo fundido

Este tipo de queijo é geralmente obtido a partir de queijos normalmente fabricados que, por apresentarem defeitos que diminuem o seu valor, sob o ponto de vista comercial, não podem ser postos à venda.

Prepara-se, fundindo os queijos que se vão aproveitar, adicionados de substâncias químicas emulsificantes, e moldando, em seguida, a pasta obtida.

O queijo fundido é porém um queijo sem vida bacteriana, portanto desprovido de flora láctica.

O queijo fundido nacional é geralmente fabricado a partir do queijo flamengo ou do queijo das ilhas e aparece no mercado muitas vezes com a designação quase sempre imprópria, de «*queijo creme*». Um queijo fundido pode efectivamente ser designado como *creme* se a sua percentagem de gordura for suficientemente elevada.

Não há na legislação portuguesa qualquer referência a queijo fundido ou a queijo fundido creme.

A legislação suissa ([6]) define o *queijo fundido* como sendo o produto constituído por certas espécies de queijos maturados, de pasta dura, submetidos a determinadas manipulações e à acção do calor e adicionados de certas soluções salinas emulsificantes e algumas vezes de especiarias, vinho, etc. Estabelece ainda, que o

queijo fundido só pode ser designado como *creme*, se tiver um resíduo seco superior a 53 % e uma percentagem de gordura, no resíduo seco, superior a 55 %. Obriga ainda à declaração, nas embalagens, da espécie de queijo empregado no seu fabrico.

No trabalho sobre o queijo nacional do tipo holandês, publicado no Boletim Pecuário, (2) os seus autores, no projecto de decreto para a regulamentação da produção e comércio do queijo de tipo holandês, propõem um tipo de «*queijo flamengo* fundido» que não contenha mais de 50 % de humidade e menos de 30 % de gordura no resíduo seco e estabelecem que este queijo só poderá ter o qualificativo *creme* quando a percentagem de gordura no resíduo seco for superior a 40 %.

Técnica das análises

Efectuámos as análises de 70 amostras de queijos.

As determinações analíticas realizadas são de três ordens: As que correspondem à composição geral do queijo e que permitem calcular o seu valor energético e ajuizar do grau de solubilização da caseína, isto é, do grau de maturação do produto; as que foram efectuadas sobre as cinzas e que permitem avaliar as percentagens dos seus componentes com valor dietético, e, finalmente, as que se efectuaram sobre a gordura isolada e que permitem reconhecer a genuinidade dessa gordura.

Não havendo métodos oficiais para análise de queijos, os métodos que seguimos e que vamos sumàriamente descrever foram os que nos pareceram mais convenientes, ou pela maior simplicidade de técnica ou pelo maior rigor obtido, dentre os citados na bibliografia que consultamos.

A análise de cada queijo foi realizada sobre uma amostra média preparada a partir de uma quantidade conveniente do produto, geralmente cerca de 300 g. A preparação da amostra tem grande importância para se obter uma massa homogénea que represente a composição média do queijo.

Quando se tratava de queijos de pasta branda, desprovidos de côdea, a amostra obtinha-se amassando-os num almofariz depois de bem limpos; com os queijos de pasta branda ou pasta dura providos de côdea, esta era separada, e o miolo amassado ou triturado num almofariz.

Humidade e extracto seco — A humidade foi determinada em cerca de 5 g. da amostra, intimamente misturada com areia calcinada, por perda de peso durante quatro horas e meia, em estufa a 100° C.

Esta determinação foi efectuada sempre em duplicado, empregando num ensaio cápsula de platina, noutro cápsula de níquel, tendo obtido sempre resultados concordantes.

A partir da humidade foi calculado, por diferença, o extracto seco.

Gordura — Empregamos para seu doseamento o método ponderal de Schort, ([7]) com o sulfato de cobre. Misturávamos 5 a 10 g. da amostra com sulfato de cobre anidro até obter uma massa corada de azul claro. A quantidade de sulfato de cobre empregado variava com o maior ou menor grau de hidratação do queijo. Esta massa era introduzida num dedal de papel do aparelho de Soxhlet e aí a gordura era extraída pelo éter durante cerca de 12 horas, no fim das quais, depois de evaporado o éter, era pesada.

Este ensaio foi sempre realizado em duplicado.

Acidez total — Adoptamos para a sua determinação o processo descrito por Cardoso Pereira ([5]).

Num balão de 200 cm.^{3} fazíamos ferver 10 g. da amostra com 150 cm^3. de água, durante 15 minutos. Depois de arrefecer, preenchíamos até à marca e filtrávamos. Numa parte aliquota do filtrado determinávamos a acidez com soda $\frac{N}{10}$, empregando a fenolftaleina como indicador.

Exprimimos os resultados em ácido láctico.

Cinzas — Foram obtidas em cerca de 5 g. da amostra por incineração a temperatura inferior à da volatilização dos cloretos, separando, por lexiviação, as cinzas solúveis das insolúveis.

Cloretos — O teor em cloretos foi determinado nas cinzas totais pelo processo de Mohr e os resultados expressos em ClNa.

Cálcio — Fez-se o seu doseamento em 10 g. da amostra, depois de reduzida a cinzas, precipitando-o, segundo as técnicas usuais, sob a forma de oxalato de cálcio.

Este precipitado, depois de calcinado, era dissolvido em ácido clorídrico e a seguir tratado por algumas gotas de ácido sulfúrico, que transformava o cálcio em sulfato de cálcio, sendo

este pesado, depois de prévia evaporação dos ácidos em banho de areia seguida de leve calcinação.

Exprimimos os resultados em cálcio.

Este doseamento foi sempre feito em duplicado sobre duas tomadas diferentes de amostra.

Fósforo — Foi determinado pelo método gravimétrico, sob a forma de pirofosfato de magnésio, depois de prévia precipitação sob a forma de fosfomolibdato de amónio.

A técnica do método é a seguinte: (7).

Humedeciam-se 10 g. da amostra, em cápsula de platina, com cerca de 10 cm^3 de uma solução de nitrato de magnésio, secava-se a banho-maria, incinerava-se, fervia-se o resíduo com uma solução de ácido clorídrico a 10 % e filtrava-se. O filtrado era alcalinizado pela amónia até que se começasse a formar precipitado e a seguir acidulado pelo ácido azótico até que esse precipitado se dissolvesse, adicionando então cerca de 15 grs. de nitrato de amónio cristalizado. Passava-se depois este líquido para um balão de 200 cm^3., preenchendo até à marca. Numa parte aliquota precipitava-se o fósforo sob a forma de fosfo-molibdato de amónio, precipitado que, decorrida uma hora, se dissolvia em amónia.

Deste líquido o fósforo era novamente precipitado, pela mistura magnesiana, pelos métodos usuais, e pesado, depois de calcinação, sob a forma de pirofosfato de magnésio.

Os resultados são expressos em fósforo.

Esta determinação foi, como a do cálcio, realizada sempre em duplicado, sobre duas tomadas diferentes de amostra.

Ferro — Foi doseado colorimètricamente sob a forma de sulfocianato férrico segundo a técnica de Winton (7).

Incineravam-se 50 g. de queijo, em cápsula de platina e ferviam-se as cinzas com ácido clorídrico para dissolver o ferro. O liquido obtido, depois de filtrado, era evaporado à secura e o resíduo passado com água distilada para balão de 100 cm^3. Numa parte aliquota, 50 cm^3., o ferro era peroxidado pela mistura de ácido clorídrico com ácido azótico, fervendo durante 30 minutos e a seguir transformado em sulfocianato férrico.

A cor desta solução era comparada, no colorímetro de Duboscq, com a de uma solução de sal férrico, de concentração

aproximadamente igual à da solução em estudo, e tratada segundo a mesma técnica.

Exprimimos os resultados em mg. de ferro por 100 g. de queijo.

Lactose — Foi doseada pelo processo volumétrico de Fehling, efectuado sobre o líquido obtido pelo tratamento de 10 g. da amostra e depois de convenientemente defecado.

Exprimimos os resultados em lactose hidratada.

Substâncias azotadas — Foram obtidas pelos processos seguintes, realizados sempre em duplicado sobre cada queijo:

1 — AZOTE TOTAL: o seu teor foi obtido pelo método de Kyeldahl efectuado sobre 1 a 2 g. da amostra. O valor determinado depois de multiplicado pelo factor 6,37 dá a substância azotada total.

2 — AZOTE DAS SUBSTANCIAS AZOTADAS SOLÚVEIS: é importante, para avaliar o estado de maturação dum queijo, a determinação quer do azote solúvel total, quer ainda do azote solúvel nos diferentes estados em que se encontra, isto é, sob a forma de albumoses e peptonas, de amino-ácidos e de amoníaco.

Para efectuar estas determinações preparámos préviamente uma emulsão de 20 g. de queijo em água quente (35° a 40° C), em balão de 500 cm^3., que se mantinha no frigorífico durante cerca de 24 horas. Filtrávamos e em partes aliquotas do filtrado foram efectuadas as determinações:

a) AZOTE SOLÚVEL TOTAL: sob 50 ou 100 cm^3., evaporados quase à secura, foi determinado o azote pelo processo de Kyeldahl.

A relação entre o azote solúvel total e o azote total, multiplicada por 100, dá o coeficiente de maturação ou coeficiente de Duclaux, que representa o estado de maturação do queijo no momento da análise.

b) AZOTE AMONIACAL: determinou-se em 100 cm^3., libertando o amoníaco com cêrca de 5 g. de uma mistura, em partes

iguais de óxido de magnésio e carbonato de bário e recebendo-o num soluto titulado de ácido sulfúrico.

Para evitar a formação de espuma, durante a distilação, adicionávamos ao líquido fragmentos de parafina.

c) AZOTE DAS ALBUMOSES E PEPTONAS: a 50 cm^3., acidulados pelo ácido clorídrico, adicionava-se uma solução de ácido fosfotungstico que precipita as substâncias azotadas que se encontram no estado de albumoses e peptonas e o amoníaco. Filtrava-se, lavava-se o precipitado obtido com uma solução de ácido sulfúrico a 5 % e nesse precipitado doseava-se o azote pelo processo de Kyeldahl.

Subtraindo ao valor obtido, que representa a soma dos azotes sob a forma de albumoses e peptonas e de amoníaco, o valor do azote amoniacal obtido anteriormente, tem-se o valor do azote solúvel sob a forma de albumoses e peptonas.

d) AZOTE DOS AMINO-ÁCIDOS: os amino-ácidos do queijo, que passaram no filtrado da precipitação pelo ácido fosfotungstico, foram doseados pelo processo de Kyeldahl no filtrado da operação anterior.

Esta determinação do azote amínico apresentou sempre grandes dificuldades, inutilizando-se várias vezes, sendo nós por isso obrigados a determiná-lo por diferença entre o azote solúvel total e a soma dos azotes das albumoses e peptonas e do amoníaco.

3 — AZOTE DA CASEÍNA: foi determinado pelo cálculo: subtraindo do azote total o azote solúvel total. O valor obtido multiplicado por 6,37 representa a quantidade de caseína não solubilizada.

Índices da gordura — Na gordura extraída pelo éter, no aparelho de Soxhlet, determinámos os seguintes índices, que nos pareceram de maior valor para a sua caracterização:

a) ÍNDICE REFRACTOMÉTRICO WOLNY: à temperatura de 25°C, utilizando o butirorefractómetro Wolny-Zeiss.

b) ÍNDICE DE SAPONIFICAÇÃO OU DE KÖTTSTOFER: determinado segundo a técnica usual.

c) ÍNDICE DE IODO: determinado pelo método oficial de Wijs.

d) ÍNDICE DE REICHERT-MEISSL: determinado pelo método oficial de Leffmann Beam.

Relação de Herz — Esta relação entre a gordura e a substância seca isenta de gordura, classifica os queijos, segundo Herz, em quatro grupos:

1 — QUEIJOS MUITO GORDUROSOS OU DE CREME: em que uma parte da gordura corresponde no máximo a 0,67 partes da substância seca isenta de gordura.

2 — QUEIJOS INTEIRAMENTE GORDUROSOS: aqueles em que esta relação é de 1 para 0,67 até 1,25.

3 — QUEIJOS GORDUROSOS, quando esta relação é de 1 para 1,25 até 2,0.

4 — QUEIJOS MEIO GORDUROSOS, quando ela é de 1 para 2 até 3.

5 — QUEIJOS MAGROS, quando a relação tem o valor de 1 para mais de 3.

Valor energético: o valor energético de cada amostra foi avaliado empregando os seguintes coeficientes práticos propostos por Atwater.

Prótidos	4 calorias por grama
Gordura	9 » » »
Hidratos de carbono . .	4 » » »

Seguem-se as descrições das amostras e os resultados analíticos. Em quadros finais resumiremos: a composição geral dos queijos analisados (Quadro I), os diferentes estados da substância azotada (Quadro II), as principais características da gordura isolada (Quadro III), e por fim o valor nutritivo dos queijos analisados (Quadro IV).

AMOSTRA N.º 1 — Queijo Cabreiro

Caracteres:

Queijo redondo, com cerca de 1200 g., fresco. Massa branca com bastantes olhos.

Análise química:

Humidade		56,30 %
Extracto seco	43,70 %	
Gordura		20,70 %
Acidez total, em ácido láctico	0,91 %	
Cinzas totais		4,64 %
» insolúveis	1,61 %	
» solúveis	3,03 %	
Cloretos, em ClNa	2,80 %	
Cálcio	0,46 %	
Fósforo	0,32 %	
Ferro	—	
Lactose, em lactose hidratada		vestígios
Azote total	2,30 %	
Proteína total		14,65 %
Matérias orgânicas não doseadas		3,71 %
TOTAL		100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,04 %	Azote solúvel 0,78 %
» dos amino-ácidos	0,14 %	
» das albumoses	0,60 %	
» da caseína	1,52 %	
» total	2,30 %	
Coeficiente de maturação		33 90 %
Proteína na substância seca		33,52 %
Gordura » » »		47,37 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		1,11
Valor energético (calorias por 100 g.)		245,0

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	51,5
» de saponificação	231,9
» de iodo	39,0
» de Reichert-Meissl	26,4

AMOSTRA N.º 2 — Queijo cabreiro

Caracteres:

Queijo redondo, com cerca de 1600 g., fresco. Massa branca com bastantes olhos.

Análise química:

Humidade			54,56 %
Extracto seco	45,44 %		
Gordura			24,31 %
Acidez total, em ácido láctico	0,71 %		
Cinzas totais			4,26 %
» insolúveis	1,56 %		
» solúveis	2,70 %		
Cloretos, em ClNa	2,54 %		
Cálcio	0,48 %		
Fósforo	0,33 %		
Ferro	—		
Lactose, em lactose hidratada			vestígios
Azote total	2,40 %		
Proteína total			15,29 %
Matérias orgânicas não doseadas			1,58 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,17 %	0,87	%
» das albumoses	0,69 %		
» da caseína	1,53 %		
» total	2,40 %		
Coeficiente de maturação		36,20	%
Proteína na substância seca		33,65	%
Gordura » » »		53,50	%
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		0,87	
Valor energético (calorias por 100 g.)		280,0	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C.	52,3
» de saponificação	226,2
» de iodo	42,7
» de Reichert-Meissl	29,5

AMOSTRA N.º 3 — Queijo cabreiro «Rabaçal»

Caracteres:

Queijo redondo, com cerca de 500 g., fresco. Massa branca, muito branda, com bastantes olhos.

Análise química:

Humidade			49,59 %
Extracto seco	50,41 %		
Gordura			25,75 %
Acidez total, em ácido láctico	1,20 %		
Cinzas totais			4,86 %
» insolúveis	1,83 %		
» solúveis	3,03 %		
Cloretos, em ClNa	2,10 %		
Cálcio	0,54 %		
Fósforo	0,38 %		
Ferro	—		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	2,70 %		
Proteína total			17,20 %
Matérias orgânicas não doseadas			2,60 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,02 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,03 %		
» das albumoses	0,48 %	0,53	%
» da caseína	2,17 %		
» total	2,70 %		
Coeficiente de maturação		19,60	%
Proteína na substância seca		34,12	%
Gordura » » »		51,08	%
Relação de Herz - *Queijo inteiramente gorduroso* -		0,96	
Valor energético (calorias por 100 g.)		300,6	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	50,7
» de saponificação	229,0
» de iodo	38,2
» de Reichert-Meissl	23,5

AMOSTRA N.º 4 — Queijo cabreiro «Rabaçal»

Caracteres:

Queijo redondo, com cerca de 500 g., fresco. Massa branca, muito branda, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade			53,52 %
Extracto seco	46,48 %		
Gordura			21,12 %
Acidez total, em ácido láctico	1,00 %		
Cinzas totais			5,09 %
» insolúveis	1,84 %		
» solúveis	3,25 %		
Cloretos, em ClNa	3,00 %		
Cálcio	0,54 %		
Fósforo	0,41 %		
Ferro	—		
Lactose, em lactose hidratada			Vestígios
Azote total	2,74 %		
Proteína total			17,45 %
Matérias orgânicas não doseadas			2,82 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %	Azote solúvel
» dos amino-ácidos	0,06 %	0,45 %
» das albumoses	0,38 %	
» da caseína	2,29 %	
» total	2,74 %	
Coeficiente de maturação		16,40 %
Proteína na substância seca		37,54 %
Gordura » » »		45,44 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		1,20
Valor energético (calorias por 100 g.)		259,9

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	51,3
» de saponificação	235,0
» de iodo	44,1
» de Reichert-Meissl	25,5

AMOSTRA N.º 5 — Queijo de Azeitão (QUINTA DO ANJO)

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 250 g. Côdea amarela, miolo branco amarelado, mole mas não de correr sem olhos.

Análise química:

Humidade			46,83 %
Extracto seco	53,17	%	
Gordura			24,89 %
Acidez total, em ácido láctico	1,03	%	
Cinzas totais			4,02 %
» insolúveis	1,59	%	
» solúveis	2,43	%	
Cloretos, em ClNa	2,18	%	
Cálcio	0,43	%	
Fósforo	0,36	%	
Ferro	—		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,27	%	
Proteína total			20,83 %
Matérias orgânicas não doseadas			3,43 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,04	%	Azote solúvel 1,13 %
» dos amino-ácidos	0,08	%	
» das albumoses	1,01	%	
» da caseína	2,14	%	
» total	3,27	%	

Coeficiente de maturação	34,60 %
Proteína na substância seca	39,18 %
Gordura » » »	46,81 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –	1,14
Valor energético (calorias por 100 g.)	307,3

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	52,6
» de saponificação	226,3
» de iodo	43,4
» de Reichert-Meissl	26,3

AMOSTRA N.º 6 — Queijo de Azeitão (PALMELA)

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 250 g. embrulhado em papel vegetal e com o carimbo «Afonso Ramos Reynaud — Palmela».

Côdea amarela, miolo branco amarelado, mole mas não de correr, sem olhos.

Análise química:

Humidade		49,93	%
Extracto seco	50,07 %		
Gordura		24,35	%
Acidez total, em ácido láctico	0,82 %		
Cinzas totais		4,51	%
» insolúveis	1,74 %		
» solúveis	2,77 %		
Cloretos, em ClNa	2,51 %		
Cálcio	0,50 %		
Fósforo	0,42 %		
Ferro	2,36 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	3,33 %		
Proteína total		21,21	%
Matérias orgânicas não doseadas		0,00	%
TOTAL		100,00	%

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,08 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,20 %	2,25	%
» das albumoses	1,97 %		
» da caseína	1,08 %		
» total	3,33 %		
Coeficiente de maturação		67,60	%
Proteína na substância seca		42,36	%
Gordura » »		48,63	%
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		1,06	
Valor energético (calorias por 100 g.)		304,0	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	51,0
» de saponificação	237,5
» de iodo	38,1
» de Reichert-Meissl	27,5

AMOSTRA N.º 7

Queijo de Azeitão
(PALMELA)

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 250 g., embrulhado em papel vegetal e com o carimbo « Afonso Ramos Reynaud — Palmela ».

Côdea amarela, miolo branco amarelado, mole mas não de correr, sem olhos.

Análise química:

Humidade			50,45 %
Extracto seco	49,55 %		
Gordura			24,56 %
Acidez total, em ácido láctico	0,79 %		
Cinzas totais			4,48 %
» insolúveis	1,76 %		
» solúveis	2,72 %		
Cloretos, em ClNa	2,35 %		
Cálcio	0,54 %		
Fósforo	0,37 %		
Ferro	3,40 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,20 %		
Proteína total			20,38 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,13 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,06 %	Azote solúvel
» dos amino-ácidos	0,20 %	1,43 %
» das albumoses	1,17 %	
» da caseína	1,77 %	
» total	3,20 %	
Coeficiente de maturação		44,70 %
Proteína na substância seca		41,13 %
Gordura » »		49,57 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		1,02
Valor energético (calorias por 100 g.)		302,6

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	51,8
» de saponificação	237,0
» de iodo	45,9
» de Reicherl-Meissl	24,3

AMOSTRA N.º 8 — Queijo de Alverca

Caracteres:

Queijo cilíndrico, com cerca de 250 g., fresco. Massa branca, branda com bastantes olhos.

Análise química:

Humidade		51,05	%
Extracto seco	48,95 %		
Gordura		24,63	%
Acidez total, em ácido láctico	1,02 %		
Cinzas totais		2,69	%
» insolúveis	1,82 %		
» solúveis	0,87 %		
Cloretos, em ClNa	0,75 %		
Cálcio	0,56 %		
Fósforo	0,41 %		
Ferro	1,20 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		vestígios	
Azote total	2,51 %		
Proteína total		16,00	%
Matérias orgânicas não doseadas		5,63	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,20 %	0,63	%
» das albumoses	0,42 %		
» da caseína	1,88 %		
» total	2,51 %		
Coeficiente de maturação		25,10	%
Proteína na substância seca		32,69	%
Gordura » » »		50,32	%
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gordaroso* –		0,98	
Valor energético (calorias por 100 g)		285,7	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	52,5
» de saponificação	237,0
» de iodo	—
» de Reichert-Meissl	26,4

AMOSTRA N.º 9 — Queijo de Alverca

Caracteres:

Queijo cilíndrico, com cerca de 250 g., fresco. Massa branca, branda, com bastantes olhos.

Análise química:

Humidade			61,00 %
Extracto seco	39,00 %		
Gordura			17,98 %
Acidez total, em ácido láctico	0,14 %		
Cinzas totais			4,22 %
» insolúveis	1,69 %		
» solúveis	2,43 %		
Cloretos, em ClNa	2,34 %		
Cálcio	0,48 %		
Fósforo	0,40 %		
Ferro	1,76 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			1,61 %
Azote total	2,27 %		
Proteína total			14,46 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,73 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %	Azote solúvel
» dos amino-ácidos	0,18 %	
» das albumoses	0,35 %	0,54 %
» da caseína	1,73 %	
» total	2,27 %	
Coeficiente de maturação		23,70 %
Proteína na substância seca		37,08 %
Gordura » »		46,10 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		1,17
Valor energético (calorias por 100 g.)		226,1

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	52,3
» de saponificação	240,3
» de iodo	—
» de Reichert-Meissl	24,2

AMOSTRA N.º 10 — Queijo de Azeitão
(LAVOURA DO CALHARIZ)

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 250 g., embrulhado em papel vegetal e com o carimbo «Lavoura do Calhariz — Azeitão».

Côdea amarela, miolo branco amarelado, mole mas não de correr, sem olhos.

Análise química:

Humidade			48,54 %
Extracto seco	51,46 %		
Gordura			24,61 %
Acidez total, em ácido láctico	0,88 %		
Cinzas totais			4,62 %
» insolúveis	1,76 %		
» solúveis	2,86 %		
Cloretos, em ClNa	2,77 %		
Cálcio	0,50 %		
Fósforo	0,35 %		
Ferro	0,80 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,18 %		
Proteína total			20,26 %
Matérias orgânicas não doseadas			1,97 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,07 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,11 %		
» das albumoses	1,26 %	1,44 %	
» da caseína	1,74 %		
» total	3,18 %		
Coeficiente de maturação			45,30 %
Proteína na substância seca			39,37 %
Gordura » » »			47,82 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –			1,09
Valor energético (calorias por 100 g.)			302,5

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	52,4
» de saponificação	230,1
» de iodo	44,7
» de Reichert-Meissl	29,5

AMOSTRA N.º 11 — Queijo de Azeitão
(PAIVA)

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 250 g., embrulhado em papel vegetal com o carimbo «Jorge Paiva — Azeitão».

Côdea amarela, miolo branco amarelado, mole mas não de correr, sem olhos.

Análise química:

Humidade			43,36 %
Extracto seco	56,64	%	
Gordura			25,68 %
Acidez total, em ácido láctico	1,18	%	
Cinzas totais			4,35 %
» insolúveis	2,18	%	
» solúveis	2,17	%	
Cloretos, em ClNa	1,82	%	
Cálcio	0,63	%	
Fósforo	0,46	%	
Ferro	0,28 mg	%	
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,76	%	
Proteína total			23,95 %
Matérias orgânicas não doseadas			2,66 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,05	%	Azote solúvel 1,65
» dos amino-ácidos	0,17	%	
» das albumoses	1,43	%	
» da caseína	2,11	%	
» total	3,76	%	
Coeficiente de maturação			43,90 %
Proteína na substância seca			42,28 %
Gordura » » »			45,34 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –			1,20
Valor energético (calorias por 100 g)			326,9

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	51,4
» de saponificação	234,7
» de iodo	40,3
» de Reichert-Meissl	29,0

AMOSTRA N.º 12 — Queijo da Serra

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 1200 g., amanteigado.

Côdea amarelada, lisa, miolo amarelado, mole mas não de correr.

Análise química:

Humidade			48,50 %
Extracto seco	51,50	%	
Gordura			27,68 %
Acidez total, em ácido láctico	0,99	%	
Cinzas totais			4,51 %
» insolúveis	2,00	%	
» solúveis	2,51	%	
Cloretos, em ClNa	2,21	%	
Cálcio	0,59	%	
Fósforo	0,43	%	
Ferro	0,68	mg %	
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	2,79	%	
Proteína total			17,77 %
Matérias orgânicas não doseadas			1,54 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01	%	
» dos amino-ácidos	0,22	%	Azote solúvel
» das albumoses	1,02	%	1,25 %
» da caseína	1,54	%	
» total	2,79	%	
Coeficiente de maturação			44,80 %
Proteína na substância seca			34,50 %
Gordura » » »			53,75 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –			0,86
Valor energético (calorias por 100 g.)			320,2

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	51,4
» de saponificação	233,0
» de iodo	40,1
» de Reichert-Meissl	24,4

AMOSTRA N.º 13 — Queijo da Serra

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 1200 g., amanteigado.

Côdea amarelada lisa, miolo amarelado mole, mas não de correr.

Análise química:

Humidade			40,91 %
Extracto seco	59,09 %		
Gordura			27,70 %
Acidez total, em ácido láctico	1,34 %		
Cinzas totais			5,40 %
» insolúveis	2,46 %		
» solúveis	2,94 %		
Cloretos, em ClNa	2,52 %		
Cálcio	0,72 %		
Fósforo	0,56 %		
Ferro	0,68 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,76 %		
Proteína total			23,95 %
Matérias orgânicas não doseadas			2,04 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,04 %	Azote solúvel
» dos amino-ácidos	0,07 %	1,47 %
» das albumoses	1,36 %	
» da caseína	2,29 %	
» total	3,76 %	
Coeficiente de maturação		39,10 %
Proteína na substância seca		40,53 %
Gordura » » »		46,88 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		1,13
Valor energético (calorias por 100 gr.)		345,1

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	51,4
» de saponificação	234,2
» de iodo	38,1
» de Reichert-Meissl	28,0

AMOSTRA N.º 14 — Queijo de Ferreira do Alentejo

Caracteres:

Queijo redondo, com cerca de 200 g., fresco. Massa branca com alguns olhos.

Análise química:

Humidade		51,80	%
Extracto seco	48,20 %		
Gordura		21,16	%
Acidez total, em ácido láctico	0,26 %		
Cinzas totais		4,33	%
» insolúveis	1,89 %		
» solúveis	2,44 %		
Cloretos, em ClNa	2,05 %		
Cálcio	0,60 %		
Fósforo	0,39 %		
Ferro	0,80 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		2,38	%
Azote total	2,88 %		
Proteína total		18,34	%
Matérias orgânicas não doseadas		1,99	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,01 %	0,50	%
» das albumoses	0,48 %		
» da caseína	2,38 %		
» total	2,88 %		
Coeficiente de maturação		17,40	%
Proteína na substância seca		38,05	%
Gordura » » »		43,90	%
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,28	
Valor energético (calorias por 100 g.)		273,3	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	51,2
» de saponificação	232,0
» de iodo	38,8
» de Reichert-Meissl	28,8

AMOSTRA N.º 15 — Queijo de Ferreira do Alentejo

Caracteres:

Queijo redondo, com cerca de 200 g., curado.
Côdea amarela acastanhada, miolo amarelado, duro.

Análise química:

Humidade		28,00	%
Extracto seco	72,00 %		
Gordura		30,77	%
Acidez total, em ácido láctico	1,32 %		
Cinzas totais		6,85	%
» insolúveis	3,11 %		
» solúveis	3,74 %		
Cloretos, em ClNa	3,42 %		
Cálcio	0,98 %		
Fósforo	0,59 %		
Ferro	1,60 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	4,95 %		
Proteína total		31,53	%
Matérias orgânicas não doseadas		2,85	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,05 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,34 %	1,50	%
» das albumoses	1,11 %		
» da caseína	3,45 %		
» total	4,95 %		
Coeficiente de maturação		30,30	%
Proteína na substância seca		43,79	%
Gordura » » »		42,73	%
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,34	
Valor energético (calorias por 100 g.)		403,0	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	51,2
» de saponificação	236,5
» de iodo	38,9
» de Reichert-Meissl	—

AMOSTRA N.º 16 — Queijo da Serra

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 2000 g., um tanto amanteigado.

Côdea amarela, miolo amarelado, brando.

Análise química:

Humidade			44,63 %
Extracto seco	55,37 %		
Gordura			27,15 %
Acidez total, em ácido láctico	1,12 %		
Cinzas totais			4,23 %
» insolúveis	1,90 %		
» solúveis	2,33 %		
Cloretos, em ClNa	2,06 %		
Cálcio	0,63 %		
Fósforo	0,42 %		
Ferro	0,72 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,35 %		
Proteína total			21,34 %
Matérias orgânicas não doseadas			2,65 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,05 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,17 %	1,42	%
» das albumoses	1,20 %		
» da caseína »	1,93 %		
» total	3,35 %		
Coeficiente de maturação		42,40	%
Proteína na substância seca		38,54	%
Gordura » » »		49,03	%
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,04	
Valor energético (calorias por 100 g.)		329,7	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	51,0
» de saponificação	228,0
» de iodo	35,4
» de Reichert-Meissl	25,0

AMOSTRA N.º 17 — **Queijo da Serra**

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 1000 g. Côdea amarelada, lisa; miolo amarelado, semi-duro, um pouco farelento.

Análise química:

Humidade			38,20 %
Extracto seco	61,80 %		
Gordura			32,36 %
Acidez total, em ácido láctico	1,68 %		
Cinzas totais			6,12 %
» insolúveis	2,11 %		
» solúveis	4,01 %		
Cloretos, em ClNa	3,62 %		
Cálcio	0,61 %		
Fósforo	0,44 %		
Ferro	0,76 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,43 %		
Proteína total			21,85 %
Matérias orgânicas não doseadas			1,47 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,03 %	
» dos amino-ácidos	0,39 %	Azote solúvel
» das albumoses	1,24 %	1,66 %
» da caseína	1,77 %	
» total	3,43 %	
Coeficiente de maturação		48,40 %
Proteína na substância seca		35,36 %
Gordura » » »		52,36 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		0,91
Valor energético (calorias por 100 g.)		378,6

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C	51,2
» de saponificação	226,2
» de iodo	39 8
» de Reichert-Meissl	—

AMOSTRA N.º 18 — Queijo da Serra

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 1800 g. Côdea amarelada, lisa; miolo amarelado, semi-duro.

Análise química:

Humidade		40,73	%
Extracto seco	59,27 %		
Gordura		28,00	%
Acidez total, em ácido láctico	1,53 %		
Cinzas totais		4,79	%
» insolúveis	2,80 %		
» solúveis	1,99 %		
Cloretos, em ClNa	1,68 %		
Cálcio	0,81 %		
Fósforo	0,50 %		
Ferro	1,36 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	4,00 %		
Proteína total		25,48	%
Matérias orgânicas não doseadas		1,00	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,06 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,18 %	1,43	%
» das albumoses	1,19 %		
» da caseína	2,57 %		
» total	4,00 %		
Coeficiente de maturação		35,70	%
Proteína na substância seca		42,99	%
Gordura » » »		47,24	%
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		1,12	
Valor energético (calorias por 100 g.)		353,9	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	50,4
» de saponificação	240,3
» de iodo	35,7
» de Reichert-Meissl	25,8

AMOSTRA N.º 19 — **Queijo da Serra**

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 1800 g. Côdea amarela, lisa; miolo amarelado, semi-duro.

Análise química:

Humidade			41,56 %
Extracto seco	58,44	%	
Gordura			23,44 %
Acidez total, em ácido láctico	1,40	%	
Cinzas totais			6,34 %
» insolúveis	1,74	%	
» solúveis	4,60	%	
Cloretos, em ClNa	4,24	%	
Cálcio	0,58	%	
Fósforo	0,39	%	
Ferro	0,44 mg	%	
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,22	%	
Proteína total			20,51 %
Matérias orgânicas não doseadas			8,15 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,04	%	
» dos amino-ácidos	0,16	%	Azote solúvel
» das albumoses	1,08	%	1,28 %
» da caseína	1,94	%	
» total	3,22	%	
Coeficiente de maturação			39,70 %
Proteína na substância seca			35,10 %
Gordura » » »			40,11 %
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –			1,49
Valor energético (calorias por 100 g.)			293,0

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	50,6
» de saponificação	232,3
» de iodo	37,0
» de Reichert-Meissl	—

AMOSTRA N.º 20 — Queijo de Serpa

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 1700 g. Côdea amarela; miolo amarelado, mole mas não de correr.

Análise química:

Humidade		45,66	%
Extracto seco	54,34 %		
Gordura		22,42	%
Acidez total, em ácido láctico	1,22 %		
Cinzas totais		5,84	%
» insolúveis	2,87 %		
» solúveis	2,97 %		
Cloretos, em ClNa	2,02 %		
Cálcio	0,85 %		
Fósforo	0,55 %		
Ferro	2,88 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	4,05 %		
Proteína total		25,80	%
Matérias orgânicas não doseadas		0,28	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,05 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,28 %	1,74	%
» das albumoses	1,41 %		
» da caseína	2,31 %		
» total	4,05 %		
Coeficiente de maturação		43,00	%
Proteína na substância seca		47,50	%
Gordura » » »		41,26	%
Relação de Herz–*Queijo gorduroso*–		1,42	
Valor energético (calorias por 100 g.)		305,0	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	50,4
» de saponificação	233,7
» de iodo	36,0
» de Reichert-Meissl	25,7

AMOSTRA N.º 21 — Queijo de Serpa

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 1700 g. Côdea amarela; miolo amarelado, mole mas não de correr.

Análise química:

Humidade			42,53 %
Extracto seco	57,47 %		
Gordura			24,57 %
Acidez total, em ácido láctico	1,21 %		
Cinzas totais			6,02 %
» insolúveis	2,80 %		
» solúveis	3,22 %		
Cloretos, em ClNa	2,38 %		
Cálcio	0,79 %		
Fósforo	0,55 %		
Ferro	1,16 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	4,18 %		
Proteína total			26,63 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,25 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,05 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,16 %	1,59	%
» das albumoses	1,38 %		
» da caseína	2,59 %		
» total	4,18 %		
Coeficiente de maturação		38,00	%
Proteína na substância seca		46,34	%
Gordura » » »		42,75	%
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,34	
Valor energético (calorias por 100 g.)		327,6	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	52,0
» de saponificação	226,5
» de iodo	39,1
» de Reichert-Meissl	26,7

AMOSTRA N.º 22 — Queijo do Alentejo
(CELTA)

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 1500 g. Côdea avermelhada, lisa; miolo amarelado, mole, mas não de correr.

Análise química:

Humidade			37,61 %
Extracto seco	62,39	%	
Gordura			28,05 %
Acidez total, em ácido láctico	1,40	%	
Cinzas totais			5,00 %
» insolúveis	2,92	%	
» solúveis	2,08	%	
Cloretos, em ClNa	1,79	%	
Cálcio	0,83	%	
Fósforo	0,57	%	
Ferro	0,92 mg	%	
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	4,00	%	
Proteína total			25,48 %
Matérias orgânicas não doseadas			3,86 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,09	%	Azote solúvel 1,54 %
» dos amino-ácidos	0,24	%	
» das albumoses	1,21	%	
» da caseína	2,46	%	
» total	4,00	%	
Coeficiente de maturação			38,50 %
Proteína na substância seca			40,84 %
Gordura » » »			44,96 %
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –			1,22
Valor energético (calorias por 100 g.)			354,4

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C.	50,2
» de saponificação	230,0
» de iodo	34,4
» de Reichert-Meissl	28,2

AMOSTRA N.º 23 — Queijo de Évora

Caracteres:

Queijos redondos, pequenos, com cerca de 150 g.

Côdea branca; miolo branco, semi-duro, sem olhos. Sabor muito salgado.

Análise química:

Humidade			38,75 %
Extracto seco	61,25	%	
Gordura			25,49 %
Acidez total, em ácido láctico	0,41	%	
Cinzas totais			13,20 %
» insolúveis	2,18	%	
» solúveis	11,02	%	
Cloretos, em ClNa	10,53	%	
Cálcio	0,73	%	
Fósforo	0,40	%	
Ferro	0,88	mg %	
Lactose, em lactose hidratada			1,35 %
Azote total	3,33	%	
Proteína total			21,21 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,00 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,03	%	Azote solúvel
» dos amino-ácidos	0,03	%	0,63 %
» das albumoses	0,57	%	
» da caseína	2,70	%	
» total	3,33	%	
Coeficiente de maturação			18,90 %
Proteína na substância seca			34,63 %
Gordura » » »			41,62 %
Relação de Herz - *Queijo gorduroso* -			1,40
Valor energético (calorias por 100 g.)			319,6

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C	51,0
» de saponificação	231,6
» de iodo	37,9
» de Reichert-Meissl	—

AMOSTRA N.º 24 — Queijo de Alcobaça

Caracteres:

Queijo cilíndrico, com cerca de 150 g., fresco. Massa branca com bastantes olhos.

Análise química:

Humidade			63,00 %
Extracto seco	37,00 %		
Gordura			14,87 %
Acidez total, em ácido láctico	0,47 %		
Cinzas totais			3,85 %
» insolúveis	1,40 %		
» solúveis	2,45 %		
Cloretos, em ClNa	2,13 %		
Cálcio	0,37 %		
Fósforo	0,26 %		
Ferro	0,40 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			2,25 %
Azote total	2,18 %		
Proteína total			13,89 %
Matérias orgânicas não doseadas			2,14 %
TOTAL			100,00 %

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %		
» dos amino-ácidos	0,00 %	Azote solúvel	
» das albumoses	0,38 %	0,39	%
» da caseína	1,79 %		
» total	2,18 %		
Coeficiente de maturação		17,90	%
Proteína na substância seca		37,54	%
Gordura » » »		40,19	%
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,49	
Valor energético (calorias por 100 g.)		198,4	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	50,0
» de saponificação	230,2
» de iodo	36,6
» de Reichert-Meissl	25,6

AMOSTRA N.º 25 — Queijo cabreiro picante

Caracteres:

Queijo redondo, com cerca de 900 g.

Côdea branca acinzentada; miolo branco, semi-duro, com alguns olhos. Sabor picante e salgado.

Análise química:

Humidade			37,14 %
Extracto seco	62,86	%	
Gordura			26,58 %
Acidez total, em ácido láctico	0,97	%	
Cinzas totais			7,97 %
» insolúveis	2,00	%	
» solúveis	5,97	%	
Cloretos, em ClNa	5,34	%	
Cálcio	0,53	%	
Fósforo	0,41	%	
Ferro	0,88 mg	%	
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,70	%	
Proteína total			23,57 %
Matérias orgânicas não doseadas			4,74 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,04	%	Azote solúvel 0,88 %
» dos amino-ácidos	0,11	%	
» das albumoses	0,73	%	
» da caseína	2,82	%	
» total	3,70	%	
Coeficiente de maturação			23,80 %
Proteína na substância seca			37,50 %
Gordura » » »			42,28 %
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –			1,36
Valor energético (calorias por 100 g.)			333,5

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C.	51,0
» de saponificação	235,8
» de iodo	38,3
» de Reichert-Meissl	26,5

AMOSTRA N.º 26 — Queijo de Alcobaça

Caracteres:

Queijos cilíndricos, com cerca de 150 g., frescos. Massa branca com bastantes olhos.

Análise química:

Humidade			61,42 %
Extracto seco	38,58 %		
Gordura			15,00 %
Acidez total, em ácido láctico	0,47 %		
Cinzas totais			3,47 %
» insolúveis	1,26 %		
» solúveis	2,21 %		
Cloretos, em ClNa	1,83 %		
Cálcio	0,37 %		
Fósforo	0,25 %		
Ferro	0,84 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			2,05 %
Azote total	2,17 %		
Proteína total			13,82 %
Matérias orgânicas não doseadas			4,24 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,08 %	0,43	%
» das albumoses	0,34 %		
» da caseína	1,74 %		
» total	2,17 %		
Coeficiente de maturação		19,80	%
Proteína na substância seca		35,82	%
Gordura » » »		38,88	%
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,57	
Valor energético (calorias por 100 g.)		198,5	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	49,9
» de saponificação	233,5
» de iodo	37,0
» de Reichert-Meissl	26,2

AMOSTRA N.º 27 — Queijo cabreiro picante

Caracteres:

Queijo redondo, com cerca de 800 g.

Côdea branca acinzentada, miolo branco semi-duro, com alguns olhos. Sabor picante e salgado.

Análise química:

Humidade			40,46 %
Extracto seco	59,54	%	
Gordura			27,98 %
Acidez total, em ácido láctico	0,92	%	
Cinzas totais			10,16 %
» insolúveis	2,06	%	
» solúveis	8,10	%	
Cloretos, em ClNa	8,00	%	
Cálcio	0,55	%	
Fósforo	0,36	%	
Ferro	0,96	mg %	
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,36	%	
Proteína total			21,40 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,00
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,05	%	Azote solúvel
» dos amino-ácidos	0,09	%	
» das albumoses	0,39	%	0,53 %
» da caseína	2,83	%	
» total	3,36	%	
Coeficiente de maturação			15,80 %
Proteína na substância seca			35,94 %
Gordura » » »			46,99 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –			1,13
Valor energético (calorias por 100 g.)			337,4

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C.	48,9
» de saponificação	227,8
» de iodo	35,0
» de Reichert-Meissl	—

AMOSTRA N.º 28 — Queijo de Évora

Caracteres:

Queijos redondos, pequenos, com cerca de 100 g.

Côdea branca; miolo branco, semi-duro, sem olhos. Sabor muito salgado.

Análise química:

Humidade		41,10	%
Extracto seco	58,90 %		
Gordura		24,50	%
Acidez total, em ácido láctico	0,56 %		
Cinzas totais		13,04	%
» insolúveis	2,26 %		
» solúveis	10,78 %		
Cloretos, em ClNa	10,66 %		
Cálcio	0,59 %		
Fósforo	0,38 %		
Ferro	0,96 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		1,04	%
Azote total	3,19 %		
Proteína total		20,32	%
Matérias orgânicas não doseadas		0,00	
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,02 %	0,59	%
» das albumoses	0,56 %		
» da caseína	2,60 %		
» total	3,19 %		
Coeficiente de maturação		18,50	%
Proteína na substância seca		34,50	%
Gordura » » »		41,59	%
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,40	
Valor energético (calorias por 100 g.)		305,9	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	51,0
» de saponificação	230,1
» de iodo	32,4
» de Reichert-Meissl	27,8

AMOSTRA N.º 29 — **Queijo de Alverca**

Caracteres:

Queijo redondo, pequeno, com cerca de 120 g.

Côdea amarelada e lisa; miolo branco amarelado, semi-duro, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade			44,48	%
Extracto seco	55,52	%		
Gordura			29,30	%
Acidez total, em ácido láctico	1,24	%		
Cinzas totais			3,64	%
» insolúveis	1,90	%		
» solúveis	1,74	%		
Cloretos, em ClNa	1,56	%		
Cálcio	0,60	%		
Fósforo	0,32	%		
Ferro	0,64 mg	%		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa	
Azote total	3,46	%		
Proteína total			22,04	%
Matérias orgânicas não doseadas			0,54	%
TOTAL			100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01	%	Azote solúvel
» dos amino-ácidos	0,09	%	
» das albumoses	0,26	%	0,36 %
» da caseína	3,10	%	
» total	3,46	%	
Coeficiente de maturação			10,40 %
Proteína na substância seca			39,69 %
Gordura » » »			52,77 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –			0,89
Valor energético (calorias por 100 g.)			351,9

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	50,1
» de saponificação	236,8
» de iodo	35,5
» de Reichert-Meissl	22,0

AMOSTRA N.º 30 — Queijo de Tomar

Caracteres:

Queijos pequenos, redondos, com cerca de 20 g., frescos. Massa branca, com alguns olhos. Sabor salgado.

Análise química:

Humidade			52,18 %
Extracto seco	47,82 %		
Gordura			25,24 %
Acidez total, em ácido láctico	0,34 %		
Cinzas totais			7,91 %
» insolúveis	1,36 %		
» solúveis	6,55 %		
Cloretos, em ClNa	6,32 %		
Cálcio	0,39 %		
Fósforo	0,25 %		
Ferro	2,52 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	2,00 %		
Proteína total			12,74 %
Matérias orgânicas não doseadas			1,93 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,03 %	0,62	%
» das albumoses	0,58 %		
» da caseína	1,38 %		
» total	2,00 %		
Coeficiente de maturação			31,00 %
Proteína na substância seca			26,64 %
Gordura » » »			52,78 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –			0,89
Valor energético (calorias por 100 g.)			278,1

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	50,5
» de saponificação	225,9
» de iodo	36,6
» de Reichert-Meissl	26,0

AMOSTRA N.º 31 — **Queijo de Évora**

Caracteres:

Queijos redondos, com cerca de 100 g., curados.

Côdea branca amarelada, suja, miolo branco amarelado, duro, com raros olhos. Sabor salgado.

Análise química:

Humidade			21,76 %
Extracto seco	78,24 %		
Gordura			37,64 %
Acidez total, em ácido láctico	0,68 %		
Cinzas totais			9,80 %
» insolúveis	2,73 %		
» solúveis	7,07 %		
Cloretos, em ClNa	6,89 %		
Cálcio	0,78 %		
Fósforo	0,55 %		
Ferro	1,28 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			vestígios
Azote total	4,81 %		
Proteína total			30,64 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,16 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,88 %	1,70	%
» das albumoses	0,81 %		
» da caseína	3,11 %		
» total	4,81 %		
Coeficiente de maturação		35,30	%
Proteína na substância seca		39,16	%
Gordura » »		48,11	%
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		1,08	
Valor energético (calorias por 100 gr.)		461,3	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	51,8
» de saponificação	230,7
» de iodo	34,7
» de Reichert-Meissl	—

AMOSTRA N.º 32 — Queijo Flamengo Nacional (PASTOR)

Caracteres:

Queijo bola, com cerca de 1200 g., envolvido em papel celofane vermelho, sobre o qual estavam coladas duas etiquetas com os dizeres: «Lacto Lusa Lt.ª — Flamengo Pastor — Vale de Cambra». Sobre o queijo uma etiqueta com as indicações «10 — Junho 1947 — 30 % gordura».

Côdea vermelha, parafinada; miolo amarelo, brando, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade		48,53 %
Extracto seco	51,47 %	
Gordura		17,27 %
Acidez total, em ácido láctico	0,94 %	
Cinzas totais		4,23 %
» insolúveis	2,25 %	
» solúveis	1,98 %	
Cloretos, em ClNa	1,50 %	
Cálcio	0,71 %	
Fósforo	0,42 %	
Ferro	0,68 mg %	
Lactose, em lactose hidratada		não acusa
Azote total	4,47 %	
Proteína total		28,47 %
Matérias orgânicas não doseadas		1,50 %
TOTAL		100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,05 %	Azote solúvel 0,83 %
» dos amino-ácidos	0,19 %	
» das albumoses	0,59 %	
» da caseína	3,64 %	
» total	4,47 %	
Coeficiente de maturação		18,60 %
Proteína na substância seca		55,31 %
Gordura » » »		33,55 %
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,98
Valor energético (calorias por 100 g.)		269,3

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	50,8
» de saponificação	236,5
» de iodo	36,2
» de Reichert-Meissl	25,8

AMOSTRA N.º 33 — Queijo creme « Serra Gordo »

Caracteres:

Pasta embrulhada em papel de estanho, revestida de papel vegetal e contida numa caixa quadrada de madeira com os dizeres « Queijo Serra Gordo — Creme — gordura + 40 % — Lacticínios Loreto Lt.ª — 24-4-947 ».

Pasta de cor amarela acentuada, com cheiro e sabor pouco agradáveis.

Análise química:

Humidade			58,04 %
Extracto seco	41,96	%	
Gordura			15,20 %
Acidez total, em ácido láctico	0,72	%	
Cinzas totais			5,96 %
» insolúveis	2,17	%	
» solúveis	3,79	%	
Cloretos, em ClNa	2,52	%	
Cálcio	0,57	%	
Fósforo	0,49	%	
Ferro	2,00	mg %	
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,13	%	
Proteína total			19,94 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,86 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,06	%	
» dos amino-ácidos	0,09	%	Azote solúvel
» das albumoses	2,32	%	2,47 %
» da caseína	0,66	%	
» total	3,13	%	
Coeficiente de maturação			78,90 %
Proteína na substância seca			47,52 %
Gordura » » »			36,22 %
Relação de Herz–*Queijo gorduroso*–			1,76
Valor energético (calorias por 100 g.)			216,6

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	53,3
» de saponificação	241,4
» de iodo	—
» de Reichert-Meissl	—

AMOSTRA N.º 34

Queijo Flamengo Nacional
(PINHEIRO MANSO)

Caracteres:

Queijo bola, com cerca de 1200 g. Sobre o queijo um rótulo com os dizeres «Queijo Pinheiro Manso — Martins & Rebelo — Vale de Cambra — Indústria Nacional» e o carimbo «Pinheiro Manso — 23 — Junho 1947 — gordura + 45 %».

Côdea vermelha, parafinada; miolo amarelo, brando, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade		47,18	%
Extracto seco	52,82 %		
Gordura		25,20	%
Acidez total, em ácido láctico	1,08 %		
Cinzas totais		4,57	%
» insolúveis	1,91 %		
» solúveis	2,66 %		
Cloretos, em ClNa	2,30 %		
Cálcio	0,59 %		
Fósforo	0,39 %		
Ferro	0,52 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	3,55 %		
Proteína total		22,61	%
Matérias orgânicas não doseadas		0,44	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,03 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,21 %	0,92	%
» das albumoses	0,68 %		
» da caseína	2,63 %		
» total	3,55 %		
Coeficiente de maturação		25,90	%
Proteína na substância seca		42,80	%
Gordura » » »		47,71	%
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		1,09	
Valor energético (calorias por 100 g.)		317,2	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	52,0
» de saponificação	226,2
» de iodo	36,1
» de Reichert-Meissl	25,1

AMOSTRA N.º 35 **Queijo creme «Serra Gordo»**

Caracteres:

Pasta embrulhada em papel de estanho, revestida de papel vegetal e contida numa caixa quadrada, de madeira, com os dizeres «Queijo Serra Gordo — creme — gordura + 40 % — Lacticínios Loreto, Lt.ª — 6-3-47».

Pasta de cor amarelada, com cheiro e sabor pouco agradáveis.

Análise química:

Humidade			57,00 %
Extracto seco	43,00	%	
Gordura			16,30 %
Acidez total, em ácido láctico	0,79	%	
Cinzas totais			6,19 %
» insolúveis	2,11	%	
» solúveis	4,08	%	
Cloretos, em ClNa	2,90	%	
Cálcio	0,55	%	
Fósforo	0,63	%	
Ferro	1,20 mg	%	
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,14	%	
Proteína total			20,00 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,51 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,05	%	Azote solúvel
» dos amino-ácidos	0,18	%	2,67 %
» das albumoses	2,44	%	
» da caseína	0,47	%	
» total	3,14	%	
Coeficiente de maturação			85,00 %
Proteína na substância seca			46,51 %
Gordura » » »			37,91 %
Relação de Herz-*Queijo gorduroso*-			1,64
Valor energético (calorias por 100 g.)			226,7

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	53,0
» de saponificação	230,0
» de iodo	34,7
» de Reichert-Meissl	26,2

AMOSTRA N.º 36 — **Queijo Flamengo Nacional** (PASTOR)

Caracteres:

Queijo bola, com cerca de 1000 g., envolvido em papel celofane vermelho, sobre o qual estavam coladas duas etiquetas com os dizeres «Lacto-Lusa, Lt.ª. Flamengo Pastor — Vale de Cambra». Sobre o queijo uma etiqueta com as indicações: «19 — Junho — 47 — 30 % de gordura».

Côdea vermelha, parafinada; miolo amarelo, brando, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade			46,86 %
Extracto seco	53,14 %		
Gordura			18,17 %
Acidez total, em ácido láctico	1,08 %		
Cinzas totais			4,71 %
» insolúveis	2,37 %		
» solúveis	2,34 %		
Cloretos, em ClNa	1,81 %		
Cálcio	0,76 %		
Fósforo	0,45 %		
Ferro	1,24 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	4,58 %		
Proteína total			29,17 %
Matérias orgânicas não doseadas			1,09 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,06 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,33 %	0,95	%
» das albumoses	0,56 %		
» da caseína	3,63 %		
» total	4,58 %		
Coeficiente de maturação		20,70	%
Proteína na substância seca		54,89	%
Gordura » » »		34,19	%
Relação de Herz–*Queijo gorduroso*–		1,92	
Valor energético (calorias por 100 g.)		280,2	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	50,5
» de saponificação	232,1
» de iodo	32,1
» de Reichert-Meissl	25,7

AMOSTRA N.º 37 **Queijo creme « Pinheiro Manso »**

Caracteres:

Queijo de forma prismática, com cerca de 1000 g., embrulhado em papel de estanho, com os dizeres: « Martins & Rebelo — Pinheiro Manso — gordura superior a 30 % », tendo coladas nas bases, etiquetas com as indicações « Queijo Pinheiro Manso — MR — 20 Jun. ».

Massa amarela, branda.

Análise química:

Humidade			61,16 %
Extracto seco	38,84	%	
Gordura			13,77 %
Acidez total, em ácido láctico	1,06	%	
Cinzas totais			4,37 %
» insolúveis	1,98	%	
» solúveis	2,39	%	
Cloretos, em ClNa	1,38	%	
Cálcio	0,77	%	
Fósforo	0,54	%	
Ferro	2,48 mg	%	
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,15	%	
Proteína total			20,06 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,64 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,05	%	Azote solúvel
» dos amino-ácidos	0,16	%	
» das albumoses	1,10	%	1,31 %
» da caseína	1,84	%	
» total	3,15	%	

Coeficiente de maturação	41,60 %
Proteína na substância seca	51,65 %
Gordura » » »	35,45 %
Relação de Herz–*Queijo gorduroso*–	1,82
Valor energético (calorias por 100 g.)	204,2

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C	50,6
» de saponificação	233,6
» de iodo	34,3
» de Reichert-Meissl	22,6

AMOSTRA N.º 38 — **Queijo Flamengo Nacional** (GONDE)

Caracteres:

Queijo bola, com cerca de 1200 g., com um envólucro de tripa e sobre ele duas etiquetas com os dizeres: «Nunes Rodrigues & C.ª, Lt.ª — Avanca — Queijo gonde — 45 %». Sobre o queijo uma etiqueta com as indicações «45 % gordura - 12-7-47». Côdea vermelha; miolo amarelo; brando, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade		42,81	%
Extracto seco	57,19 %		
Gordura		25,60	%
Acidez total, em ácido láctico	1,29 %		
Cinzas totais		4,67	%
» insolúveis	2,37 %		
» solúveis	2,30 %		
Cloretos, em ClNa	2,03 %		
Cálcio	0,83 %		
Fósforo	0,48 %		
Ferro	0,18 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	4,00 %		
Proteína total		25,48	%
Matérias orgânicas não doseadas		0,44	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,02 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,18 %	0,60	%
» das albumoses	0,40 %		
» da caseína	3,40 %		
» total	4,00 %		
Coeficiente de maturação		15,00	%
Proteína na substância seca		44,55	%
Gordura » » »		44,76	%
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		1,23	
Valor energético (calorias por 100 g.)		332,3	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C	50,2
» de saponificação	234,8
» de iodo	31,2
» de Reichert-Meissl	27,8

AMOSTRA N.º 39 — Queijo creme «Pinheiro Manso»

Caracteres:

Queijo de forma prismática, com cerca de 1000 g., embrulhado em papel de estanho, com os dizeres «Martins & Rebelo — Pinheiro Manso — Gordura Superior a 30 %» tendo coladas nas bases etiquetas com os dizeres «Queijo Pinheiro Manso — M. R. — 25 Jun.». Massa amarela, branda.

Análise química:

Humidade			63,02	%
Extracto seco	36,98	%		
Gordura			13,75	%
Acidez total, em ácido láctico	1,21	%		
Cinzas totais			4,44	%
» insolúveis	1,81	%		
» solúveis	2,63	%		
Cloretos, em ClNa	1,52	%		
Cálcio	0,52	%		
Fósforo	0,59	%		
Ferro	0,14 mg	%		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa	
Azote total	2,95	%		
Proteína total			18,79	%
Matérias orgânicas não doseadas			0,00	
TOTAL			100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,06	%	Azote solúvel 1,13 %
» dos amino-ácidos	0,22	%	
» das albumoses	0,85	%	
» da caseína	1,82	%	
» total	2,95	%	
Coeficiente de maturação			38,30 %
Proteína na substância seca			50,81 %
Gordura » » »			37,18 %
Relação de Herz–*Queijo gorduroso*–			1,69
Valor energético (calorias por 100 g.)			198,9

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	51,0
» de saponificação	230,8
» de iodo	37,6
» de Reichert-Meissl	27,5

AMOSTRA N.º 40

Queijo Flamengo Nacional
(PINHEIRO MANSO)

Caracteres:

Queijo bola com cerca de 1200 g. Sobre o queijo um rótulo com os dizeres: «Queijo Pinheiro Manso — Martins & Rebelo. Vale de Cambra — Indústria Nacional» e o carimbo «Pinheiro Manso — 7 Out. 1947 — Gordura + 45 % — Martins & Rebelo».

Côdea vermelha, parafinada; miolo amarelo, brando, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade			46,30 %
Extracto seco	53,70 %		
Gordura			24,34 %
Acidez total, em ácido láctico	0,95 %		
Cinzas totais			3,79 %
» insolúveis	1,43 %		
» solúveis	2,36 %		
Cloretos, em ClNa	2,01 %		
Cálcio	0,48 %		
Fósforo	0,28 %		
Ferro	1,84 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,92 %		
Proteína total			24,97 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,60 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,03 %	Azote solúvel 1,10 %
» dos amino-ácidos	0,27 %	
» das albumoses	0,80 %	
» da caseína	2,82 %	
» total	3,92 %	
Coeficiente de maturação		28,10 %
Proteína na substância seca		46,50 %
Gordura » » »		45,33 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		1,21
Valor energético (calorias por 100 g.)		318,9

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C.	49,2
» de saponificação	236,5
» de iodo	32,3
» de Reichert-Meissl	22,4

AMOSTRA N.º 41 — Queijo Flamengo Nacional
(ANCORA)

Caracteres:

Queijo bola com cerca de 900 g., envolvido em papel celofane vermelho, sobre o qual estavam coladas duas etiquetas com os dizeres: «Empreza de Lacticínios Ancora, Lt.ª — Vila Praia de Ancora». Sobre o queijo uma etiqueta com as indicações: «+ 45 % Gord. — 21 Set. — 1947».

Côdea vermelha, parafinada; miolo amarelo, bastante seco, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade			40,63 %
Extracto seco	59,37 %		
Gordura			24,57 %
Acidez total, em ácido láctico	1,22 %		
Cinzas totais			5,27 %
» insolúveis	2,26 %		
» solúveis	3,01 %		
Cloretos, em ClNa	2,30 %		
Cálcio	0,74 %		
Fósforo	0,48 %		
Ferro	1,12 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	4,40 %		
Proteína total			28,03 %
Matérias orgânicas não doseadas			1,50 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,04 %	Azote solúvel 0,75 %
» dos amino-ácidos	0,19 %	
» das albumoses	0,52 %	
» da caseína	3,65 %	
» total	4,40 %	
Coeficiente de maturação		17,00 %
Proteína na substância seca		47,21 %
Gordura » » »		41,38 %
Relação de Herz - *Queijo gorduroso* -		1,41
Valor energético (calorias por 100 g.)		333,2

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	50,2
» de saponificação	237,9
» de iodo	34,2
» de Reichert-Meissl	27,2

AMOSTRA N.º 42 — Queijo fundido «Lusitano»

Caracteres:

Queijo de forma prismática, com cerca de 2700 g., embrulhado em papel celofane, tendo colada uma etiqueta com os dizeres « Queijo Lusitano — Martins & Rebelo — gordura + 10 %».

Massa amarela, lisa.

Análise química:

Humidade		55,57	%
Extracto seco	44,43 %		
Gordura		7,90	%
Acidez total, em ácido láctico	1,39 %		
Cinzas totais		5,20	%
» insolúveis	2,30 %		
» solúveis	2,90 %		
Cloretos, em ClNa	2,10 %		
Cálcio	0,58 %		
Fósforo	0,58 %		
Ferro	1,92 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	4,46 %		
Proteína total		28,41	%
Matérias orgânicas não doseadas		2,92	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,10	%
» dos amino-ácidos	—	
» das albumoses	1,47	%
» da caseína	—	
» total	4,46	%

Coeficiente de maturação	—	
Proteína na substância seca	63,94	%
Gordura » » »	17,78	%
Relação de Herz – *Queijo magro* –	4,62	
Valor energético (calorias por 100 g.)	184,7	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	49,5
» de saponificação	237,7
» de iodo	35,1
» de Reichert-Meissl	—

AMOSTRA N.º 43 — **Queijo Flamengo Nacional** (ILHA VERDE)

Caracteres:

Queijo bola, com cerca de 1000 g., parafinado. Sobre o queijo duas etiquetas com os dizeres «Ilha Verde — Lacticínios Loreto, Lt.ª — S. Miguel — Açores — Gordura 30 %». Sobre o queijo o carimbo: «Gordura + 30 % — 22-9-947».

Côdea vermelha, parafinada, com aspecto sujo; miolo amarelado, muito brando, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade			42,56 %
Extracto seco	57,44 %		
Gordura			19,66 %
Acidez total, em ácido láctico	1,26 %		
Cinzas totais			5,22 %
» insolúveis	2,59 %		
» solúveis	2,63 %		
Cloretos, em ClNa	2,19 %		
Cálcio	0,83 %		
Fósforo	0,52 %		
Ferro	0,60 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	5,11 %		
Proteína total			32,56 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,00
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,09 %	Azote solúvel 1,27 %
» dos amino-ácidos	0,18 %	
» das albumoses	1,00 %	
» da caseína	3,84 %	
» total	5,11 %	
Coeficiente de maturação		24,90 %
Proteína na substância seca		56,68 %
Gordura » » »		34,23 %
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,92
Valor energético (calorias por 100 g.)		307,2

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	50,2
» de saponificação	239,4
» de iodo	35,2
» de Reichert-Meissl	20,9

AMOSTRA N.º 44 — Queijo da Ilha

Caracteres:

Queijo redondo, de bordos boleados, com cerca de 10 kg. Sobre o queijo um rótulo com os dizeres « Queijo Vale Grande — S. Jorge — Cooperativa de Leitaria da Beira ».

Côdea amarela; miolo amarelado, semi-duro e farelento.

Análise química:

Humidade		35,21	%
Extracto seco	64,78 %		
Gordura		27,27	%
Acidez total, em ácido láctico	1,76 %		
Cinzas totais		5,93	%
» insolúveis	2,86 %		
» solúveis	3,07 %		
Cloretos, em ClNa	2,52 %		
Cálcio	0,88 %		
Fósforo	0,48 %		
Ferro	1,88 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	4,80 %		
Proteína total		30,58	%
Matérias orgânicas não doseadas		1,01	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,19 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,31 %	1,71	%
» das albumoses	1,21 %		
» da caseína	3,09 %		
» total	4,80 %		
Coeficiente de maturação		35,60	%
Proteína na substância seca		47,20	%
Gordura » » »		42,09	%
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,37	
Valor energético (calorias por 100 g.)		367,7	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	51,0
» de saponificação	235,1
» de iodo	37,0
» de Reichert-Meissl	27,6

AMOSTRA N.º 45 — **Queijo da Ilha**

Caracteres:

Queijo redondo, de bordos boleados, com cerca de 9 kg. Sobre o queijo um carimbo com os dizeres: «Lacticínios de Ponta Delgada (o resto ilegível) — Gordura + 30 %».

Miolo amarelo, um tanto farelento e com muitos olhos; côdea de cor um pouco mais carregada que a do miolo, suja. Cheiro desagradável.

Análise química:

Humidade		38,74	%
Extracto seco	61,26 %		
Gordura		20,51	%
Acidez total, em ácido láctico	1,08 %		
Cinzas totais		5,50	%
» insolúveis	2,95 %		
» solúveis	2,55 %		
Cloretos, em ClNa	2,29 %		
Cálcio	0,91 %		
Fósforo	0,62 %		
Ferro	0,56 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	5,35 %		
Proteína total		34,08	%
Matérias orgânicas não doseadas		1,17	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,15 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,25 %	1,42	%
» das albumoses	1,02 %		
» da caseína	3,93 %		
» total	5,35 %		
Coeficiente de maturação		26,50	%
Proteína na substância seca		55,63	%
Gordura » » »		33,48	%
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,99	
Valor energético (calorias por 100 g.)		320,9	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	51,3
» de saponificação	232,5
» de iodo	38,3
» de Reichert-Meissl	27,0

AMOSTRA N.º 46 — Queijo da Ilha

Caracteres:

Queijo redondo, de bordos boleados, com cerca de 12 kg. Sobre o queijo um rótulo com os dizeres «Gordura 30 % — Fabricante João Maciel — S. Miguel - Açores — Data do fabrico: 10 - 8 - 947».

Côdea amarela, parafinada, suja; miolo amarelo com bastantes olhos. Cheiro estranho, desagradável.

Análise química:

Humidade			39,54 %
Extracto seco	60,46 %		
Gordura			23,06 %
Acidez total, em ácido láctico	1,40 %		
Cinzas totais			5,42 %
» insolúveis	3,05 %		
» solúveis	2,37 %		
Cloretos, em ClNa	1,84 %		
Cálcio	0,98 %		
Fósforo	0,56 %		
Ferro	3,64 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	4,78 %		
Proteína total			30,45 %
Matérias orgânicas não doseadas			1,53
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,14 %	Azote solúvel 1,63 %
» dos amino-ácidos	0,44 %	
» das albumoses	1,05 %	
» da caseína	3,15 %	
» total	4,78 %	
Coeficiente de maturação		34,10 %
Proteína na substância seca		50,36 %
Gordura » » »		38,14 %
Relação de Herz - *Queijo gorduroso* -		1,62
Valor energético (calorias por 100 g.)		329,3

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	52,0
» de saponificação	227,5
» de iodo	40,5
» de Reichert-Meissl	25,0

AMOSTRA N.º 47 — **Queijo da Ilha**

Caracteres:

Queijo redondo, de bordos boleados, com cerca de 12 kg. Côdea amarela, parafinada, suja; miolo branco amarelado, gorduroso, com muitos olhos.

Análise química:

Humidade		49,05	%
Extracto seco	50,95 %		
Gordura		18,00	%
Acidez total, em ácido láctico	1,24 %		
Cinzas totais		4,82	%
» insolúveis	2,52 %		
» solúveis	2,30 %		
Cloretos, em ClNa	1,82 %		
Cálcio	0,76 %		
Fósforo	0,51 %		
Ferro	1,68 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	4,31 %		
Proteína total		27,45	%
Matérias orgânicas não doseadas		0,68	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,09 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,28 %	1,25	%
» das albumoses	0,88 %		
» da caseína	3,06 %		
» total	4,31 %		
Coeficiente de maturação		29,00	%
Proteína na substância seca		53,88	%
Gordura » » »		35,33	%
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,83	
Valor energético (calorias por 100 g.)		271,8	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C.	51,2
» de saponificação	237,9
» de iodo	35,9
» de Reichert-Meissl	28,6

AMOSTRA N.º 48 **Queijo creme «Sete Cidades»**

Caracteres:

Caixa de cartão, redonda, contendo em duas camadas, 12 porções triangulares de queijo, envolvidas em papel de estanho. Sobre cada triângulo uma etiqueta com os dizeres: «Lacticínios Loreto Lt.ª. — Queijo creme Sete Cidades — S. Miguel - Açores». Sobre a caixa impressos os dizeres: «Lacticínios Loreto, Lt.ª. — S. Miguel - Açores — Sete Cidades — Queijo creme — 12 porções — Gordura 40 % — Tipo de luxo — Pimentão — 31 Out. 1947». Massa amarelo forte, com algumas manchas vermelhas de pimentão.

Análise química:

Humidade		42,80	%
Extracto seco	57,20 %		
Gordura		24,90	%
Acidez total, em ácido láctico	1,13 %		
Cinzas totais		6,68	%
» insolúveis	3,00 %		
» solúveis	3,68 %		
Cloretos, em ClNa	2,21 %		
Cálcio	0,71 %		
Fósforo	0,72 %		
Ferro	1,80 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	3,87 %		
Proteína total		24,65	%
Matérias orgânicas não doseadas		0,97	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,09 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,15 %	2,80	%
» das albumoses	2,56 %		
» da caseína	1,07 %		
» total	3,87 %		
Coeficiente de maturação		72,30	%
Proteína na substância seca		43,09	%
Gordura » » »		43,53	%
Relação de Herz - *Queijo gorduroso* -		1,29	
Valor energético (calorias por 100 g.)		322,7	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	50,5
» de saponificação	233,5
» de iodo	35,6
» de Reichert-Meissl	30,2

AMOSTRA N.º 49 — Queijo creme « Sete Cidades »

Caracteres:

Caixa de cartão, redonda, contendo, em duas camadas, 12 porções triangulares de queijo, envolvidas em papel de estanho. Sobre cada triângulo uma etiqueta com os dizeres: « Lacticínios Loreto, Lt.ª — S. Miguel, Açores — Queijo creme Sete Cidades ». Sobre a caixa impressos os dizeres: « Lacticínios Loreto Lt.ª — S. Miguel, Açores — Sete Cidades — Queijo creme — 12 porções — gordura 40 % — Tipo de luxo — 17 - Out. 1947 ». Massa amarela.

Análise química:

Humidade			39,06 %
Extracto seco	60,94 %		
Gordura			25,87 %
Acidez total, em ácido láctico	1,15 %		
Cinzas totais			6,72 %
» insolúveis	3,10 %		
» solúveis	3,62 %		
Cloretos, em ClNa	2,36 %		
Cálcio	0,74 %		
Fósforo	0,76 %		
Ferro	1,32 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	4,21 %		
Proteína total			26,82 %
Matérias orgânicas não doseadas			1,53 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,10 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,17 %	2,77	%
» das albumoses	2,50 %		
» da caseína	1,44 %		
» total	4,21 %		
Coeficiente de maturação		65,80	%
Proteína na substância seca		44,01	%
Gordura » »		42,45	%
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,35	
Valor energético (calorias por 100 g.)		340,1	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	51,0
» de saponificação	234,3
» de iodo	34,1
» de Reichert-Meissl	27,6

AMOSTRA N.º 50 — Queijo creme « Feteiras »

Caracteres:

Queijo com a forma prismática, com cerca de 1000 g., envolvido primeiro em papel de estanho, depois em papel vegetal. Sobre o papel de estanho impressos os dizeres: « Feteiras — Lacticínios Loreto Lt.ª — Ponta Delgada — S. Miguel — Açores — Gordura 30 %. Sobre o papel vegetal o carimbo « 22-8-47 ». Massa amarela, branda.

Análise química:

Humidade		48,91	%
Extracto seco	51,09 %		
Gordura		15,69	%
Acidez total, em ácido láctico	1,15 %		
Cinzas totais		7,50	%
» insolúveis	3,11 %		
» solúveis	4,39 %		
Cloretos, em ClNa	2,61 %		
Cálcio	0,75 %		
Fósforo	0,79 %		
Ferro	1,76 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	4,31 %		
Proteína total		27,45	%
Matérias orgânicas não doseadas		0,45	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,21 %	3,49	%
» das albumoses	3,27 %		
» da caseína	0,82 %		
» total	4,31 %		
Coeficiente de maturação		81,00	%
Proteína na substância seca		53,73	%
Gordura » » »		30,71	%
Relação de Herz – *Queijo meio gorduroso* –		2,25	
Valor energético (calorias por 100 g.)		251,0	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	50,5
» de saponificação	238,7
» de iodo	35,1
» de Reichert-Meissl	29,3

AMOSTRA N.º 51 — Queijo da serra «curado»

Caracteres:

Queijo redondo, com os bordos boleados, com cerca de 1500 g.

Côdea avermelhada, suja; miolo amarelado semi-duro, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade			35,35 %
Extracto seco	64,65 %		
Gordura			34,56 %
Acidez total, em ácido láctico	1,30 %		
Cinzas totais			5,25 %
» insolúveis	2,77 %		
» solúveis	2,48 %		
Cloretos, em ClNa	2,15 %		
Cálcio	0,67 %		
Fósforo	0,50 %		
Ferro	1,48 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,90 %		
Proteína total			24,84 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,00
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %		
» dos amino-ácidos	0,13 %	Azote solúvel	
» das albumoses	1,90 %	2,04	%
» da caseína	1,86 %		
» total	3,90 %		
Coeficiente de maturação		52,30	%
Proteína na substância seca		38,42	%
Gordura » » »		53,46	%
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		0,87	
Valor energético (calorias por 100 g.)		410,4	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C	52,0
» de saponificação	232,0
» de iodo	44,0
» de Reichert-Meissl	24,9

AMOSTRA N.º 52 — Queijo creme «Pastor»

Caracteres:

Queijo de forma prismática, com cerca de 800 g., envolvido em papel de estanho. Sobre o papel quatro etiquetas com os dizeres: «Lacto-Lusa, Lt.ª — Creme Pastor — Vale de Cambra» e «10 % — 28 Out. 47». Massa amarela, branda.

Análise química:

Humidade			55,75 %
Extracto seco	44,25	%	
Gordura			15,16 %
Acidez total, em ácido láctico	1,35	%	
Cinzas totais			5,20 %
» insolúveis	1,99	%	
» solúveis	3,21	%	
Cloretos, em ClNa	1,65	%	
Cálcio	0,41	%	
Fósforo	0,70	%	
Ferro	3,28 mg	%	
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,75	%	
Proteína total			23,89 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,00
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,00		
» dos amino-ácidos	0,52	%	Azote solúvel
» das albumoses	1,50	%	2,02 %
» da caseína	1,73	%	
» total	3,75	%	
Coeficiente de maturação			53,90 %
Proteína na substância seca			53,99 %
Gordura » » »			34,26 %
Relação de Herz–*Queijo gorduroso*–			1,92
Valor energético (calorias por 100 g.)			232,0

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C.	55,8
» de saponificação	217,5
» de iodo	34,0
» de Reichert-Meissl	22,0

AMOSTRA N.º 53 — Queijo de Alverca

Caracteres:

Queijos pequenos, redondos, com cerca de 100 g., curados. Côdea amarelada e lisa; miolo branco amarelado, semi-duro, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade			37,23 %
Extracto seco	62,77	%	
Gordura			37,43 %
Acidez total, em ácido láctico	0,86	%	
Cinzas totais			5,29 %
» insolúveis	1,90	%	
» solúveis	3,39	%	
Cloretos, em ClNa	3,15	%	
Cálcio	0,61	%	
Fósforo	0,41	%	
Ferro	0,68 mg	%	
Lactose, em lactose hidratada			vestígios
Azote total	2,91	%	
Proteína total			18,54 %
Matérias orgânicas não doseadas			1,51 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	—
» dos amino-ácidos	—
» das albumoses	—
» da caseína	—
» total	2,91

Coeficiente de maturação	—
Proteína na substância seca	29,54 %
Gordura » » »	59,63 %
Relação de Herz - *Queijo inteiramente gorduroso* -	0,68
Valor energético (calorias por 100 g.)	311,0

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	52,2
» de saponificação	228,7
» de iodo	37,8
» de Reichert-Meissl	20,9

AMOSTRA N.º 54 — Queijo « Belo Luso »

Caracteres:

Queijo redondo, de bordos boleados, com cerca de 1000 g., envolvido em tripa e contido em caixa de papelão, com tampa de papel celofane. Sobre o queijo um rótulo com os dizeres: « Queijo Belo Luso – Lacto Lusa – Lt.ª. — Vale de Cambra — Direcção do Instituto Rosell » e uma cinta com as indicações: « Gordura superior a 50 % — 9 Nov. — 47 ».

Côdea amarela, lisa; miolo amarelado, brando, com raros olhos.

Análise química:

Humidade			44,15 %
Extracto seco	55,85 %		
Gordura			30,81 %
Acidez total, em ácido láctico	1,06 %		
Cinzas totais			3,58 %
» insolúveis	1,76 %		
» solúveis	1,82 %		
Cloretos, em ClNa	1,60 %		
Cálcio	0,51 %		
Fósforo	0,37 %		
Ferro	0,40 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,37 %		
Proteína total			21,46 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,00
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %	Azote solúvel 0,70 %
» dos amino-ácidos	0,12 %	
» das albumoses	0,57 %	
» da caseína	2,67 %	
» total	3,37 %	
Coeficiente de maturação		20,80 %
Proteína na substância seca		38,42 %
Gordura » » »		55,16 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		0,81
Valor energético (calorias por 100 g.)		363,1

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C	51,0
» de saponificação	232,0
» de iodo	35,6
» de Reichert-Meissl	27,4

AMOSTRA N.º 55 — **Queijo Flamengo Nacional** (UNIVERSAL)

Caracteres:

Queijo bola com cerca de 1000 g., tendo colada uma etiqueta com os dizeres: «Lacticínios de Azeméis L.ª – Oliveira de Azeméis — Queijo Universal (Flamengo)». Sobre o queijo dois carimbos com as indicações: «45 %» e «20 Nov. — 47».

Côdea vermelha, parafinada; miolo amarelo, brando, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade			41,60 %
Extracto seco	58,40 %		
Gordura			23,10 %
Acidez total, em ácido láctico	0,81 %		
Cinzas totais			3,68 %
» insolúveis	2,41 %		
» solúveis	1,27 %		
Cloretos, em ClNa	1,03 %		
Cálcio	0,83 %		
Fósforo	0,56 %		
Ferro	1,68 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	4,65 %		
Proteína total			29,62 %
Matérias orgânicas não doseadas			2,00 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,03 %	
» dos amino-ácidos	0,46 %	Azote solúvel
» das albumoses	0,67 %	1,16 %
» da caseína	3,49 %	
» total	4,65 %	
Coeficiente de maturação		24,90 %
Proteína na substância seca		50,72 %
Gordura » » »		39,55 %
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,53
Valor energético (calorias por 100 g.)		326,4

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	51,0
» de saponificação	233,8
» de iodo	36,7
» de Reichert-Meissl	27,5

AMOSTRA N.º 56 — **Queijo Flamengo Nacional** (ESTARREJA)

Caracteres:

Queijo bola com cerca de 1800 g. Sobre o queijo uma etiqueta com os dizeres: «Queijo — S. Lopes & Alves Lt.ª — Estarreja — 27 Nov.º 47».

Côdea vermelha, parafinada; miolo amarelo, brando, com raros olhos.

Análise química:

Humidade		47,11	%
Extracto seco	52,89 %		
Gordura		20,50	%
Acidez total, em ácido láctico	0,65 %		
Cinzas totais		4,32	%
» insolúveis	2,32 %		
» solúveis	2,00 %		
Cloretos, em ClNa	1,73 %		
Cálcio	0,69 %		
Fósforo	0,56 %		
Ferro	0,27 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	4,29 %		
Proteína total		27,33	%
Matérias orgânicas não doseadas		0,74	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,02 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,36 %	1,50	%
» das albumoses	1,12 %		
» da caseína	2,79 %		
» total	4,29 %		
Coeficiente de maturação		35,00	%
Proteína na substância seca		51,67	%
Gordura » » »		38,76	%
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,58	
Valor energético (calorias por 100 g.)		293,8	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	49,8
» de saponificação	229,9
» de iodo	37,3
» de Reichert-Meissl	26,6

AMOSTRA N.º 57 — Queijo Flamengo Nacional

Caracteres:

Queijo bola, com cerca de 1200 g., envolvido em papel celofane vermelho. Sobre o papel uma etiqueta com os dizeres: «Empreza Lacto Vianense Lt.ª — Minho — Indústria Nacional». Sobre o queijo vários carimbos onde apenas eram legíveis as palavras: Gord. e Nov.º. Côdea vermelha, parafinada, com a matéria corante muito desigualmente distribuída, ficando ainda largas zonas amarelas e com a parafina também muito desigualmente distribuída; miolo brando, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade			53,67 %
Extracto seco	46,33	%	
Gordura			12,38 %
Acidez total, em ácido láctico	1,03	%	
Cinzas totais			4,87 %
» insolúveis	2,47	%	
» solúveis	2,40	%	
Cloretos, em ClNa	2,01	%	
Cálcio	0,78	%	
Fósforo	0,65	%	
Ferro	0,33 mg	%	
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	4,21	%	
Proteína total			26,82 %
Matérias orgânicas não doseadas			2,26 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01	%	Azote solúvel
» dos amino-ácidos	0,05	%	0,73 %
» das albumoses	0,67	%	
» da caseína	3,48	%	
» total	4,21	%	

Coeficiente de maturação	17,30 %
Proteína na substância seca	57,89 %
Gordura » » »	26,72 %
Relação de Herz–*Queijo meio gorduroso*–	2,74
Valor energético (calorias por 100 g.)	228,7

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C.	50,9
» de saponificação	229,6
» de iodo	37,0
» de Reichert-Meissl	23,1

AMOSTRA N.º 58 — Queijo de Tomar

Caracteres:

Queijos pequenos, com cerca de 20 g., semi-duros. Massa branca, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade			51,08 %
Extracto seco	48,92	%	
Gordura			27,28 %
Acidez total, em ácido láctico	0,23	%	
Cinzas totais			4,94 %
» insolúveis	1,42	%	
» solúveis	3,52	%	
Cloretos, em ClNa	3,21	%	
Cálcio	0,46	%	
Fósforo	0,28	%	
Ferro	0,37 mg	%	
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	2,58	%	
Proteína total			16,43 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,27 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01	%	Azote solúvel
» dos amino-ácidos	0,11	%	0,73 %
» das albumoses	0,61	%	
» da caseína	1,85	%	
» total	2,58	%	
Coeficiente de maturação			28,30 %
Proteína na substância seca			33,58 %
Gordura » » »			55,76 %
Relação de Herz–*Queijo inteiramente gorduroso*–			0,79
Valor energético (calorias por 100 g.)			311,2

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C.	51,0
» de saponificação	235,4
» de iodo	36,9
» de Reichert-Meissl	27,5

AMOSTRA N.º 59 — Queijo da serra

Caracteres:

Queijo redondo, com os bordos boleados, com cerca de 2000 g.

Côdea amarelada; miolo branco, amarelado, mole mas não de correr.

Análise química:

Humidade			46,17 %
Extracto seco	53,83 %		
Gordura			26,91 %
Acidez total, em ácido láctico	0,95 %		
Cinzas totais			5,22 %
» insolúveis	1,90 %		
» solúveis	3,32 %		
Cloretos, em ClNa	2,94 %		
Cálcio	0,57 %		
Fósforo	0,42 %		
Ferro	0,48 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,23 %		
Proteína total			20,57 %
Matérias orgânicas não doseadas			1,13 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,02 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,12 %		
» das albumoses	1,19 %	1,33	%
» da caseína	1,90 %		
» total	3,23 %		
Coeficiente de maturação			41,20 %
Proteína na substância seca			38,21 %
Gordura » » »			50,00 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –			1,0
Valor energético (calorias por 100 g.)			324,5

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C	50,8
» de saponificação	240,5
» de iodo	37,0
» de Reichert-Meissl	30,8

AMOSTRA N.º 60 — Queijo de Évora

Caracteres:

Queijos redondos, com cerca de 100 g.

Côdea amarelada, suja, com manchas escuras; miolo branco amarelado, duro, com raros olhos. Sabor salgado.

Análise química:

Humidade			26,20 %
Extracto seco	73,80 %		
Gordura			36,95 %
Acidez total, em ácido láctico	0,72 %		
Cinzas totais			10,14 %
» insolúveis	2,23 %		
» solúveis	7,91 %		
Cloretos, em ClNa	7,59 %		
Cálcio	0,66 %		
Fósforo	0,40 %		
Ferro	1,00 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			1,93 %
Azote total	3,89 %		
Proteína total			24,78 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,00
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,03 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,31 %	1,32	%
» das albumoses	0,98 %		
» da caseína	2,57 %		
» total	3,89 %		
Coeficiente de maturação			33,90 %
Proteína na substância seca			33,58 %
Gordura » » »			50,07 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –			0,99
Valor energético (calorias por 100 g.)			439,4

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	50,2
» de saponificação	222,1
» de iodo	40,0
» de Reichert-Meissl	23,0

AMOSTRA N.º 61 — Queijo da serra «curado»

Caracteres:

Queijo redondo, com bordos boleados, com cerca de 1000 g., curado.

Côdea revestida duma camada espessa e oleosa de pimentão; miolo amarelado, farelento, com bastantes olhos.

Análise química:

Humidade			22,55 %
Extracto seco	77,45 %		
Gordura			39,30 %
Acidez total, em ácido láctico	1,58 %		
Cinzas totais			6,46 %
» insolúveis	2,92 %		
» solúveis	3,54 %		
Cloretos, em ClNa	3,28 %		
Cálcio	0,86 %		
Fósforo	0,62 %		
Ferro	0,64 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	4,75 %		
Proteína total			30,26 %
Matérias orgânicas não doseadas			1,43 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,13 %	Azote solúvel
» dos amino-ácidos	0,68 %	1,65 %
» das albumoses	0,84 %	
» da caseína	3,10 %	
» total	4,75 %	
Coeficiente de maturação		34,70 %
Proteína na substância seca		39,07 %
Gordura » » »		50,74 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		0,97
Valor energético (calorias por 100 g.)		474,7

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C.	50,8
» de saponificação	231,0
» de iodo	40,2
» de Reichert-Meissl	28,1

AMOSTRA N.º 62 — Queijo da serra

Caracteres:

Queijo redondo, com cerca de 900 g., envolvido circularmente com uma tira de pano.

Côdea amarelada, suja; miolo branco amarelado, mole de correr.

Análise química:

Humidade		49,04	%
Extracto seco	50,96 %		
Gordura		20,66	%
Acidez total, em ácido láctico	0,97 %		
Cinzas totais		4,34	%
» insolúveis	1,92 %		
» solúveis	2,42 %		
Cloretos, em ClNa	1,71 %		
Cálcio	0,59 %		
Fósforo	0,47 %		
Ferro	0,20 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	3,25 %		
Proteína total		20,70	%
Matérias orgânicas não doseadas		5,26	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,10 %	1,12	%
» das albumoses	1,01 %		
» da caseína	2,13 %		
» total	3,25 %		
Coeficiente de maturação		34,50	%
Proteína na substância seca		40,62	%
Gordura » » »		40,54	%
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,47	
Valor energético (calorias por 100 g.)		268,7	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	49,2
» de saponificação	248,5
» de iodo	34,8
» de Reichert-Meissl	31,1

AMOSTRA N.º 63 — **Queijo fundido « Lusitano »**

Caracteres:

Queijo redondo, com cerca de 3000 g. Sobre o queijo uma etiqueta com os dizeres: « Queijo Lusitano — Martins & Rebelo — Gord. + 10 % — Fabricado em . . . ».

Côdea amarela, corada artificialmente, parafinada; miolo amarelado, consistente e liso.

Análise química:

Humidade		46,84	%
Extracto seco	53,16 %		
Gordura		15,98	%
Acidez total, em ácido láctico	1,80 %		
Cinzas totais		6,77	%
» insolúveis	2,82 %		
» solúveis	3,95 %		
Cloretos, em ClNa	1,78 %		
Cálcio	0,78 %		
Fósforo	1,00 %		
Ferro	1,40 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	4,40 %		
Proteína total		28,03	%
Matérias orgânicas não doseadas		2,38	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,11 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,21 %	2,44	%
» das albumoses	2,12 %		
» da caseína	1,96 %		
» total	4,40 %		
Coeficiente de maturação		55,50	%
Proteína na substância seca		52,73	%
Gordura » » »		30,06	%
Relação de Herz – *Queijo meio gorduroso* –		2,32	
Valor energético (calorias por 100 g.)		255,9	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C	51,6
» de saponificação	232,7
» de iodo	39,5
» de Reichert-Meissl	25,8

AMOSTRA N.º 64 — Queijo de Ferreira do Zézere

Caracteres:

Queijos redondos, mal feitos, com cerca de 100 g., frescos. Massa externamente amarelada e um tanto consistente, internamente branca, com raros olhos.

Análise química:

Humidade		43,36	%
Extracto seco	56,64 %		
Gordura		29,35	%
Acidez total, em ácido láctico	0,43 %		
Cinzas totais		5,35	%
» insolúveis	2,34 %		
» solúveis	3,01 %		
Cloretos, em ClNa	2,71 %		
Cálcio	0,76 %		
Fósforo	0,47 %		
Ferro	0,84 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		vestígios	
Azote total	3,07 %		
Proteína total		19,56	%
Matérias orgânicas não doseadas		2,38	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,06 %	0,62	%
» das albumoses	0,55 %		
» da caseína	2,45 %		
» total	3,07 %		
Coeficiente de maturação		20,20	%
Proteína na substância seca		34,53	%
Gordura » »		51,82	%
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –		0,93	
Valor energético (calorias por 100 g.)		342,4	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	51,5
» de saponificação	235,5
» de iodo	39,0
» de Reichert-Meissl	25,2

AMOSTRA N.º 65 — Queijo da Quinta da Tapada

Caracteres:

Queijo redondo, de bordos boleados, com cerca de 1300 g. Sobre a côdea o carimbo «Fábrica de Lacticínios Lousada — Quinta da Tapada — Tipo popular + 30 % — 2 Fev. 1948».

Côdea amarela lisa, miolo amarelado, brando e untuoso, com grande número de olhos, alguns de grande diâmetro.

Análise química:

Humidade		50,45	%
Extracto seco	49,55 %		
Gordura		12,60	%
Acidez total, em ácido láctico	0,80 %		
Cinzas totais		5,24	%
» insolúveis	2,30 %		
» solúveis	2,94 %		
Cloretos, em ClNa	2,52 %		
Cálcio	0,69 %		
Fósforo	0,49 %		
Ferro	1,96 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	4,65 %		
Proteína total		29,62	%
Matérias orgânicas não doseadas		2,09	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,08 %		
» dos amino-ácidos	0,36 %	Azote solúvel	
» das albumoses	1,28 %	1,72	%
» da caseína	2,93 %		
» total	4,65 %		
Coeficiente de maturação		37,0	%
Proteína na substância seca		59,78	%
Gordura » » »		25,43	%
Relação de Herz–*Queijo meio gorduroso*–		2,93	
Valor energético (calorias por 100 g.)		231,9	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	51,8
» de saponificação	223,5
» de iodo	40,0
» de Reichert-Meissl	27,0

AMOSTRA N.º 66 — Queijo do Alentejo (PORTALEGRE)

Caracteres:

Queijos pequenos, redondos, com cerca de 100 g., frescos. Massa branca, branda, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade			43,65 %
Extracto seco	56,35 %		
Gordura			29,84 %
Acidez total, em ácido láctico	0,94 %		
Cinzas totais			4,19 %
» insolúveis	1,97 %		
» solúveis	2,22 %		
Cloretos, em ClNa	1,99 %		
Cálcio	0,62 %		
Fósforo	0,34 %		
Ferro	1,00 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			0,90 %
Azote total	3,06 %		
Proteína total			19,49 %
Matérias orgânicas não doseadas			1,93 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,01 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,06 %	0,48	%
» das albumoses	0,41 %		
» da caseína	2,58 %		
» total	3,06 %		
Coeficiente de maturação		13,7	%
Proteína na substância seca		34,59	%
Gordura » » »		52,95	%
Relação de Herz - *Queijo inteiramente gorduroso* -		0,88	
Valor energético (calorias por 100 g.)		350,1	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	49,3
» de saponificação	238,2
» de iodo	30,7
» de Reichert-Meissl	20,9

AMOSTRA N.º 67

Queijo do Alentejo
(PORTALEGRE)

Caracteres:

Queijos pequenos, redondos, com cerca de 50 g., semi-curados. Massa branca, com raros olhos. Sabor muito salgado.

Análise química:

Humidade			38,59 %
Extracto seco	61,41	%	
Gordura			26,98 %
Acidez total, em ácido láctico	0,38	%	
Cinzas totais			8,57 %
» insolúveis	2,52	%	
» solúveis	6,05	%	
Cloretos, em ClNa	5,80	%	
Cálcio	0,77	%	
Fósforo	0,49	%	
Ferro	1,08	mg %	
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	4,06	%	
Proteína total			25,86 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,00
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,03	%	Azote solúvel
» dos amino-ácidos	0,13	%	0,62 %
» das albumoses	0,46	%	
» da caseína	3,44	%	
» total	4,06	%	
Coeficiente de maturação			15,3 %
Proteína na substância seca			42,11 %
Gordura » » »			43,93 %
Relação de Herz–*Queijo gorduroso*–			1,28
Valor energético (calorias por 100 g.)			346,3

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C.	50,0
» de saponificação	235,8
» de iodo	35,7
» de Reichert-Meissl	30,1

AMOSTRA N.º 68

Queijo do Alentejo
(PORTALEGRE)

Caracteres:

Queijos pequenos, redondos, com cerca de 60 g, curados. Côdea amarela, suja; miolo amarelado, com raros olhos.

Análise química:

Humidade			31,16 %
Extracto seco	68,84 %		
Gordura			33,00 %
Acidez total, em ácido láctico	1,22 %		
Cinzas totais			5,87 %
» insolúveis	2 64 %		
» solúveis	3,23 %		
Cloretos, em ClNa	2,81 %		
Cálcio	0,86 %		
Fósforo	0,59 %		
Ferro	—		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	4,37 %		
Proteína total			27,84 %
Matérias orgânicas não doseadas			2,13 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,03		
» dos amino-ácidos	0,36 %	Azote solúvel	
» das albumoses	0,64 %	1,03 %	
» da caseína	3,34 %		
» total	4,37 %		
Coeficiente de maturação			23,6 %
Proteína na substância seca			47,93 %
Gordura » » »			40,44 %
Relação de Herz – *Queijo inteiramente gorduroso* –			1,09
Valor energético (calorias por 100 g.)			408,4

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25º C.	48,7
» de saponificação	246,6
» de iodo	33,3
» de Reichert-Meissl	33,0

AMOSTRA N.º 69 — Queijo de Serpa

Caracteres:

Queijo redondo, de bordos boleados, com cerca de 2400 g. Côdea amarela; miolo amarelado, brando, com alguns olhos.

Análise química:

Humidade			46,30 %
Extracto seco	53,70 %		
Gordura			22,88 %
Acidez total, em ácido láctico	1,15 %		
Cinzas totais			5,03 %
» insolúveis	2,38 %		
» solúveis	2,65 %		
Cloretos, em ClNa	2,39 %		
Cálcio	0,74 %		
Fósforo	0,52 %		
Ferro	5,24 mg %		
Lactose, em lactose hidratada			não acusa
Azote total	3,92 %		
Proteína total			24,97 %
Matérias orgânicas não doseadas			0,82 %
TOTAL			100,00

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,07 %	Azote solúvel 1,26 %
» dos amino-ácidos	0,13 %	
» das albumoses	1,06 %	
» da caseína	2,66 %	
» total	3,92 %	
Coeficiente de maturação		32,1 %
Proteína na substância seca		46,50 %
Gordura » » »		42,61 %
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,35
Valor energético (calorias por 100 g.)		305,8

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	50,8
» de saponificação	232,5
» de iodo	—
» de Reichert-Meissl	28,2

AMOSTRA N.º 70 — Queijo do Alentejo (BEJA)

Caracteres:

Queijo redondo, com cerca de 1500 g.
Côdea amarela, miolo branco amarelado, mole, de correr.

Análise química:

Humidade		44,02	%
Extracto seco	55,98 %		
Gordura		24,74	%
Acidez total, em ácido láctico	1,24 %		
Cinzas totais		4,53	%
» insolúveis	2,31 %		
» solúveis	2,22 %		
Cloretos, em ClNa	2,00 %		
Cálcio	0,72 %		
Fósforo	0,52 %		
Ferro	0,44 mg %		
Lactose, em lactose hidratada		não acusa	
Azote total	3,59 %		
Proteína total		22,87	%
Matérias orgânicas não doseadas		3,84	%
TOTAL		100,00	

Distribuição do azote total:

Azote amoniacal	0,06 %	Azote solúvel	
» dos amino-ácidos	0,12 %	1,40	%
» das albumoses	1,22 %		
» da caseína	2,19 %		
» total	3,59 %		
Coeficiente de maturação		39,0	%
Proteína na substância seca		40,85	%
Gordura » » »		44,19	%
Relação de Herz – *Queijo gorduroso* –		1,26	
Valor energético (calorias por 100 g.)		314,1	

Exame da matéria gorda:

Índice refractométrico Wollny-Zeiss a 25° C	51,9
» de saponificação	234,0
» de iodo	43,2
» de Reichert-Meissl	23,6

QUADROS

QUADRO N.º 1

AMOSTRAS		Humidade	Extracto seco	Gordura	Gordura no extracto seco	Proteína total
Designação	N.º	(g %)	(g %)	(g %)	(g %)	(g %)
Cabreiro	1	56,30	43,70	20,70	47,36	14,65
Cabreiro	2	54,56	45,44	24,31	53,50	15,29
Cabreiro «picante»	25	37,14	62,86	26,58	42,28	23,57
Cabreiro «picante»	27	40,46	59,54	27,98	46,99	21,40
Rabaçal	3	49,59	50,41	25,75	51,03	17,20
Rabaçal	4	46,83	53,17	24,89	46,81	20,83
Alverca	8	51,05	48,95	24,63	50,32	16,00
Alverca	9	61,00	39,00	17,98	46,10	14,46
Alverca	29	44,48	55,52	29,30	52,77	22,04
Alverca	53	37,23	62,77	37,43	59,63	18,54
Alcobaça	24	63,00	37,00	14,87	40,19	13,89
Alcobaça	26	61,42	38,58	15,00	38,88	13,82
Tomar	30	52,18	47,82	25,24	52,78	12,74
Tomar	58	51,08	48,92	27,28	55,76	16,43
Ferreira do Zézere	64	43,36	56,64	29,35	51,82	19,56
Ferreira do Alentejo (fresco)	14	51,80	48,20	21,16	43,90	18,34
Ferreira do Alentejo (curado)	15	28,00	72,00	30,77	42,73	31,53
Evora	23	38,75	61,25	25,49	41,62	21,21
Evora	28	41,10	58,90	24,50	41,59	20,32
Evora	31	21,76	78,24	37,64	48,11	30,64
Evora	60	26,20	73,80	36,95	50,07	24,78
Portalegre (fresco)	66	43,65	56,35	29,84	52,95	19,49
Portalegre (meio curado)	67	38,59	61,41	26,98	43,93	25,86
Portalegre (curado)	68	31,16	68,84	33,00	40,44	27,84
Serpa	20	45,66	54,34	22,42	41,26	25,80
Serpa	21	42,53	57,47	24,57	42,75	26,63
Serpa	69	46,30	53,70	22,88	42,61	24,97
Celta — Alentejo	22	37,61	62,39	28,05	44,96	25,48
Beja (entorna)	70	44,02	55,98	24,74	44,19	22,87
Azeitão «Quinta do Anjo»	5	46,83	53,17	24,89	46,81	20,83
Azeitão «Palmela»	6	49,93	50,07	24,35	48,63	21,21
Azeitão «Palmela»	7	50,45	49,55	24,56	49,57	20,38
Azeitão «Calhariz»	10	48,54	51,46	24,61	47,82	20,26
Azeitão «Paiva»	11	43,36	56,64	25,08	45,34	23,95

Proteína no extracto seco (g %)	Lactose (em lactose hidratada) (g %)	Cinzas (g %) totais	Cinzas (g %) insolúveis	Cinzas (g %) solúveis	Cloretos (em Cl Na) (g %)	Cálcio (em Ca) (g %)	Fósforo (em P) (g %)	Ferro (em Fe) (mg %)	Acidez (em ácido láctico) (g %)
33,52	Vestígios	4,64	1,61	3,03	2,80	0,46	0,32	—	0,91
33,65	»	4,26	1,56	2,70	2,54	0,48	0,33	—	0,71
37,50	Não acusa	7,97	2,00	5,97	5,34	0,53	0,41	0,88	0,97
35,94	»	10,16	2,06	8,10	8,00	0,55	0,36	0,96	0,92
34,12	»	4,86	1,83	3,03	2,10	0,54	0,38	—	1,20
39,18	»	4,02	1,59	2,43	2,18	0,43	0,36	—	1,03
32,69	Vestígios	2,69	1,82	0,87	0,75	0,56	0,41	1,20	1,02
37,08	1,61	4,22	1,69	2,53	2,34	0,48	0,40	1,76	0,14
39,69	Não acusa	3,64	1,90	1,74	1,56	0,60	0,32	0,64	1,24
29,54	Vestígios	5,29	1,90	3,39	3,15	0,61	0,41	0,68	0,86
37,54	2,25	3,85	1,40	2,45	2,13	0,37	0,26	0,40	0,47
35,82	2,05	3,47	1,26	2,21	1,83	0,37	0,25	0,84	0,47
26,64	Não acusa	7,91	1,36	6,55	6,32	0,39	0,25	2,52	0,34
33,58	»	4,94	1,42	3,52	3,21	0,46	0,28	0,37	0,23
34,53	Vestígios	5,35	2,34	3,01	2,71	0,76	0,47	0,84	0,43
38,05	2,38	4,33	1,89	2,44	2,05	0,60	0,39	0,80	0,26
43,79	Não acusa	6,85	3,11	3,74	3,42	0,98	0,59	1,60	1,32
34,63	1,35	13,20	2,18	11,02	10,53	0,73	0,40	0,88	0,41
34,50	1,04	13,04	2,26	10,78	10,66	0,59	0,38	0,96	0,56
39,16	Vestígios	9,80	2,73	7,07	6,89	0,78	0,55	1,28	0,68
33,58	1,93	10,14	2,23	7,91	7,59	0,66	0,40	1,00	0,72
34,59	0,90	4,19	1,97	2,22	1,99	0,62	0,34	1,00	0,94
42,11	Não acusa	8,57	2,52	6,05	5,80	0,77	0,49	1,08	0,38
47,93	»	5,87	2,64	3,23	2,81	0,86	0,59	—	1,22
47,50	»	5,84	2,87	2,97	2,02	0,85	0,55	2,88	1,22
46,34	»	6,02	2,80	3,22	2,38	0,79	0,55	1,16	1,21
46,50	»	5,03	2,38	2,65	2,29	0,74	0,52	5,24	1,15
40,84	»	5,00	2,92	2,08	1,79	0,83	0,57	0,92	1,40
40,85	»	4,53	2,31	2,22	2,00	0,72	0,52	0,44	1,24
39,18	»	4,02	1,59	2,43	2,18	0,43	0,31	—	1,03
42,36	»	4,51	1,74	2,77	2,51	0,50	0,42	2,36	0,82
41,13	»	4,48	1,76	2,72	2,35	0,54	0,37	3,40	0,79
39,37	»	4,62	1,76	2,86	2,77	0,50	0,35	0,80	0,88
42,28	»	4,35	2,18	2,17	1,82	0,63	0,46	0,28	1,18

QUADRO N.º 1 (CONTINUAÇÃO)

AMOSTRAS		Humidade	Extracto seco	Gordura	Gordura no extracto seco	Proteína total	Proteína no extracto seco	Lactose	Cinzas (g %)			Cloretos	Cálcio	Fósforo	Ferro	Acidez
Designação	N.º	(g %)	(g %)	(g %)	(g %)	(g %)	(g %)	(em lactose hidratada) (g %)	totais	insolúveis	solúveis	(em-ClNa) (g %)	(em Ca) (g %)	(em P) (g %)	(em Fe) (mg %)	(em ácido láctico) (g %)
Serra	12	48,50	51,50	27,68	53,75	17,77	34,50	Não acusa	4,51	2,00	2,51	2,21	0,59	0,43	0,68	0,99
Serra	13	40,91	59,09	27,70	46,88	23,95	40,53	»	5,40	2,46	2,94	2,52	0,72	0,56	0,68	1,34
Serra	16	44,63	55,37	27,15	49,03	21,34	38,54	»	4,23	1,90	2,33	2,06	0,63	0,42	0,72	1,12
Serra	17	38,20	61,80	32,36	52,36	21,85	35,36	»	6,12	2,11	4,01	3,62	0,61	0,44	0,76	1,68
Serra	18	40,73	59,27	28,00	47,24	25,48	42,99	»	4,79	2,80	1,99	1,68	0,81	0,50	1,36	1,53
Serra	19	41,56	58,44	23,44	40,11	20,51	35,10	»	6,34	1,74	4,60	4,24	0,58	0,39	0,44	1,40
Serra (curado)	51	35,35	64,65	34,56	53,46	24,84	38,42	»	5,25	2,77	2,48	2,15	0,67	0,50	1,48	1,30
Serra	59	46,17	53,83	26,91	50,00	20,57	38,21	»	5,22	1,90	3,32	2,94	0,57	0,42	0,48	0,95
Serra (curado)	61	22,55	77,45	39,30	50,74	30,26	39,07	»	6,46	2,92	3,54	3,28	0,86	0,62	0,64	1,58
Serra	62	49,04	50,96	20,66	40,54	20,70	40,62	»	4,34	1,92	2,42	1,71	0,59	0,47	0,20	0,97
Quinta da Tapada	65	50,45	49,55	12,60	25,43	29,62	59,78	»	5,24	2,30	2,94	2,52	0,69	0,49	1,96	0,80
Belo Luso	54	44,15	55,85	30,81	55,16	21,46	38,42	»	3,58	1,76	1,82	1,60	0,51	0,37	0,40	1,06
Ilha — Vale Grande — S. Jorge	44	35,21	64,79	27,27	42,09	30,58	47,20	»	5,93	2,86	3,07	2,52	0,88	0,48	1,88	1,76
Ilha — Ponta Delgada	45	38,74	61,26	20,51	33,48	34,08	55,63	»	5,50	2,95	2,55	2,29	0,91	0,62	0,57	1,08
Ilha — S. Miguel	46	39,54	60,46	23,06	38,14	30,45	50,36	»	5,42	3,05	2,37	1,84	0,98	0,56	3,64	1,40
Ilha — S. Miguel	47	49,05	50,95	18,00	35,33	27,45	53,88	»	4,82	2,52	2,30	1,82	0,76	0,51	1,68	1,24
Flamengo «Pastor»	32	48,53	51,47	17,27	33,55	28,47	55,31	»	4,23	2,25	1,98	1,50	0,71	0,42	0,68	0,94
Flamengo «Pastor»	36	46,86	53,14	18,17	34,19	29,17	54,89	»	4,71	2,37	2,34	1,81	0,76	0,45	1,24	1,08
Flamengo «Pinheiro Manso»	34	47,18	52,82	25,20	47,71	22,61	42,80	»	4,57	1,91	2,66	2,30	0,59	0,39	0,52	1,08
Flamengo «Pinheiro Manso»	40	46,30	53,70	24,34	45,33	24,97	46,50	»	3,79	1,43	2,36	2,01	0,48	0,28	1,84	0,95
Flamengo «Gonde»	38	42,81	57,19	25,60	44,76	25,48	44,55	»	4,67	2,37	2,30	2,03	0,83	0,48	0,18	1,29
Flamengo «Ancora»	41	40,63	59,37	24,57	41,38	28,03	47,21	»	5,27	2,26	3,01	2,30	0,74	0,48	1,12	1,22
Flamengo «Ilha Verde»	43	42,56	57,44	19,66	34,23	32,56	56,68	»	5,22	2,59	2,63	2,19	0,83	0,52	0,60	1,26
Flamengo «Universal»	55	41,60	58,40	23,10	39,55	29,62	50,72	»	3,68	2,41	1,27	1,03	0,83	0,56	1,68	0,81
Flamengo «Estarreja»	56	47,11	52,89	20,50	38,76	27,33	51,67	»	4,32	2,32	2,00	1,73	0,69	0,56	0,27	0,65
Flamengo «Lacto Vianense»	57	53,67	46,33	12,38	26,72	26,82	57,89	»	4,87	2,47	2,40	2,01	0,78	0,65	0,33	1,03
Creme «Serra Gordo»	33	58,04	41,96	15,20	36,22	19,94	47,52	»	5,96	2,17	3,79	2,52	0,57	0,49	2,00	0,72
Creme «Serra Gordo»	35	57,00	43,00	16,30	37,91	20,00	46,51	»	6,19	2,11	4,08	2,90	0,55	0,63	1,20	0,79
Fundido «Pinheiro Manso»	37	61,16	38,84	13,77	35,45	20,06	51,65	»	4,37	1,98	2,39	1,38	0,77	0,54	2,48	1,06
Fundido «Pinheiro Manso»	39	63,02	36,98	13,75	37,18	18,79	50,81	»	4,44	1,81	2,63	1,52	0,52	0,59	0,14	1,21
Fundido «Lusitano»	42	55,57	44,43	7,90	17,78	28,41	63,94	»	5,20	2,30	2,90	2,10	0,58	0,58	1,92	1,39
Fundido «Lusitano»	63	46,84	53,16	15,98	30,06	28,03	52,73	»	6,77	2,82	3,95	1,78	0,78	1,00	1,40	1,80
Creme «Sete Cidades»	48	42,80	57,20	24,90	43,53	24,65	43,09	»	6,68	3,00	3,68	2,21	0,71	0,72	1,80	1,13
Creme «Sete Cidades»	49	39,06	60,94	25,87	42,45	26,82	44,01	»	6,72	3,10	3,62	2,36	0,74	0,76	1,32	1,15
Fundido «Feteiras»	50	48,91	51,09	15,69	30,71	27,45	53,73	»	7,50	3,11	4,39	2,61	0,75	0,79	1,76	1,15
Creme «Pastor»	52	55,75	44,25	15,16	34,26	23,89	53,99	»	5,20	1,99	3,21	1,65	0,41	0,70	3,28	1,35

QUADRO N.º 2

AMOSTRAS		Azote (g %)	
Designação	N.º	total	amoniacal
Cabreiro	1	2,30	0,04
Cabreiro	2	2,40	0,01
Cabreiro « picante »	25	3,70	0,04
Cabreiro « picante »	27	3,36	0,05
Rabaçal	3	2,70	0,02
Rabaçal	4	2,74	0,01
Alverca	8	2,51	0,01
Alverca	9	2,27	0,01
Alverca	29	3,46	0,01
Alverca	53	2,91	—
Alcobaça	24	2,18	0,01
Alcobaça	26	2,17	0,01
Tomar	30	2,00	0,01
Tomar	58	2,58	0,01
Ferreira do Zézere	64	3,07	0,01
Ferreira do Alentejo (fresco)	14	2,88	0,01
Ferreira do Alentejo (curado)	15	4,95	0,05
Evora	23	3,33	0,03
Evora	28	3,19	0,01
Evora	31	4,81	0,01
Evora	60	3,89	0,03
Portalegre (fresco)	66	3,06	0,01
Portalegre (meio curado)	67	4,06	0,03
Portalegre (curado)	68	4,37	0,03
Serpa	20	4,05	0,05
Serpa	21	4,18	0,05
Serpa	69	3,92	0,07
Celta — Alentejo	22	4,00	0,09
Beja (entorna)	70	3,59	0,06
Azeitão « Quinta do Anjo »	5	3,27	0,04
Azeitão « Palmela »	6	3,33	0,08
Azeitão « Palmela »	7	3,20	0,06
Azeitão « Calhariz »	10	3,18	0,07
Azeitão « Paiva »	11	3,76	0,05

N.º 2

Azote (g %)				Proteína total	Caseína	Coeficiente de maturação
dos amino-ácidos	das albumoses	Solúvel total	da caseína	(g %)	(g %)	(%)
0,14	0,60	0,78	1,52	14,65	9,68	33,9
0,17	0,69	0,87	1,53	15,29	9,65	36,2
0,11	0,73	0,88	2,82	23,57	17,96	23,8
0,09	0,39	0,53	2,83	21,40	18,03	15,8
0,03	0,48	0,53	2,17	17,20	13,82	19,6
0,06	0,38	0,45	2,29	17,45	14,59	16,4
0,20	0,42	0,63	1,88	16,00	11,98	25,1
0,18	0,35	0,54	1,73	14,46	11,20	23,7
0,09	0,26	0,36	3,10	22,04	19,75	10,4
—	—	—	—	18,54	—	—
0,00	0,38	0,39	1,79	13,89	11,40	17,9
0,08	0,34	0,43	1,74	13,82	11,08	19,8
0,03	0,58	0,62	1,38	12,74	8,79	31,0
0,11	0,61	0,73	1,85	16,43	11,78	28,3
0,06	0,55	0,62	2,45	19,56	15,61	20,2
0,01	0,48	0,50	2,38	18,34	15,16	17,4
0,34	1,11	1,50	3,45	31,53	21,98	30,3
0,03	0,57	0,63	2,70	21,21	17,20	18,9
0,02	0,56	0,59	2,60	20,32	16,56	18,5
0,88	0,81	1,70	3,11	30,64	19,81	35,3
0,31	0,98	1,32	2,57	24,78	16,37	33,9
0,06	0,41	0,48	2,58	19,49	16,43	13,7
0,13	0,46	0,62	3,44	25,86	21,91	15,3
0,36	0,64	1,03	3,34	27,84	21,27	23,6
0,28	1,41	1,74	2,31	25,80	14,71	43,0
0,16	1,38	1,59	2,59	26,63	16,50	38,0
0,13	1,06	1,26	2,66	24,97	16,94	32,1
0,24	1,21	1,54	2,46	25,48	15,67	38,5
0,12	1,22	1,40	2,19	22,87	13,95	39,0
0,08	1,01	1,13	2,14	20,83	13,63	34,6
0,20	1,97	2,25	1,08	21,21	6,88	67,6
0,20	1,17	1,43	1,77	20,38	11,27	44,7
0,11	1,26	1,44	1,74	20,26	11,08	45,3
0,17	1,43	1,65	2,11	23,95	13,44	43,9

QUADRO N.º 2 (CONTINUAÇÃO)

AMOSTRAS		Azote (g %)		Azote (g %)				Proteína total	Caseína	Coeficiente de maturação
Designação	N.º	total	amoniacal	dos amino-ácidos	das albumoses	Solúvel total	de caseína	(g %)	(g %)	(%)
Serra	12	2,79	0,01	0,22	1,02	1,25	1,54	17,77	9,81	44,8
Serra	13	3,76	0,04	0,07	1,36	1,47	2,29	23,95	14,59	39,1
Serra	16	3,35	0,05	0,17	1,20	1,42	1,93	21,34	12,29	42,4
Serra	17	3,43	0,03	0,39	1,24	1,66	1,77	21,85	11,27	48,4
Serra	18	4,00	0,06	0,18	1,19	1,43	2,57	25,48	16,37	35,7
Serra	19	3,22	0,04	0,16	1,08	1,28	1,94	20,51	12,36	39,7
Serra (curado)	51	3,90	0,01	0,13	1,90	2,04	1,86	24,84	11,85	52,3
Serra	59	3,23	0,02	0,12	1,19	1,33	1,90	20,57	12,10	41,2
Serra (curado)	61	4,75	0,13	0,68	0,84	1,65	3,10	30,26	19,75	34,7
Serra	62	3,25	0,01	0,10	1,01	1,12	2,13	20,70	13,57	34,5
Quinta da Tapada	65	4,65	0,08	0,36	1,28	1,72	2,93	29,62	18,66	37,0
Belo Luso	54	3,37	0,01	0,12	0,57	0,70	2,67	21,46	17,01	20,8
Ilha — Vale Grande — S. Jorge	44	4,80	0,19	0,31	1,21	1,71	3,09	30,58	19,68	35,6
Ilha — Ponta Delgada	45	5,35	0,15	0,25	1,02	1,42	3,93	34,08	25,03	26,5
Ilha — S. Miguel	46	4,78	0,14	0,44	1,05	1,63	3,15	30,45	20,06	34,1
Ilha — S. Miguel	47	4,31	0,09	0,28	0,88	1,25	3,06	27,45	19,49	29,0
Flamengo «Pastor»	32	4,47	0,05	0,19	0,59	0,83	3,64	28,47	23,19	18,6
Flamengo «Pastor»	36	4,58	0,06	0,33	0,56	0,95	3,63	29,17	23,12	20,7
Flamengo «Pinheiro Manso»	34	3,55	0,03	0,21	0,68	0,92	2,63	22,61	16,75	25,9
Flamengo «Pinheiro Manso»	40	3,92	0,03	0,27	0,80	1,10	2,82	24,97	17,96	28,1
Flamengo «Gonde»	38	4,00	0,02	0,18	0,40	0,60	3,40	25,48	21,66	15,0
Flamengo «Ancora»	41	4,40	0,04	0,19	0,52	0,75	3,65	28,03	23,25	17,0
Flamengo «Ilha Verde»	43	5,11	0,09	0,18	1,00	1,27	3,84	32,56	24,46	24,9
Flamengo «Universal»	55	4,65	0,03	0,46	0,67	1,16	3,49	29,62	22,23	24,9
Flamengo «Estarreja»	56	4,29	0,12	0,36	1,12	1,50	2,79	27,33	17,77	35,0
Flamengo «Lacto Vianense»	57	4,21	0,01	0,05	0,67	0,73	3,48	26,82	22,17	17,3
Creme «Serra Gordo»	33	3,13	0,06	0,09	2,32	2,47	0,66	19,94	4,20	78,9
Creme «Serra Gordo»	35	3,14	0,05	0,18	2,44	2,67	0,47	20,00	2,99	85,0
Fundido «Pinheiro Manso»	37	3,15	0,05	0,16	1,10	1,31	1,84	20,06	11,72	41,6
Fundido «Pinheiro Manso»	39	2,95	0,06	0,22	0,85	1,13	1,82	18,79	11,59	38,3
Fundido «Lusitano»	42	4,46	0,10	—	1,47	—	—	28,41	—	—
Fundido «Lusitano»	64	4,40	0,11	0,21	2,12	2,44	1,96	28,03	12,48	55,5
Creme «Sete Cidades»	48	3,87	0,09	0,15	2,56	2,80	1,07	24,65	6,81	72,3
Creme «Sete Cidades»	49	4,21	0,10	0,17	2,50	2,77	1,44	26,82	9,17	65,8
Fundido «Feteiras»	50	4,31	0,01	0,21	3,27	3,49	0,82	27,45	5,22	81,0
Creme «Pastor»	52	3,75	0,00	0,52	1,50	2,02	1,73	23,89	11,02	53,9

QUADRO N.º 3

AMOSTRAS		Índice refract. Wollny a 25º C.	Índice de saponificação	Índice de iodo	Índice de Reichert-Meissl
Designação	N.º				
Cabreiro	1	51,5	231,9	39,0	26,4
Cabreiro	2	52,3	226,2	42,7	29,5
Cabreiro «picante»	25	51,0	235,8	38,3	26,5
Cabreiro «picante»	27	48,9	227,8	35,0	—
Rabaçal	3	50,7	229,0	38,2	23,5
Rabaçal	4	51,3	235,0	44,1	25,5
Alverca	8	52,5	237,0	—	26,4
Alverca	9	52,3	240,3	—	24,2
Alverca	29	50,1	236,8	35,5	22,0
Alverca	53	52,2	228,7	37,8	20,9
Alcobaça	24	50,0	230,2	36,6	25,6
Alcobaça	26	49,9	233,5	37,0	26,2
Tomar	30	50,5	225,9	36,6	26,0
Tomar	58	51,0	235,4	36,9	27,5
Ferreira do Zézere	64	51,5	235,5	39,0	25,2
Ferreira do Alentejo (fresco)	14	51,2	232,0	38,8	28,8
Ferreira do Alentejo (curado)	15	51,2	236,5	38,9	—
Evora	23	51,0	231,6	37,9	—
Evora	28	51,0	230,1	32,4	27,8
Evora	31	51,8	230,7	34,7	—
Evora	60	50,2	222,1	40,0	23,0
Portalegre (fresco)	66	49,3	238,2	30,7	20,9
Portalegre (meio curado)	67	50,0	235,8	35,7	30,1
Portalegre (curado)	68	48,7	246,6	33,3	33,0
Serpa	20	50,4	233,7	36,0	25,7
Serpa	21	52,0	226,5	39,1	26,7
Serpa	69	50,8	232,5	—	28,2
Celta — Alentejo	22	50,2	230,0	34,4	28,2
Beja (entorna)	70	51,9	234,0	43,2	23,6
Azeitão «Quinta do Anjo»	5	52,6	226,3	43,4	26,3
Azeitão «Palmela»	6	51,0	237,5	38,1	27,5
Azeitão «Palmela»	7	51,8	237,0	45,9	24,3
Azeitão «Calhariz»	10	52,4	230,1	44,7	29,5
Azeitão «Paiva»	11	51,4	234,7	40,3	29,0

QUADRO N.º 3 (CONTINUAÇÃO)

AMOSTRAS		Índice refract. Wollny a 25º C.	Índice de saponificação	Índice de iodo	Índice de Reichert-Meissl
Designação	N.º				
Serra	12	51,4	233,0	40,1	24,4
Serra	13	51,4	234,2	38,1	28,0
Serra	16	51,0	228,0	35,4	25,0
Serra	17	51,2	226,2	39,8	—
Serra	18	50,4	240,3	35,7	25,8
Serra	19	50,6	232,3	37,0	—
Serra «curado»	51	52,0	232,0	44,0	24,9
Serra	59	53,8	240,5	37,0	30,8
Serra «curado»	61	50,8	231,0	40,2	28,1
Serra	62	49,2	248,5	34,8	31,1
Quinta da Tapada	65	51,8	223,5	40,0	27,0
Belo Luso	54	51,0	232,0	35,6	27,4
Ilha — Vale Grande — S. Jorge	44	51,0	235,1	37,0	27,6
Ilha — Ponta Delgada	45	51,3	232,5	38,3	27,0
Ilha — S. Miguel	46	52,0	227,5	40,5	25,0
Ilha — S. Miguel	47	51,2	237,9	35,9	28,6
Flamengo «Pastor»	32	50,8	236,5	36,2	25,8
Flamengo «Pastor»	36	50,5	232,1	32,1	25,7
Flamengo «Pinheiro Manso»	34	52,0	226,2	36,1	25,1
Flamengo «Pinheiro Manso»	40	49,2	236,5	32,3	22,4
Flamengo «Gonde»	38	50,2	234,8	31,2	27,8
Flamengo «Ancora»	41	50,2	237,9	34,2	27,2
Flamengo «Ilha Verde»	43	49,5	237,7	35,1	—
Flamengo «Universal»	55	51,0	233,8	36,7	27,5
Flamengo «Estarreja»	56	49,8	229,9	37,3	26,6
Flamengo «Lacto Vianense»	57	50,9	229,6	37,0	23,1
Creme «Serra Gordo»	33	53,3	241,4	—	—
Creme «Serra Gordo»	35	53,0	230,0	34,7	26,2
Fundido «Pinheiro Manso»	37	50,6	233,6	34,3	22,6
Fundido «Pinheiro Manso»	39	51,0	230,8	37,6	27,5
Fundido «Lusitano»	42	49,5	237,7	35,1	—
Fundido «Lusitano»	63	51,6	232,7	39,5	25,8
Creme «Sete Cidades»	48	50,5	233,5	35,6	30,2
Creme «Sete Cidades»	49	51,0	234,3	34,1	27,6
Fundido «Feteiras»	50	50,5	238,7	35,1	29,3
Creme «Pastor»	52	55,8	217,5	34,0	22,0

AMOSTRAS		Proteína	Gordura	Hidratos de carbone	Cálcio	Fósforo	Ferro	Valor energético (calorias)
Designação	N.º	(g %)	(g %)	(g %)	(g %)	(g %)	(mg %)	(%)
Cabreiro	1	14,65	20,70	Vestígios	0,46	0,32	—	245,0
Cabreiro	2	15,29	24,31	»	0,48	0,33	—	280,0
Cabreiro « picante »	25	23,57	26,58	Não acusa	0,53	0,41	0,88	333,5
Cabreiro « picante »	27	21,40	27,98	»	0,55	0,36	0,96	337,4
Rabaçal	3	17,20	25,75	Não acusa	0,54	0,38	—	300,6
Rabaçal	4	17,45	21,12	Vestígios	0,54	0,41	—	259,9
Alverca	8	16,00	24,63	Vestígios	0,56	0,41	1,20	285,7
Alverca	9	14,46	17,98	1,61	0,48	0,40	1,76	226,1
Alverca	29	22,04	29,30	Não acusa	0,60	0,32	0,64	351,9
Alverca	53	18,54	37,43	Vestígios	0,61	0,41	0,68	311,0
Alcobaça	24	13,89	14,87	2,25	0,37	0,26	0,40	198,4
Alcobaça	26	13,82	15,00	2,05	0,37	0,25	0,84	198,5
Tomar	30	12,74	25,24	Não acusa	0,39	0,25	2,52	278,1
Tomar	58	16,43	27,28	»	0,46	0,28	0,37	311,2
Ferreira do Zézere	64	19,56	29,35	Vestígios	0,76	0,47	0,84	342,4
Ferreira do Alentejo (fresco)	14	18,34	21,16	2,38	0,60	0,39	0,80	273,3
Ferreira do Alentejo (curado)	15	31,53	30,77	Não acusa	0,98	0,59	1,60	403,0
Evora	23	21,21	25,49	1,35	0,73	0,40	0,88	319,6
Evora	28	20,32	24,50	1,04	0,59	0,38	0,96	305,9
Evora	31	30,64	37,64	Vestígios	0,78	0,55	1,28	461,3
Evora	60	24,78	36,95	1,93	0,66	0,40	1,00	439,4
Portalegre (fresco)	66	19,49	29,84	0,90	0,62	0,34	1,00	350,1
Portalegre (meio curado)	67	25,86	26,98	Não acusa	0,77	0,49	1,08	346,3
Portalegre (curado)	68	27,84	33,00	»	0,86	0,59	—	408,4
Serpa	20	25,80	22,42	Não acusa	0,85	0,55	2,88	305,0
Serpa	21	26,63	24,57	»	0,79	0,55	1,16	327,6
Serpa	69	24,97	22,88	»	0,74	0,52	5,24	305,8
Celta — Alentejo	22	25,48	28,05	»	0,83	0,57	0,92	354,4
Beja (entorna)	70	22,87	24,74	»	0,72	0,52	0,44	314,1
Azeitão « Quinta do Anjo »	5	20,83	24,89	»	0,43	0,36	—	307,3
Azeitão « Palmela »	6	21,21	24,35	»	0,50	0,42	2,36	304,0
Azeitão « Palmela »	7	20,38	24,56	»	0,54	0,37	3,40	302,6
Azeitão « Calhariz »	10	20,26	24,61	»	0,50	0,35	0,80	302,5
Azeitão « Paiva »	11	23,95	25,68	»	0,63	0,46	0,28	326,9

AMOSTRAS		Proteína	Gordura	Hidratos de carbone	Cálcio	Fósforo	Ferro	Valor energético (calorias)
Designação	N.º	(g %)	(g %)	(g %)	(g %)	(g %)	(mg %)	(%)
Serra	12	17,77	27,68	Não acusa	0,59	0,43	0,68	320,2
Serra	13	23,95	27,70	»	0,72	0,56	0,68	345,1
Serra	16	21,34	27,15	»	0,63	0,42	0,72	329,7
Serra	17	21,85	32,36	»	0,61	0,44	0,76	378,6
Serra	18	25,48	28,00	»	0,81	0,50	1,36	353,9
Serra	19	20,51	23,44	»	0,58	0,39	0,44	293,0
Serra (curado)	51	24,84	34,56	»	0,67	0,50	1,48	410,4
Serra	59	20,57	26,91	»	0,57	0,42	0,48	324,5
Serra (curado)	61	30,26	39,30	»	0,86	0,62	0,64	474,7
Serra	62	20,70	20,66	»	0,59	0,47	0,20	268,7
Quinta da Tapada	65	29,62	12,60	»	0,69	0,49	1,96	231,9
Belo Luso	54	21,46	30,81	»	0,51	0,37	0,40	363,1
Ilha — Vale Grande — S. Jorge	44	30,58	27,27	»	0,88	0,48	1,88	367,7
Ilha — Ponta Delgada	45	34,08	20,51	»	0,91	0,62	0,56	320,9
Ilha — S. Miguel	46	30,45	23,06	»	0,98	0,56	3,64	329,3
Ilha — S. Miguel	47	27,45	18,00	»	0,76	0,51	1,68	271,8
Flamengo « Pastor »	32	28,47	17,27	»	0,71	0,42	0,68	269,3
Flamengo « Pastor »	36	29,17	18,17	»	0,76	0,45	1,24	280,2
Flamengo « Pinheiro Manso »	34	22,61	25,20	»	0,59	0,39	0,52	317,2
Flamengo « Pinheiro Manso »	40	24,97	24,34	»	0,48	0,28	1,84	318,9
Flamengo « Gonde »	38	25,48	25,60	»	0,83	0,48	0,18	332,3
Flamengo « Ancora »	41	28,03	24,57	»	0,74	0,48	1,12	333,2
Flamengo « Ilha Verde »	43	32,56	19,66	»	0,83	0,52	0,60	307,2
Flamengo « Universal »	55	29,62	23,10	»	0,83	0,56	1,68	326,4
Flamengo « Estarreja »	56	27,33	20,50	»	0,69	0,56	0,27	293,8
Flamengo « Lacto Vianense »	57	26,82	12,38	»	0,78	0,65	0,33	228,7
Creme « Serra Gordo »	33	19,94	15,20	»	0,57	0,49	2,00	216,6
Creme « Serra Gordo »	35	20,00	16,30	»	0,55	0,63	1,20	226,7
Fundido « Pinheiro Manso »	37	20,06	13,77	»	0,77	0,54	2,48	204,2
Fundido « Pinheiro Manso »	39	18,79	13,75	»	0,52	0,59	0,14	198,9
Fundido « Lusitano »	42	28,41	7,90	»	0,58	0,58	1,92	184,7
Fundido « Lusitano »	63	28,03	15,98	»	0,78	1,00	1,40	255,9
Creme « Sete Cidades »	48	24,65	24,90	»	0,71	0,72	1,80	322,7
Creme « Sete Cidades »	49	26,82	25,87	»	0,74	0,76	1,32	340,1
Fundido « Feteiras »	50	27,45	15,69	»	0,75	0,79	1,76	251,0
Creme « Pastor »	52	23,89	15,16	»	0,41	0,70	3,28	232,0

Conclusões e considerações sobre o valor alimentar dos queijos portugueses

Embora as conclusões a tirar deste trabalho não sejam de natureza tecnológica, não queremos deixar de notar que muitos dos produtos analisados se, sob o ponto de vista alimentar, são valiosos, sob o ponto de vista higiénico e organoléptico deixam muito a desejar.

Na análise de cada amostra é, como se viu, de fraco ou nenhum valor o exame organoléptico. Teria efectivamente interesse apreciar, em cada queijo, certos caracteres tão importantes para a sua apreciação sob o ponto de vista tecnológico, como sejam: o tipo da massa, o número de olhos e a sua forma, particularidades de cheiro e de sabor, etc.

Mesmo, porém, sem entrar em particularidades de apreciação, não podemos deixar de concluir que a maior parte dos queijos nacionais apresentam um aspecto pouco cuidado e caracteres organolépticos muitas vezes inaceitáveis.

Assim podem apontar-se os seguintes defeitos:

Cheiro a estábulo, a ovelha, etc., em muitas amostras, particularmente de queijos frescos.

Côdea suja, por vezes com palhas e outros detritos, nalguns queijos do Alentejo, tipo Serra, etc.

Mau aspecto da massa e má distribuição da matéria corante, em muitos exemplares de queijo do tipo flamengo.

Cheiro e sabor estranhos, em exemplares de queijo creme.

Nalguns queijos industrializados, a percentagem de gordura, no resíduo seco, nem sempre corresponde às indicações das embalagens.

Deve ainda notar-se que, para o mesmo tipo de queijo, os caracteres organolépticos não são constantes, a composição não é uniforme e os graus de maturação variam.

Pode exemplificar-se este comentário com queijos de duas origens — Alverca e Évora.

Para o queijo de Alverca em 4 amostras, obtiveram-se os seguintes valores:

Amostra n.º	Gordura %	Proteína %	Calorias %
8	24,63	16,00	285,7
9	17,98	14,46	226,1
29	29,30	22,04	351,9
53	37,23	18,54	311,0

Continham de 37,23 a 61 grs. de água por cento (humidade %), o que mostra bem como os produtos são lançados no mercado em relação com a procura e não em obediência a qualquer regra de cura.

Nos pequenos queijos de Évora, que são fortemente salgados (7 a 10 % de ClNa), secos, com aparência semelhante, obtiveram-se os seguintes números:

Amostra n.º	Gordura %	Proteína %	Calorias %
23	25,49	21,21	319,6
28	24,50	20,32	305,9
31	37,64	30,64	461,3
60	36,95	24,78	439,4

Assim o valor energético destes queijos oscila bastante — 305,9 calorias na amostra n.º 28 e 461,3 calorias na amostra n.º 31, ou seja uma diferença (461,3 — 305,9 = 155,4) de 155,4 calorias por 100 gramas de queijo. Modificar este estado de coisas, criando queijos de tipo e padrão constantes, é obra de aperfeiçoamento tecnológico que se impõe. Sem essa obra, não será possível falar de um queijo português como DAVIES fala, por exemplo, do queijo *Cheddar* maduro:

> « *A simple definition of a ripe* Cheddar *cheese is one which contains a third of its contents as water, a third as protein, and a third as fat, with a third of the protein nitrogen in a water-soluble form* » (10).

* * *

Os queijos são alimentos ricos em proteínas, com gordura em proporção variável. Quase não contêm hidratos de carbono, pois a lactose fica no soro, separada a coalhada do leite. Sendo a gordura a substância nutritiva de mais alto valor energético, o valor alimentar dos queijos varia, naturalmente, com as percentagens de gordura que eles contêm. Os nossos queijos são de classificar, segundo a relação de HERZ, como queijos muito gordurosos e gordurosos. De resto, já Cardoso Pereira concluira, no trabalho citado (4), que os queijos portugueses eram essencialmente queijos gordurosos. Mas, mesmo nos queijos magros, é sempre apreciável o seu valor energético. No quadro n.º 4, este valor, para os queijos portugueses agora estudados, vai de 184,7 calorias por cento, no queijo fundido Lusitano, a 474,7 calorias, num dos queijos Serra «curado». Como no leite, são óptimas as suas proteínas e excelente a sua gordura. Neste trabalho houve o cuidado de determinar as características físico-químicas da gordura isolada, como se vê no quadro n.º 3, para se ficar seguro de que não havia gorduras estranhas por adição. E dada a instabilidade do leite, o queijo permite guardar essas proteínas e a sua gordura, como alimento de reserva, para utilizar em qualquer região e em qualquer época do ano. Acrescente-se que a gordura do leite é em boa parte constituída por esteres de ácidos gordos voláteis, de pequeno peso molecular, como os ácidos butírico, caproico, caprílico e cáprico, com, respectivamente, 4, 6, 8 e 10 átomos de carbono na sua molécula. Estas gorduras de baixo peso molecular são as que têm mais baixo ponto de fusão e também as mais fáceis de digerir. No processo de maturação, ligeiras modificações se dão nestas gorduras, libertando-se alguns ácidos voláteis que intervêm no sabor e cheiro e que constituem por vezes afamadas características de queijos de renome mundial. A estes ácidos voláteis e a produtos de desdobramento das proteínas se deve a ideia de que os queijos são indigestos.

A este respeito julga-se preciosa a opinião de MAC LESTER, (11) quando diz:

When cheese takes a prominent place in the diet the varieties with mild flavors, such as American cheese, should

be eaten; the more highly flavored knids should be taken in small amounts as a condiment at the end of the meal.

As proteínas merecem mais algumas palavras. Como se sabe, as proteínas do leite são proteínas completas, isto é, são capazes, quando usadas como única fonte de proteína numa dieta, de manter a vida, em bom estado de saúde, e de prover o crescimento normal dos animais jovens. Quanto à sua digestibilidade, basta recordar que a caseína se digere inteiramente. Pela sua digestão, o organismo obtém todos os aminoácidos essenciais à sua nutrição. Lembre-se o fenómeno da maturação do queijo que leva ao desdobramento parcial do complexo edifício proteico em albumoses, peptonas, aminoácidos e sais amoniacais. De modo que, nos queijos curados, as proteínas estão já em parte solubilizadas, em óptimo estado de absorção portanto. No quadro n.º 2 se vê a relação entre o azote solúvel e o azote total — coeficiente de maturação — que nos queijos da Serra chega a 52,3 % e nos queijos de Azeitão 67,6 %.

Ao contrário, nos queijos frescos, a percentagem de azote solúvel é mínima — para um dos queijos de Alverca, o coeficiente de maturação não vai além de 10,4, o que corresponde à insignificante percentagem de 0 36 de azoto solúvel. Podem comparar-se os coeficientes de dois queijos da mesma origem e fabrico (Ferreira do Alentejo); 17,4 para o queijo fresco e 30,3 para o queijo curado. E vem à memória a opinião de SANTOS ARAN, (13)

« Los quesos fermentados y los quesos de pasta cocida y fermentados, son, a nuestro juiço, el verdadero queso. Lo otro es cuajada em forma de queso ».

* * *

Como se informou, logo de começo, pensa-se em completar este estudo com uma adenda sobre vitaminas. Mas dosearam-se já os elementos minerais comumente estudados: o cálcio, o fósforo, e o ferro. Sobre cada um deles, as considerações que nos sugerem os valores obtidos são os seguintes:

Cálcio:

O leite é uma das melhores fontes de cálcio, pela sua quantidade, mais de um gr. por litro no leite de vaca, pela sua

qualidade, em combinação fosfoproteica, e pela sua constância. Segundo experiências de Dante Costa e sua colaboradora Edelweiss Taccola, o cálcio do leite é aproveitado na proporção de 87 %. As suas experiências feitas em ratas, com dietas em que o cálcio provinha do espinafre ou do leite, mostram para o leite o factor de utilização biológica de 0,87 e para o espinafre de 0,14 (12).

O queijo, seu derivado, é ainda fonte apreciável de cálcio, mas varia bastante a sua riqueza neste elemento indispensável à alimentação do homem, o que depende em parte do processo de fazer a coalhada. SHERMAN (14) indica percentagens de 0,082 g., no queijo *cottage*, a 0,873, nos queijos duros. Mas há queijos com mais elevadas percentagens de cálcio, como sejam 1,080 g, no *Gruyère*, e 1,222, no Parmesão. Isto mesmo se observa nos queijos portugueses; nos curados, as percentagens variam de 0,98 g., num queijo de Ferreira do Alentejo, a 0,43 g. num queijo de Azeitão. Nos queijos frescos a percentagem mínima encontrada foi de 0,37 g. E até nos queijos de um determinado tipo de fabrico, como o flamengo, em que poderia esperar-se uma certa constância em todos os seus elementos, a percentagem de cálcio varia de 0,48 a 0,83 g. Confirma-se, no entanto, a merecida reputação do queijo como alimento fornecedor de cálcio; 0,43 g. de cálcio em 100 g., no queijo curado mais pobre neste elemento, quando o organismo humano necessita apenas 0,80 a 1 g. para o seu metabolismo diário, é número que fala por si.

Fósforo

Desde que se reconheceu que uma dieta com proteína, cálcio, ferro e vitaminas A. B. C. e P. P. suficientes fornece também o fósforo considerado necessário ao organismo humano, não se entra no cálculo das rações alimentares com este elemento. Assim, as tabelas americanas de dietas não consideram, para o cálculo, o fósforo. As necessidades do homem adulto são, em média, segundo SCHERMANN, de 0,880 por 70 kg. de peso. Nos queijos analizados, a percentagem de fósforo varia de 0,250 a 0,790 g. Numa dieta bem equilibrada deve assegurar-se a

relação cálcio — fósforo ($\frac{Ca}{P}$). Ao homem adulto convém, segundo alguns autores, a relação $\frac{Ca}{P} = 0{,}6$ a $0{,}8$.

Para as crianças em pleno crescimento, e para a mulher grávida ou que amamenta, a relação deverá estar compreendida entre 1 e 1,5. Sabe-se que os alimentos ácidos são mais pobres em cálcio do que em fósforo, de modo que se encontram relações $\frac{Ca}{P} < 0{,}6$. Ao contrário, nos alimentos alcalinos, encontra-se mais cálcio do que fósforo, de modo que a relação sobe em regra a $\frac{Ca}{P} > 0{,}6$. Ora, nos queijos portugueses que foram estudados, a relação cálcio-fósforo mostrou-se quase sempre superior à unidade ($\frac{Ca}{P} > 1$). Exceptuam-se 6 casos, e estes entre os queijos fundidos e cremes. Mesmo nestes, apenas no queijo creme «Pastor» a relação vem abaixo de 0,6 ($\frac{Ca}{P} = 0{,}58$). Pode concluir-se, como já se enunciara, que os queijos portugueses são igualmente bons alimentos fornecedores de cálcio.

Ferro

Tem-se o leite como alimento pobre em ferro, e, na primeira infância, até os seis meses, a criança gasta o ferro armazenado no seu fígado durante a vida intra-uterina. Não é natural, portanto, que se vá buscar o ferro alimentar aos queijos. Mas doseou-se o ferro, neste trabalho sobre queijos portugueses; e encontraram-se alguns valores relativamente altos, como 3,64 miligramas por cem gramas, se for lembrado que o homem adulto precisa apenas de 12 a 15 miligramas de ferro por dia.

Mas também se encontraram valores baixos, como 0,18 miligramas. Em boa verdade, só um estudo especial conduzido com muito cuidado nos poderia trazer dados de confiança. O ferro doseado deve provir, na sua maior parte, dos utensílios da ordenha e da queijaria, tais como azados, ferrados, cântaros e cinchos, que são em regra de folha ou de ferro zincado, e não do leite.

* * *

O queijo não é alimento completo, pois lhe faltam hidratos de carbone.

O povo corrige bem este defeito, comendo-o com pão e fruta — pão, queijo e uvas, pão, queijo e melão, são refeições apreciadas pela nossa gente. Mas reconhece-se hoje, por toda a parte, a conveniência de alargar o seu uso na alimentação humana.

Assim, nos Estados Unidos da América do Norte, durante a última guerra mundial, o Secretariado da Agricultura organizou, segundo F. Vieira de Sá (15) a semana do queijo, em que largamente se propalou o « slogan » *Serve queijo e servirás a Nação*.

BIBLIOGRAFIA

(1) — JOAQUIM RASTEIRO — *Fabrico e Comércio de Queijos* (Congresso de Leitaria, Olivicultura e Indústria de Azeite — Vol. I — 1905).

(2) — J. CORREIA DA COSTA, EUGÉNIO TROPA e F. VIEIRA DE SÁ — *O queijo nacional do tipo holandês* — (Boletim Pecuário — Ano IX — N.º 2 — 1941).

(3) — ANTÓNIO ALVES DA CRUZ — *Lacticínios da Beira Baixa* (Boletim Pecuário — Ano XIII — N.º 4 — 1945).

(4) — TEODÓSIO MARQUES ANTUNES e INÁCIO ANTÓNIO DOS SANTOS — *Elementos para o estudo do Queijo da Serra* — (Boletim Pecuário — Ano XI N.º 2 — 1943).

(5) — CARDOSO PEREIRA — *Contribuição para o estudo químico dos queijos portugueses* — (Documentos Científicos da Comissão Técnica dos Métodos Químico-Analíticos — Vol. I — 1910).

(6) — *Ordonnance réglant le commerce des denrées alimentaires et de divers objects usuels.* — Conseil Fédéral Suisse — 26 de Maio — 1936. Cap. IV — Fromage.

(7) — ANDREW L. WINTON AND KATE BARBER WINTON — *The Analysis of Foods* — 1945.

(8) — VICTOR VILLAVECCHIA — *Tratado de Química Analítica Aplicada* — 1944.

(9) — MAURICE LEPRINCE ET RAOUL LECOQ — *Guide Practique d'Analyses Alimentaires* — 1930.

(10) — W. L. DAVIES — *The Chemistry of Milk* — pg. 341.

(11) — MC LESTER — *Nutrition and Diet in Health & Disease*, pg. 184 — 1945.

(12) — DANTE COSTA — *Tratado de Nutrição*, pág. 128 a 130 — 1947.

(13) — SANTOS ARÁN — *Quejos y manteca*, pg. 222, 3.ª edição.

(14) — SHERMAN — *Chemistry of Food and Nutrition*, pg. 627 — 1946.

(15) — F. VIEIRA DE SÁ — *Os derivados do leite na alimentação e na indústria*, pg. 69 — 1945.

ERRATA

		Onde se lê:	Deve ler-se:
Pág. 88	linha 5	enviados	enviadas
Pág. 88	» 29	com	como
Pág. 147	» 1	serra	Serra
Pág. 164	» 24	0,03	0,03 °/₀
Pág. 171	» 18 (Ferro)	0,57	0,56
Pág. 181	» 9	37,23	37,43
Pág. 182	» 34	Mac	Mc

Pág. 97 a 160 — Os valores respeitantes aos coeficientes de maturação, vêm, erradamente, acrescidos de zero, como segunda casa decimal; deve apenas considerar-se o algarismo das décimas.

Vacinação Anti-Tuberculosa pela B. C. G.

Estabelecidas, pode dizer-se que por acordo universal, a inocuidade e a eficácia da vacinação anti-tuberculosa pela vacina B. C. G., daí resulta reconhecer-se a necessidade de revisão da Profilaxia da Tuberculose. O problema que se põe, com efeito, não é apenas o da vacinação anti-tuberculosa, mas sim o da Profilaxia da Tuberculose, no qual a primeira entra como elemento novo e valioso. Aceite o princípio da imunização artificial para a Tuberculose, o problema em estudo consiste na sua integração no quadro da Profilaxia da Tuberculose, avaliando das consequências da sua interferência nesse problema geral.

Supor que a vacinação, mesmo sistemàticamente generalizada a toda a população, o que é pràticamente impossível de conseguir de modo rápido, irá «como que por encanto» resolver o problema da Tuberculose é ignorar as leis mais rudimentares da Medicina Preventiva Geral e ao mesmo tempo esquecer que a Medicina e Higiene Sociais para se imporem e serem bem aceites, têm de ser humanas.

Assim, à enorme massa de doentes tuberculosos existentes neste momento, se juntarão muitos outros contagiados pelos primeiros, e ainda, entre o grande grupo daqueles que apresentarem reacção positiva à tuberculina, não vacináveis, se irão descobrir muitos tuberculosos em início que demandarão tratamento.

Neste último grupo salvar-se-ão aqueles cuja reacção positiva à tuberculina for índice de uma verdadeira imunidade adquirida natural, em percentagem que se não pode calcular.

Não esqueçamos ainda que a imunidade artificial provocada pela vacina, de valor real indiscutível, é todavia menos intensa que a imu-

nidade naturalmente adquirida e produzida por uma infecção virulenta, e portanto, menos se pode garantir que em relação à segunda ela possa evitar inteiramente manifestações secundárias (por ex.: pleurite) e terciárias (por ex.: tub. renal, óssea, articular, tísica, etc.).

É o que afirma WALLGREN, professor em Estocolmo e perito em tuberculose, quando diz que «O que a B. C. G. pode fazer é prevenir as consequências imediatas da infecção primária, de tal maneira que as formas mais graves da infecção primária possam ser evitadas; e este papel, preenche-o duma maneira muito satisfatória, na medida em que o podemos julgar».

Estabelecido que a vacina evita a infecção primária, durante o período de imunidade provocada, cuja duração não está ainda bem estabelecida, que sucederá aos não revacinados em tempo competente, quando expostos ao contágio?

Será então um simples retardamento da infecção primária? e como decorrerá ela num vacinado, não revacinado?

Não esqueçamos ainda que numa vacinação em larga escala é pràticamente impossível evitar a exposição ao contágio dos vacinados no período pré-imunitário, com todas as suas consequências de inevitável contaminação.

No fundo conclui-se que continuam de pé, como a lógica e o bom senso aconselham, as regras fundamentais de profilaxia aplicáveis a esta, como a todas as doenças transmissíveis:

a) — isolamento e tratamento dos doentes;
b) — aplicação das medidas preventivas.

Simplesmente, a medicina preventiva da tuberculose, foi enriquecida com uma nova arma de grande valor, a qual, como todas as armas valiosas, tem características específicas de emprego e digamos de «clima de aplicação».

Poderíamos concluir como CANTONNET BLANCH e LIEUTIER do Uruguai no Relatório apresentado ao VI Congresso Panamericano da Tuberculose, em 1945, que a administração parenteral da vacina B. C. G. confere protecção contra a tuberculose, mas que apesar de tudo «a separação de um ambiente tuberculoso sem vacinação é melhor do que a vacinação sem separação».

Mas, também é certo que, como muito bem se diz no Relatório da Comissão Interina do O. M. S. «Os métodos modernos de saúde pública exigem que os programas de Higiene Pública sejam subme-

tidos, com intervalos regulares, a um exame crítico e a uma revisão, a fim de que toda a técnica desprovida de eficácia possa ser afastada e que práticas mais modernas possam ser adoptadas à medida que sejam adquiridos novos conhecimentos».

Estas judiciosas considerações, de carácter geral, têm para o caso de que agora tratamos a maior oportunidade. Estamos no momento de rever o problema da luta anti-tuberculosa e lançá-la em novas bases, através de um programa a estabelecer.

Estamos crentes de que não será um programa definitivo, pois justamente por ser um programa novo, como tal, deverá necessàriamente estar sujeito a exames críticos e revisões mais frequentes, consoante os resultados da sua aplicação.

É preciso no entanto começá-lo.

*

* *

Já de há muito que diferentes autores e entre eles o distinto médico militar norte-americano JEORGE BUSHNEL, se impressionaram pela diferença de comportamento da tuberculose quando ataca populações até aí indemnes desse mal em relação ao que sucede entre aquelas nas quais ela se manifesta de forma endémica.

Nas primeiras assiste-se ao desenrolar de formas agudas, revestindo por vezes o aspecto de verdadeira epidemia, ao passo que nas segundas predominam as formas crónicas e muitas vezes com a característica de não se apresentarem lesões evolutivas e mesmo sem sintomas clínicos. A explicação está em que as últimas populações estão mais ou menos imunizadas naturalmente e em grande parte por contágio proveniente de infecções paucibacilares, o que lhes confere um certo grau de resistência à doença. São os tuberculosos crónicos os principais responsáveis por esta lenta imunização e sob este prisma a sua acção seria salutar, o que leva BUSHNEL a sugerir que para a continuação do processo natural de imunização seria desejável a existência de um pequeno número de tuberculosos crónicos.

Por outro lado MADSEN, grande impulsionador da luta contra a tuberculose na Dinamarca, estudando comparativamente duas regiões desse país, uma isenta de tuberculose bovina e outra na qual esta é muito frequente, constatou que não havia grande diferença entre a mortalidade por tuberculose e o aparecimento de novos casos de doença nas duas regiões, mas que tanto na idade dos sete como nos

catorze anos o número de reacções positivas à tuberculina era muito acentuadamente maior na região rica em tuberculose bovina e ainda que o número de viragens negativas desta reacção, ao fim de um ano, era muito menor nesta. Atribuiu estes factos à acção imunizante do leite contaminado por bacilos tuberculosos.

Evidentemente que tanto BUSHNEL como MADSEN, verificando estes dois processos de imunidade natural contra a tuberculose, cuja realidade é indiscutível, não defendem, nem a manutenção de tuberculosos crónicos, nem a livre administração de leite infectado pelo b. de KOCH, como arma profilática a generalizar. Os processos naturais de imunização existem sem dúvida e são múltiplos, mas não são reguláveis pelo homem e como tal arrastam também, por sua conta, um largo sacrifício de vidas humanas. Os tuberculosos crónicos e o leite contaminado, também geram com frequência infecções macissas das quais são vítimas principalmente as crianças.

Fica contudo a noção de imunidade na tuberculose, noção essa importante de estabelecer, e tudo estará em obter um método artificial, regulável, de imunização, do qual não resulte sacrifício de vidas humanas. Coube a glória de o conseguir a CALMETTE e GUERIN, com a sua vacina B. C. G., que se não dá uma imunidade tão intensa, como a obtida pelos processos naturais, confere protecção suficiente e de um modo mais regular e mais inofensivo do que estes, com a condição de se respeitar uma boa técnica de aplicação e um conhecimento perfeito das suas verdadeiras possibilidades, circunstâncias de emprego e fiscalização de resultados.

*

* *

Desde que em 1908, CALMETTE e GUERIN fizeram conhecer que tinham conseguido, por cultura repetida e prolongada em meio de batata biliada, uma estirpe de bacilos bovinos, isenta de poder patogénico, mas dotada de poder imunizante para a tuberculose humana e desde que em 1921 WEILL-HALLÉ e TURPIM vacinaram os primeiros recém-nascidos por administração bocal desta vacina, até hoje, em que se assiste à sua geral aceitação, caminhou-se grandemente no estudo da sua utilidade e da técnica da sua utilização, até ao ponto de podermos dizer que actualmente são bem conhecidos os pormenores e regras para o seu manejo. O longo caminho percorrido, através de dúvidas, incertezas, acidentes e até laivos de tragédia é uma das mais sólidas garantias do seu verdadeiro valor.

Pode dizer-se que hoje a vacinação pela B. C. G. tem larga projecção mundial. Foram seus principais pioneiros os países escandinavos que a iniciaram em 1925-1926, dela têm feito larga aplicação e bastante contribuiram para o estudo da sua eficácia e indicações de emprego.

Na *Suécia* foi WALLGREN o seu grande propulsor, seguido entre outros por ANDERSON e BELFRAGE, NEESLUND, MALMROS. Iniciada a vacinação em 1925, por via oral, logo esta foi substituída pela via intradérmica, em 1927, data que marca a verdadeira era da vacinação neste país. Mais tarde utilizou-se também o método de Rosenthal. Desde 1944 que deixou de se preparar vacina para utilizar por via oral.

A constatação do resultado das estatísticas apresentadas pelos autores suecos, das quais ressalta a inocuidade e a eficácia do método, conduziu o Conselho Superior de Higiene Pública da Suécia a tornar obrigatória a sua administração, primeiro às alunas enfermeiras dos Hospitais Psiquiátricos e seguidamente a todas as escolas de enfermagem do País. Apesar de não ter carácter obrigatório realiza-se, por sistema, nos recrutas à entrada para o serviço militar, nos recem-nascidos, nos alunos universitários e, nas crianças das escolas, no início e no fim do período escolar. Rodearam sempre os investigadores suecos, esta vacinação, dos mais rigorosos cuidados de técnica e de fiscalização do método e resultados, tendo ainda contribuído bastante para a fixação dos seus pormenores.

A *Noruega* com HEIMBECK, SCHEEL, TORNELL, JENSEN, DAHL e HERTZBERG, entre outros, iniciou a vacinação em 1926 e dos resultados conseguidos é índice a determinação da sua obrigatoriedade para todas as alunas enfermeiras com reacção negativa à tuberculina. Este ano a Associação Nacional de Tuberculose fez votar uma lei, tornando obrigatória a vacinação pela B. C. G. de todos os indivíduos das escolas públicas na 8.ª classe e acima, e ao mesmo tempo encorajar a vacinação voluntária de todo o indivíduo negativo à tuberculina entre os 15 e 20 anos, com re-exame todos os 4 anos. Tem esta Associação como objectivo final conseguir a obrigatoriedade geral da vacinação.

Na *Dinamarca*, o êxito de sucessivos ensaios de vacinação, com MADSEN, JENSEN, ORTKOV e HOLM principalmente, conduziram a incluir nas actuais bases de luta contra a Tuberculose o exame de todas as crianças na idade escolar e a vacinação de todos os tuberculino-negativos antes da saída da escola. O método, técnica e fiscalização

da vacinação tem merecido a maior atenção neste país, que bastante tem contribuído para o seu conhecimento e generalização através de campanhas de vacinação nacionais e internacionais.

Sirva de exemplo o grande papel representado por este país, na campanha de vacinação levada a efeito pela UNICEF, sob os auspícios da O. M. S. (auxílio e conselho técnico) e ligada ao programa da Cruz Vermelha Dinamarquesa e suas congéneres na Suécia e Noruega, em cooperação com o Departamento de Saúde Pública da *Dinamarca* e do Instituto Serológico do Estado de *Copenhague*. A acção iniciou-se na *Polónia, Hungria* e *Checoslováquia*, bem como nas zonas Britânica e Americana da *Alemanha*. A partir de 15 de Outubro de 1947 e em 4 meses foram examinadas 650.000 pessoas, das quais 140.000 foram vacinadas (115.000 eram crianças).

Exames anteriores tinham provado, através de 1.600.000 consultas que nas grandes cidades, quase todos os adultos de mais de 20 anos tinham reacção positiva à tuberculina.

Decidiu-se recentemente, por negociações entre a UNICEF e o governo dinamarquês, estender esta campanha a 10 países da Europa, necessitados de auxílio internacional, englobando 50.000.000 de crianças, das quais 15.000.000 deverão, sem dúvida, ser vacinadas. São por isso necessárias 200 equipas de vacinação, que serão preparadas na Dinamarca.

É longa a lista de países nos quais se tem procedido a experiências de vacinação, em maior ou menor escala, e sem a preocupação de apresentar uma relação completa, citaremos os seguintes:

Estados Unidos da América — iniciou-se a vacinação em 1926, com WILLIAM PARK. Entre outros ARONSON, DÄNNENBERG, LEVINE e SACKAT, ARONSON et LONG e muito principalmente ROSENTHAL têm contribuído para a generalização do método. Actualmente toda a vacinação é dirigida pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e a vacinação pela B. C. G. faz parte do programa oficial da luta anti-tuberculosa elaborado pelo Departamento de Saúde do Estado.

Canadá — FERGUSON, BAUDOUIN, HOPKINS têm sido os principais propagadores.

Brasil — Os êxitos alcançados por ARLINDO DE ASSIS, CLEMENTE FERREIRA, ALVIMAR DE CARVALHO, BUENO, entre outros, determinaram que desde 1932 o Departamento de Saúde Pública adoptasse a vacinação pela B. C. G. no seu programa da luta anti-tuberculosa. Segundo afirma A. DE ASSIS nos últimos anos têm sido vacinadas mais de metade das crianças nascidas no *Rio de Janeiro*.

Há notícia ainda de que se tem vacinado em maior ou menor escala na *Argentina* (SAYAGO, DEGOY e CHATTAS, GOMEZ, RAIMONDI); *Romania* (CANTACUZENE, JONESCO, MIHAIESTI, CUISCA, NASTA e VEBER); *Holanda, Jugoslávia, Paraguai, Cuba, Bolívia.* Em *Espanha* têm sido seus propulsores SAYE em *Barcelona,* ARIZA em *Sevilha* e GOMEZ ULLATE em *Albacete.*

Na *U. R. S. S.* desde 1926 que a vacinação se tem progressivamente desenvolvido, sendo já obrigatória a vacinação dos recem-nascidos. Calcula-se em 3.000.000 o número de crianças vacinadas, nos últimos 20 anos na Rússia e afirma-se que a tuberculose infantil foi reduzida a $\frac{1}{3}$.

A *França* pátria do método, nunca lhe generalizou o emprego, mas apresenta numerosos ensaios de maior ou menor amplitude.

Cabe-lhe todavia a glória de ser a detentora da estirpe vacinal original e de um valioso trabalho experimental para o estudo do método e das regras da sua aplicação.

Da *Inglaterra* não chegam notícias referentes a esta vacinação e isto é tanto mais curioso quanto o chamado «Memorandum Britânico» sobre a B. C. G., redigido pelo Prof. TYTLER, para uma Comissão que o apresentou ao Ministério de Saúde e publicado em 1946, entre outras conclusões consigna que «a inocuidade da B. C. G. está incontestàvelmente estabelecida pelo uso prático numa escala só excedida por poucos métodos de vacinação, tais como os da varíola, difteria e febre tifóide» e ainda que «um muito considerável grau de eficiência imunizante é indicado pelos mais seguros resultados de outros países, particularmente *Noruega* e *Suécia*». As restantes conclusões deste notável Memorandum, referentes à técnica de produção e emprego, etc.; merecerão referência quando abordarmos esses aspectos.

São sempre muito particulares as reacções do meio inglês em matéria de vacinações.

*
* *

Pretendemos apenas apresentar um quadro do estado actual de generalização do método vacinal, evitando a transcrição das estatísticas publicadas que alongariam demasiado o nosso relatório, aliás fáceis de consultar e de um modo geral todas concordantes.

Há todavia 3 experiências que consideramos cruciais, quanto ao valor deste método profilático, as quais por isso transcrevemos.

1.ª — Cita HOLM, que numa escola da Dinamarca, frequentada por 368 alunas, de 12 a 19 anos eclodiu uma verdadeira epidemia de tuberculose com aspecto pseudo-gripal, que se verificou ter sido causada por uma professora. Destas alunas 133 estavam vacinadas e 105 recentemente entradas e com reacção negativa à tuberculina, ainda não tinham sido vacinadas quando o surto explodiu. Verificou-se que nenhuma das alunas vacinadas adoeceu e que todas as primo-infecções se produziram entre as alunas anérgicas não vacinadas.

2.ª — ARONSON e PALMER realizaram, com o mais escrupuloso pormenor a seguinte experiência que incidiu sobre um grupo de índios da América do Norte, desenrolando-se durante mais de 6 anos. Vacinaram intradèrmicamente com B. C. G. 1.565 indivíduos de idades compreendidas entre 1 e 19 anos.

Num grupo testemunha de 1.459 indivíduos, injectaram apenas solução de Cl Na.

Todos os indivíduos de ambos os grupos tinham inicialmente reacção negativa à tuberculina. Foram todos sujeitos a exames mensais completos, para o que possuiam laboratório e radiologia móveis.

Verificaram que nos três anos que se seguiram à vacinação houve 4 vezes mais casos de tuberculose no grupo testemunha que nos vacinados e que a taxa de mortalidade foi 10 vezes mais elevada no grupo testemunha que no vacinado.

3.ª — E. TÜRK de *Viena,* vacinou 3 crianças idiotas e constata mais tarde a sua protecção, inoculando-as com um bacilo virulento. Ao mesmo tempo outras crianças idiotas, submetidas à mesma inoculação virulenta, sem vacinação prévia com B. C. G., desenvolveram o complexo de primo-infecção que conduziu à cazeificação.

Aceitamos os factos, tal como são relatados e evitando outros comentários.

São características estas experiências no que diz respeito à eficiência da vacinação. No que diz respeito à sua inocuidade NÈGRE et BRETEY corroboram-na com a seguinte argumentação: *a*) demonstração da perda do poder patogénico pela cultura prolongada em meio biliado. *b*) demonstração de que a sua conservação prolongada no organismo das crianças não modifica nada os seus caracteres de atenuação, pois que além de mais as estatísticas demonstram que a mortalidade geral das crianças vacinadas é inferior à das não vacinadas.

No 2.º Relatório da Comissão de Peritos sobre a Tuberculose, apresentado à Comissão interina da O. M. S. e distribuído em *Genève* a 22 de Abril de 1948, afirmou-se a este respeito:

«A vacinação pela B. C. G. é actualmente o melhor meio prático de criar, no homem, uma resistência específica à tuberculose. Os resultados dos estudos efectuados em numerosos países indicam que a vacinação pela B. C. G. pode reduzir a morbilidade e mortalidade pela tuberculose. Não se encontram em nenhuma publicação médica exemplos de casos averiguados, nos quais a vacinação pela B. C. G. tenha tido o efeito de fazer progredir a doença.

Uma forte proporção de pessoas, tendo reagido negativamente à tuberculina, apresentam depois da vacinação pela B. C. G. uma reacção positiva».

Entre as medidas de acção urgente, aconselhadas por esta Comissão, figuram as campanhas de vacinação pela B. C. G.

Mas diz-se ainda no mesmo relatório:

«A vacinação pela B. C. G. não substitui, na luta anti-tuberculosa, os outros métodos já experimentados, tais como o despiste dos casos, o tratamento médico e o isolamento.

Pode contudo representar um papel importante nesta luta, principalmente nos países ou nos agrupamentos, nos quais a frequência da doença é elevada».

Já no seu primeiro Relatório a mesma Comissão se tinha pronunciado favoràvelmente à vacinação pela B. C. G.

As conclusões dos 2 Relatórios foram adoptadas pela Comissão Interina da O. M. S., e a Comissão do Programa da 1.ª Assembleia Geral da O. M. S., recomendou a esta igualmente a adopção da vacinação pela B. C. G. fazendo contudo notar que «posto que a B. C. G., faça parte integrante do programa, não constitui senão uma fase da luta anti-tuberculosa».

Podemos assim considerar como bem fundamentados os dois pontos essenciais do problema que nos ocupa, ou sejam a inocuidade e a eficácia, o que nos conduz a propor a aceitação do princípio da imunização artificial para a Tuberculose, pela vacina B. C. G.

Esta resolução envolve todavia o estudo de vários aspectos dessa actividade que são de importância fundamental para o seu sucesso, para que não seja falseada a expectativa dos benefícios de ordem moral, social e mesmo económica, que é lícito esperar da sua generalização cuidada e progressiva.

Temos assim que encarar:

A) — Estudo das possibilidades de preparação da vacina, fixação das regras da sua produção e fiscalização desta.

B) — Estudo das possibilidades de preparação da tuberculina, em larga escala e sua «Standardização».

C) — Fixação da Técnica de vacinação e dos cuidados de que ela se deve rodear.

D) — Fixação da Técnica de reacção à tuberculina e sua leitura.

E) — Programa da Campanha de Vacinação.

F) — Integração do método de imunização artificial no quadro da Profilaxia Geral da Tuberculose, avaliando das possibilidades da sua interferência nesse problema geral.

A) — PREPARAÇÃO DA VACINA, FIXAÇÃO DAS REGRAS DA PRODUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DESTA

Subordinações fundamentais que condicionam a produção de vacina:

a) — Utilização da estirpe da B. C. G., fornecida pelo Instituto Pasteur de *Paris*.

b) — A vacina deve ser usada fresca, dentro de 10 a 15 dias após a sua produção.

c) — A garantia de pureza é condição imprescindível para o seu êxito, para obter a confiança pública e ainda para se poder refutar qualquer queixa da doença tuberculosa atribuída à vacina.

Chamamos particularmente a atenção para a terceira condição e ao fazê-lo assalta-nos a mente o bem conhecido e de triste memória, desastre de *Lubeck*.

É ponto assente, em todos os países que pensam ou executam

a generalização da vacinação anti-tuberculosa, respeitar a recomendação insistente de CALMETTE e cujo desrespeito está na raiz da tragédia de *Lubeck : O laboratório que prepara esta Vacina deve ser exclusivamente a ela destinado e absolutamente independente, seguindo rigorosamente a técnica de Calmette.*

Anàlogamente ao que está sucedendo na *Suécia, Noruega, Dinamarca, Estados Unidos, Brasil,* etc., esta preparação deve realizar-se num laboratório único e oficial, directamente subordinado ao Serviço de Saúde Pública.

Transcrevemos do já referido «Memorandum Britânico sobre a B. C. G.», o que se diz a este respeito:

«Para alcançar estes objectivos a deputação pensa que deve haver uma única origem de abastecimento para a Grã-Bretanha e que não seja permitida nenhuma competição comercial na produção.

No laboratório em que se prepare a B. C. G. não deve ser permitida nenhuma outra actividade bacteriológica».

Temos em conclusão:

— Criação de um laboratório privativo, dependente do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, para a preparação da B. C. G.

— Condicionamento da produção ao consumo.

— Fiscalização técnica rigorosa da produção.

— Necessidade de um estágio de técnicos no Instituto Pasteur de *Paris* para se familiarizarem com a técnica de preparação da vacina.

Esta missão não deixará de visitar Copenhague, como um dos grandes centros de estudo e de realização da vacinação e de métodos tendentes à uniformização das técnicas com ele relacionadas.

B) — ESTUDO DAS POSSIBILIDADES DE PREPARAÇÃO DE TUBERCULINA EM LARGA ESCALA E SUA «STANDARDIZAÇÃO».

Posto que não esteja demonstrado que em matéria de tuberculose haja identidade absoluta entre «imunidade» e «sensibilidade tuberculínica», como alguns autores pretendem, o que é certo é que não possuímos nenhum índice seguro que permita medir a resistência à infecção.

Assim a maioria dos autores franceses, depois dos trabalhos de CALMETTE, BOQUET et NÈGRE, consideram-nos dois fenómenos de natureza diferente, mas como afirmam NÈGRE et BRETEY, na prática a alergia e a imunidade evolucionam simultâneamente e segundo uma marcha sensìvelmente paralela no mesmo indivíduo, pelo menos na imensa maioria dos casos. É certo ter-se já verificado que a desaparição da alergia nem sempre representa desaparição da resistência à tuberculose, do mesmo modo que, também MACLOUF, entre outros, constatou a possibilidade de reacções negativas em indivíduos com tuberculoses aparentemente cicatrizadas. Estas viragens negativas da reacção tuberculínica, já constatadas por muitos outros autores em aproximadamente 10 % dos indivíduos, levou MACLOUF a concluir: «E portanto, ninguém se atreveria a afirmar, actualmente, que a ausência de sensibilidade à tuberculina implique sempre, e de certeza, que o indivíduo não albergou bacilos, pelo menos num momento dado da sua existência».

Postas estas indispensáveis restrições, a ter em conta quando da interpretação de certos casos individuais, também é certo que como NÈGRE et BRETEY afirmam: «os factos de observação em verdadeiras condições experimentais, mostram que em presença da infecção tuberculosa, o indivíduo alérgico está numa situação muito privilegiada em relação ao que o não é».

Os autores escandinavos tiveram o mérito de estabelecer com evidência que, no terreno clínico a «tuberculose é mais frequente e mais grave no indivíduo anérgico do que naquele que reage à tuberculina».

Está assim no consenso geral que a reacção à tuberculina é o indice mais seguro que possuimos para a avaliação do estado de resistência dos indivíduos à tuberculose após a vacinação pela B. C. G. donde a afirmação de NÈGRE et BRETEY de que «não se deve considerar como Vacinação com sucesso, senão aquela que provocou francamente a aparição da sensibilidade tuberculínica», pelo que é de regra procurá-la depois do acto vacinal, para se não correr o risco de dar ao indivíduo uma noção de falsa segurança ou nos expormos a fazer acusar, sem razão a B. C. G. de ineficácia.

Este índice tuberculínico, não serve apenas para avaliar do resultado da vacinação, mas ainda para estabelecer as suas indicações, pois só se deverão vacinar os tuberculino-negativos, e ainda para apreciar a duração do seu efeito com vista à revacinação.

Todos estes factos nos levam à conclusão de que não é possível separar a Vacinação pela B. C. G. da reacção à tuberculina e este ponto conduz para esta a nossa atenção. Ela é bem necessária, porque justamente o grande papel que desempenha na prática vacinal, induz a necessidade de fiscalizar a sua preparação e emprego, para que da uniformidade de métodos, que não existe entre nós, possa resultar a confiança nos resultados e sua comparabilidade. É assunto da maior atenção em todos os países que pretendem generalizar a vacinação e assim por ex.: MADSEN, o grande impulsionador da vacinação na Dinamarca, pretende uma preparação Standard de tuberculina e considera racional adoptar uma «unidade-tuberculina» de preferência a diluições variáveis. Lembra a «unidade-tuberculina», adoptada em 1938, pela Comissão de Standards Biológicos da Sociedade das Nações e que seria «a dose de tuberculina, empregada como dose de início nas provas ordinárias de tuberculina» (1 unidade T. U. corresponde a 1/100 mg. de T. A. K. e a 1/50.000 mg. de P. P. D.).

Na O. M. S. pensa-se também que deve exigir-se que todas as tuberculinas devam ser submetidas a uma vigilância e standardização oficial.

As tuberculinas devem ser preparadas a partir de uma estirpe verificada de bacilos da tuberculose, segundo um método uniforme e oficialmente adoptado. A O. M. S. estuda neste momento a standardização.

É possível contudo, desde já, estabelecer alguma ordem no caos em que vivemos a este respeito, e isso consideramo-lo como de particular importância, pensando-se em vacinação anti-tuberculosa.

Caímos assim na necessidade da fiscalização oficial pelos Serviços de Saúde da sua produção, subordinada a regras estabelecidas.

Voltaremos ao assunto a propósito da prática das reacções.

C) — FIXAÇÃO DA TÉCNICA DE VACINAÇÃO E DOS CUIDADOS DE QUE ELA SE DEVE RODEAR

Quem percorre a já vasta literatura na qual se descreve a aplicação da vacina B. C. G., verifica que têm sido utilizadas as técnicas de administração mais variadas e que aquela uniformidade de técnica a todos os títulos desejável, inclusivamente para mais perfeita ava-

liação dos resultados e comparação de diferentes estatísticas ainda não foi conseguida.

A via de administração gastro-intestinal foi a primeira a ser posta em prática, mas não tardou em verificar-se a incerteza dos seus resultados. Activa sem dúvida, e foi à sua custa que o método se começou a impor, conseguia contudo apenas, aproximadamente 30 % de reacções positivas à tuberculina, atestando a alergia dos vacinados. Perturbações da absorção intestinal e até com frequência o vómito, seriam a principal causa da insuficiência do êxito, posto que a inocuidade ficasse demonstrada. Verificou-se ainda que nestes casos a imunidade se instituia lentamente, por vezes necessitando de alguns meses e que a reacção alérgica era de fraca intensidade.

Estes ensaios tiveram contudo o grande mérito de estabelecer a confiança no método, até pela ausência de acidentes que lhe pudessem ser imputados, criando-se assim uma base sólida e animadora de tentativas de aperfeiçoamento da técnica, para colheita de maiores benefícios. Assim se iniciou a utilização da via parenteral, verificando-se que com ela se obtinha uma sensibilização à tuberculina do organismo vacinado, mais regular, mais rápida e mais intensa.

Têm sido, deste modo, sucessivamente tentadas as vias sub-cutânea, intradérmica e simplesmente epidérmica.

Aparecem então, acidentes locais, relativamente frequentes, sob a forma de supurações, sem gravidade, mas incómodas, podendo até desgostar os vacinados e o meio que os rodeia, elemento sempre a considerar perante um método novo e para o qual se deseja obter aceitação confiante. Verificou-se também que a alergia obtida por vacinação intradérmica era mais forte do que a da via sub-cutânea, sendo esta última responsável por maior proporção de supurações locais.

Pode considerar-se como uma inovação feliz o método iniciado na América por ROSENTHAL, conhecido pelo método das «picadas múltiplas» pouco depois facilitado pelo aparelho ideado por BIRKHAUG, para a sua realização. O valor desta técnica, os resultados com ela obtidos e a ausência pràticamente de acidentes locais, permitem concluir, após a sua confirmação experimental e uma já longa aplicação clínica, que ele representa uma via de administração segura da vacina.

Os autores franceses, através de experimentação no Instituto Pasteur e da aplicação clínica, confirmaram o seu valor, mas no espírito de NÈGRE et BRETEY, surgiu a ideia de ainda maior simplificação, tentando a inoculação da vacina por simples escarificações da pele, em pequenos traços de vacinostilo, tal como é clássico para a vacinação

anti-variólica. A sua interessante e escrupulosa experimentação apresenta-se concludente e os ensaios clínicos já realizados, em diferentes países, confirmam igualmente a sua eficácia.

Percorrendo o panorama internacional de vacinação anti-tuberculosa, pode dizer-se que no momento actual e nos diferentes países ainda se utilizam todas estas vias de inoculação de vacina, mas que há tendência manifesta para abolir a administração oral.

Na Suécia, desde 1944, que deixou de se preparar vacina para este uso e o «Memorandum Britânico», também a não aconselha, firmando-se na recomendação do método de ROSENTHAL e nas «escarificações».

Com efeito, pela análise dos resultados publicados, verifica-se que com estes dois métodos, se obtém alergia rápida, intensa e bastante duradoira, com ausência de complicações locais e repercussão ganglionar. A reacção tuberculínica torna-se em geral positiva em menos de 30 dias, atingindo-se o máximo de positividade entre 6 e 8 semanas. Vários autores observaram 100 % de reacções positivas na 7.ª semana após a vacinação.

Às críticas apresentadas por vários autores e principalmente os Suecos que depois de ensaiar o método o abandonaram, respondem os autores franceses que o insucesso foi devido ao emprego de suspensões insuficientemente concentradas.

Sendo assim, quanto a nós, não duvidamos em aconselhar preferência pelo método das «escarificações» pela sua maior simplicidade, e adoptá-lo como técnica única de inoculação já que para início de uma campanha vacinal, nova entre nós, é de máxima vantagem para o estudo do seu decurso, a uniformidade de técnica empregada que torne os resultados comparáveis.

É de lamentar que no 1.º Congresso Internacional da B. C. G., reunido em Junho, em Paris, não se tivesse fixado essa técnica, pelo menos a título experimental e com tendência à sua uniformização.

As resoluções 5.ª, 6.ª e 7.ª, são de um ecletismo e tão falhas de precisão que em nada contribuem para tentar solucionar um assunto de tanta monta. Foi talvez este exagerado ecletismo, a sua pouca precisão e uniteralidade, que contribuiram para que a solicitada sanção das suas conclusões, pela Assembleia Geral da O. M. S., não alcançasse o desejado fito.

Deste excesso de ecletismo ressaltam mais intuitos de propaganda que desejos de rever e actualizar o método.

Necessitava-se de facto, de uma reunião internacional especializada, para corresponder aos apelos que surgem de todos os lados, para uniformização da técnica e métodos relacionados com a vacinação. Com efeito, a desorientação a que se assiste, prejudica a sua verdadeira apreciação científica e não permite colher todos os benefícios que se antevêem. Foi pena, desiludiu alguns, mais sinceros, mas, esse trabalho ficará para a O. M. S. que já o tem entre mãos.

Escolhida a técnica de administração da vacina, convém desde já fixar-lhe pormenores, porque do cuidado com que eles forem respeitados dependerá o sucesso da vacinação.

Há três regras fundamentais a respeitar :

1.ª — O indivíduo a vacinar não deve ser portador de bacilos tuberculosos virulentos (reacção negativa à tuberculina).

2.ª — O indivíduo vacinado não deve viver em meio contaminado, durante o período pré-alérgico.

3.ª — Deve verificar-se o êxito da vacinação, pela pesquiza da alergia tuberculínica, 6 semanas depois da inoculação vacinal.

Toda a reacção negativa a partir da 10.ª semana condiciona a repetição da vacinação.

É ainda regra aconselhável praticar, na medida das possibilidades, a verificação da manutenção do estado alérgico post-vacinal, por provas tuberculínicas seriadas, todos os 6 meses, ou, pelo menos, todos os anos. A constatação do desaparecimento da alergia é o elemento em que assenta a necessidade da revacinação.

É sem dúvida este último o aspecto mais difícil de realizar de modo sistemático e assim WALLGREN afirma que «a prova tuberculínica anual seria desejável, para o estudo da duração da imunidade, mas é impraticável na Suécia, onde foram vacinadas 200.000 pessoas».

Sugere este autor que tal índice seja procurado pelo menos, aos 3 anos, à entrada e saída da escola (7 a 15 anos) e finalmente aos 21 anos.

A primeira das três regras, atrás apontadas, não representa mais do que o respeito pela definição da vacina preventiva.

Para a vacinação dos recém-nascidos em meio são pode vacinar-se sem mais precauções.

Para as crianças não recém-nascidas, adolescentes, e adultos, vivendo em meio são, é de regra a prévia reacção tuberculínica, seguida de vacinação, quando aquela for negativa. Será ainda aconselhável, sempre que for possível a verificação pelos meios de investigação semiológica de que não existe nenhuma suspeita de tuberculose.

Não se pretende, com esta última recomendação, sugerir que é perigosa a vacinação em tuberculosos, o que não está provado, mas tão sòmente que a eclosão sintomática ou continuação da doença, constituirá, argumento pejorativo de um método que se pretende generalizar.

Para os indivíduos que vivem em meio contaminado, quer sejam crianças, adolescentes ou adultos, aconselham-se maiores precauções. Assim, não basta uma única prova tuberculínica negativa. Esta deve ser renovada depois do isolamento do indivíduo durante pelo menos 2 meses, empregando a dose de 1 mg. de tuberculina por via intradérmica. Se esta é negativa, bem como os meios de investigação clínica e radiológica,deve proceder-se à vacinação.

A segunda regra, tem como finalidade, evitar a possibilidade de contágio, durante o período pré-alérgico, no qual há ausência de imunidade. Defende-se o indivíduo para aproveitamento da sua vacinação e defende-se esta de ser inculpada de ineficácia, pelo aparecimento de casos de tuberculose em indivíduos vacinados, quando afinal ou já estavam tuberculosos ou se tuberculizaram por se exporem ao contágio durante o período pré-alérgico, portanto antes da imunidade vacinal.

Nesta ordem de ideias deve exigir-se a separação do meio contaminado dos recém-nascidos desde o seu nascimento, e de todos os outros desde a data da primeira reacção tuberculínica, até ao aparecimento da alergia vacinal.

VERIFICAÇÃO DO ÊXITO DA VACINAÇÃO

É a terceira regra. Uma reacção local nítida é em geral índice de que a alergia começará a manifestar-se. Aconselha-se todavia a sua verificação pela prova tuberculínica, porque nem todos os indivíduos são igualmente aptos a prevenir-se contra a tuberculose. A pesquiza da alergia tuberculínica deve fazer-se ao fim de um mês, nos recém-nascidos, e nos restantes indivíduos a partir da 6.ª semana após a vacinação.

É bom ter em atenção que a imunidade provocada pela vacina

é mais fraca que a produzida por uma infecção virulenta, sendo também a alergia de tipo vacinal menos intensa; portanto o seu índice tuberculínico manifesta-se com uma reacção de tipo mais fraco. Voltaremos a este assunto quando tratarmos de tuberculina.

O único sinal seguro do êxito da vacinação, consiste, como é do consenso geral, na aparição da reacção tuberculínica positiva, devendo como já indicámos, repertir-se a vacinação quando se constate reacção negativa na 10.ª semana e se for necessário, por diversas vezes.

Nos revacinados a alergia aparece mais precocemente.

A confirmação do estado alérgico tem importância pois, como indica MADSEN. Observou-se que é raro que se declarem novos casos de doença tuberculosa em indivíduos com reacção positiva à tuberculina e sòmente quando estes estão expostos a uma infecção forte e maciça. As vítimas são quase sempre os indivíduos com reacção negativa. Com esta afirmação são absolutamente concordantes numerosas observações clínicas em série e notàvelmente as conhecidas observações de HEIMBECK sobre as enfermarias de Oslo.

É todo o fundamento de vacinação anti-tuberculosa, como método de profilaxia, em oposição aos métodos de profilaxia conducentes ao aumento dos tuberculino-negativos, que são óptimos para os indivíduos que continuam no mesmo meio, no qual as possibilidades de contágio estão em regressão constante, mas perigosíssimas quando mudam de meio e se vão expor ao contágio. Aparecem então tuberculoses graves e mesmo mortais. É o que se observa com frequência, por exemplo, nos recrutas, ao iniciar o serviço militar e nas criadas de servir recem-chegadas da província (MADSEN).

Podemos estabelecer, como desejável, a verificação da alergia post-vacinal, pelo menos, aos 3 anos, quando vacinados em recém-nascidos, no início e fim do período escolar, no começo do serviço militar e dos estudos universitários.

Deve notar-se que diferentes autores, têm verificado que o poder imunizante da vacina se prolonga bem para diante da desaparição da alergia. É todo o problema das relações entre alergia e imunidade a que já nos referimos.

TÉCNICA DA VACINAÇÃO

É condicionada por um certo número de noções fundamentais.

a) — A produção da alergia depende do número, extensão e pro-

fundidade das escarificações, da maneira de fazer o penso e da dose empregada.

b) — Um bom método de vacinação anti-tuberculosa não deve sòmente ser eficaz pela alergia e resistência provocadas imediatamente, mas também pela sua persistência o mais tempo possível.

Para alguns autores como COURCOUX, BOULANGER et MACLOUF, a persistência da alergia dependeria menos da dose do que do número de portas de entrada, mas NÈGRE et BRETEY, apoiados na verificação experimental e não negando o valor do número de pontos de entrada, afirmam que a duração da alergia conferida pela B. C. G. por meio de escarificações cutâneas, é proporcional à concentração em gérmens de suspensão utilizada.

Segundo os dados actuais, parece poder avaliar-se, em média, entre 3 e 5 anos a persistência da alergia post-vacinal.

Dentro dessas directrizes, NÈGRE et BRETEY estabelecem as seguintes regras de técnica:

a) — Utilizar uma ampola recente de emulsão de B. C. G. a 75 mg, por centímetro cúbico. Agitar fortemente a ampola antes de a abrir.

b) — Evitar a vacinação na face externa do braço que se reserva para as reacções tuberculínicas (para evitar fazer estas, depois, em zonas de pele, de sensibilidade modificada pelas escarificações vacinais). Vacinar portanto na coxa, axila, crista ilíaca ou no dorso do pé.

c) — Anestesiar a pele, por tamponamento com uma compressa embebida em eter.

d) — Depositar as gotas de suspensão sobre a pele a 2 a 3 cm. de distância umas das outras e fazer os traços de vacinostilo através delas.

e) — O número total e o comprimento dos traços é proporcional à estatura do indivíduo. No recém-nascido depositar 2 gotas e fazer através de cada uma, 2 traços de 0,5 cm. de comprimento. Na criança, em idade escolar, 3 gotas e seis traços de 1 cm. de comprimento. No adulto 3 a 5 gotas e portanto 6 a 10 traços de 1,5 a 2 cm. de comprimento.

f) — Os traços não devem ser muito superficiais, mas sem que provoquem hemorragia importante, devem provocar a aparição de serosidade com a qual se deve misturar a suspensão vacinal, premindo com o vacino-estilo.

g) — Esperar alguns minutos e cobrir as feridas com uma folha

de celofane esterilizada pela água fervente ou autoclave, e mantida com adesivo.

h) — Tirar o penso às 24 horas, tendo como único cuidado não banhar localmente os recém-nascidos durante esse período.

SEQUÊNCIA DA VACINAÇÃO

A crosta cairá em 4 a 5 dias. No decurso da 3.ª ou 4.ª semana, um pouco mais cedo nos revacinados que na primo-vacinação, os traços de escarificação tornam-se vermelhos e salientes, lembrando ao tacto uma cicatriz cheloide. Este aspecto corresponde em geral, ao início da sensibilidade tuberculínica.

2 a 5 meses depois da vacinação, a pele retoma o seu aspecto normal. Apenas quando os traços foram demasiado profundos ou nos indivíduos de epiderme muito fina, pode ficar uma cicatriz linear branca.

Por vezes as reacções locais são mais discretas, sem que disso se possa concluir a ineficácia da vacinação.

CONTRA-INDICAÇÕES DA VACINAÇÃO

São raras e resumem-se à existência de lesões cutâneas infecciosas (furunculose, etc.), doenças infecciosas agudas (sarampo, escarlatina, coqueluche, etc.), mau estado geral.

Os recém-nascidos podem ser vacinados logo que readquiram o seu peso de nascença.

Não se fazendo neste momento a vacinação, convém adiá-la para o 6.º mês, idade em que as reacções à tuberculina se tornam mais nítidas, fornecendo resultados de maior confiança.

Na avaliação dos tuberculino-negativos, claro está, devem ser excluídas as causas gerais de anergia.

Não se devem fazer concomitantemente outras vacinações.

Podemos resumir este capítulo da seguinte forma:

1.º — Vacinação dos indivíduos tuberculino-negativos em qualquer idade mas com preferência para os recém-nascidos, crianças, início e fim do período escolar, estudantes universitários, pessoal de enfermagem, recrutas militares.

2.º — Isolamento de meios infectados, durante o período pré-alérgico (viragem positiva de reacção à tuberculina).

3.º — Verificação do êxito da vacinação, sua repetição, sendo necessária e fiscalização periódica do estado de alergia, cuja desaparição condiciona a revacinação.

D) — FIXAÇÃO DA TÉCNICA DA REACÇÃO À TUBERCULINA

Como acabamos de verificar, toda a actividade vacinal anti-tuberculosa gira em volta da tuberculina como único índice, para lhe estabelecer as indicações e avaliar dos resultados.

Por isso se considera tão importante fixar as regras da técnica da «reacção à tuberculina», como as da própria vacinação.

Actualmente existem no mercado diferentes tipos de tuberculina, que se utilizam em concentrações diferentes, às vezes um pouco ao acaso e sob diferentes técnicas. Deste modo nunca será possível a comparação de resultados e a fixação dum critério suficientemente seguro para basear a vacinação sem surpresas desagradáveis.

A necessidade instante de uniformização da qualidade da tuberculina a empregar, da sua concentração e da técnica da reacção, é aspiração insistente em todos os países nos quais a vacinação se está a generalizar. O mesmo se pretende desde já entre nós.

Como já dissemos, a comissão de «Standardizações biológicas» da O. M. S. está estudando a standardização da tuberculina e teremos então um padrão internacional. Enquanto este não existe, filiamo-nos na proposta de MADSEN, da adopção da «unidade-tuberculina», da Comissão de «Standardização biológica» da Sociedade das Nações (1938) que será «a dose de tuberculina empregada como dose de início nas provas ordinárias de tuberculina».

Como tipos de tuberculina a adoptar, propõe o mesmo autor, a T. A. K. (Tuberculina antiga de Kock) e a P. P. D. (derivado purificado da proteina).

A correspondência de doses seria a seguinte:

1 unidade — tuberculina (T. U.) — corresponderia a

1/100 mg. de T. A. K. e a 1/50.000 mg. de P. P. D.

e portanto 100 unidades corresponderiam a

1 mg. de T. A. K. e a 1/500 m. de P. P. D.

Para exames em massa, aconselha MADSEN, começar com 3 unidades e se a reacção é negativa subir até 100 unidades (intradermo-reacção).

Quanto à técnica de execução da reacção, há uma grande variabilidade de métodos, cada um dos quais com os seus adeptos e defensores e entre eles como mais usados, a cuti-reacção de VON PIRQUET a reacção trans-cutânea de MORO, intradermo-reacção de MANTOUX o PATCH TEST e o método de VOLLMER pelo adesivo. Todos estes métodos serão bons e utilizáveis para as necessidades da prática clínica, mas para o caso que de momento se apresenta em que se pretende a generalização de um método novo de vacinação e a investigação segura dos seus resultados é condição expressa e fundamental, utilizar um único método escolhido entre os de resultado de maior segurança e realizá-lo constantemente nas mesmas condições de técnica.

Do que nos foi possível conhecer através da literatura, sobre vacinação anti-tuberculosa, o método de reacção à tuberculina com maior frequência aconselhado, pela constância e certeza dos seus resultados, permitindo mesmo até certo ponto dosear a sensibilidade tuberculínica, pelo emprego de doses crescentes, em relação com as diferenças de sensibilidade individual, é a *intradermo-reacção de* MANTOUX. Aconselham-no os autores franceses NÈGRE et BRETEY e também MADSEN na *Dinamarca,* entre outros.

É este o método que aconselhamos e convém desde já uniformizar a sua técnica de execução.

a) — *Doses a empregar :*

Não há acordo geral, quanto à dose inicial a empregar, que para MADSEN seria a correspondente a 0,03 mg. de T. A. K., ao passo que os autores franceses empregam a dose correspondente a 0,1 de mg. de T. A. K.

Há contudo acordo, quanto à dose máxima, a utilizar nos mais resistentes, como termo útil de conclusão, ou seja a dose correspondente a 1 mg. de T. A. K.

No que diz respeito ao P. P. D. extraímos o seguinte do 2.º Relatório da Comissão de Peritos sobre a Tuberculose à Comissão Interina da O. M. S.

«Segundo os resultados de experiências recentes e extensas, recomenda-se que nos países em que se emprega P. P. D., para a reacção

à tuberculina se utilizem as doses seguintes de P. P. D., antes da vacinação:

1.ª dose — 0,00002 mg.
2.ª dose — 0,0002 mg.

Estas doses são válidas para o lote especial de P. P. D. utilizado em *Copenhague*, como padrão dinamarquês e que será verosìmilmente o adoptado pela Comissão de Standardização biológica da O. M. S.

A interpretação dos resultados deve ser feita num prazo de 72 a 96 horas. As pessoas consideradas como tendo uma reacção positiva devem apresentar um edema ou uma infiltração da pele de, pelo menos, 6 a 8 mm . Na interpretação dos resultados, não se deve ter em conta o eritema da pele.

Só as pessoas que reagem negativamente a 0,0002 mg. de P. P. D., devem ser vacinadas.

b) — *Técnica da injecção*

Utilizar de preferência uma seringa modelo Record, mas podendo servir qualquer boa seringa, graduada em décimos de centímetro cúbico e agulhas de bisel curto (10 mm. de comprimento e calibre 5/10).

Depois da asseptização da pele preferìvelmente com eter e distendendo a pele do braço com a mão esquerda, enterrar a agulha nas camadas superficiais da pele, em posição oblíqua e até que o bisel tenha desaparecido, observando-se a formação de uma pequena empola branca, como sinal de penetração intradérmica do líquido. Injectar 0,1 de c.c. e retirar a agulha.

c) — *Leitura da reacção* (para a T. A. K.)

A reacção, quando positiva, é já nítida às 24 horas, atingindo o máximo às 48 horas. Observa-se uma infiltração edematosa nodular, coberta de pele rosada ou mesmo vermelha viva, e rodeada de um halo rosado.

É a leitura das 48 horas que tem valor, devendo considerar-se negativa toda a reacção local que não persista 48 horas.

A intensidade desta reacção é muito variável, com a dose da tuberculina empregada e com a sensibilidade dos indivíduos. Em certos casos a zona nodular pode atingir 2 a 3 cm .

Deve neste momento fazer-se notar, que a alergia provocada pela B. C. G., isto é, por bacilos não virulentos, não tem a intensidade da que é produzida por bacilos virulentos e que do mesmo modo não

podem esperar-se nos vacinados, reacções tão exuberantes à tuberculina, como nos tuberculosos. Só a prática e a conjugação da dose utilizada com a observação visual e táctil, facilita as conclusões.

Afigura-se-nos necessário precisar bem, entre nós, este assunto da tuberculina.

E) — PROGRAMA DE CAMPANHA DE VACINAÇÃO

São razões sobretudo psicológicas e como tal merecedoras da mais respeitosa atenção quando se trata de trabalhar com massas populacionais, que nos conduzem a preparar com a mais escrupulosa atenção qualquer projecto de campanha de vacinação anti-tuberculosa.

Posto que a sua técnica seja conhecida em pormenor, mercê de já longas campanhas vacinais publicadas em diferentes países, o que é certo é que, a extensão do mal, o terror enraizado nas populações pela sua gravidade, a enorme multiplicidade de «remédios panaceias» preventivos e curativos postos a circular, a falta de conhecimentos de muitos dos que se apresentam a nele intervir, etc. são outros tantos motivos de descrença para os que sofrem e para os que assistem ao sofrimento. À revolta contra a doença impiedosa, cujos períodos de acalmia são a maioria das vezes precursores de novas explosões mais intensas, a atestarem a insuficiência de uma terapêutica, que progride na intensidade dos esforços em combate cego, mas persistente, respondem uns com ilimitada confiança, outros com ansiedade e não poucos com a indiferença. E, todos gritam em unísono, uns em alucinação medrosa, alguns por pseudo-princípio social, principalmente as vítimas com pretexto de abandono. Poucos, quer doentes quer sãos, mostram verdadeiro desejo de colaboração profilática. Acentue-se que sobre ela estão bastante mal elucidados, havendo por exemplo muitos, e das melhores categorias sociais, que pensam ainda que uma das chaves do problema está na desinfecção dos imóveis depois de desocupados pelos doentes.

O atrevimento da ignorância, a tendência omnisciente e de predomínio do conhecimento auditivo, por menos trabalhoso do que o que resulta do estudo cuidadoso e metódico dos problemas, por quem de direito, dando a César o que é de César, são mais elementos que perturbam a atmosfera psicológica em que tem de se trabalhar.

Porque o método é para nós novo, e tem sido discutido, mas precisa de se generalizar, para ser verdadeiramente útil, parece-nos aconselhável não pretender caminhar depressa, em marcha vertiginosa, de entusiasmo, que a experiência nos mostra arrastar os maiores perigos. Cai-se inevitàvelmente, na execução febril, quase histérica, com intervenção forçada de mãos inexperientes, perde-se a regra, a fiscalização, imperando um sentimentalismo, rico de argumentos espirituais e mercantis, mas falho de verdadeira razão lógica e científica. Temos ainda presente o que se passou com «as chinesas dos bichos» e com «o tratamento pelo método de Asuero». Decididamente não desejamos caminhar para peça de grande espectáculo *e justamente a importância, o valor do método e as suas características de execução impõem-nos prudência e marcha lenta, mas progressiva, com serenidade.*

É forçoso procurar evitar uma reacção, frequente no nosso povo, a qual já tem sido causa de acidentes na vacinação anti-variólica. Queremos referir-nos à «corrida à vacina» que perturba a produção, incapaz de corresponder, em termos, a chamamento tão brusco e precipitado, e torna impossível o «controle», quer da produção quer da execução da vacina.

Apresentemos o caso, sem alardes de publicidade, mas apenas como experiência, cientìficamente fundamentada e portanto de êxito certo, mas que é necessário adaptar às nossas circunstâncias populacionais, até que se consigam criar as condições técnicas de produção e de execução que permitam um manejo em série, dum método que é perigoso generalizar sem a necessária fiscalização.

Caímos assim na seguinte regra que propomos: *a campanha de vacinação anti-tuberculosa deve ser oficialmente dirigida, pela Direcção Geral de Saúde, como única entidade fornecedora da vacina.*

Criar-se-á um primeiro «Centro de vacinação anti-tuberculosa», que começará a funcionar actuando ao mesmo tempo como escola de técnica e educação de pessoal. A partir deste Centro, serão criados novos centros subsidiários, na medida em que se for dispondo de pessoal suficientemente educado.

Será possível criar «brigadas de demonstração» e «brigadas de acção» tal como está previsto no plano internacional, a que nos referiremos.

Far-se-á simultâneamente a educação do público, no sentido da inocuidade da vacina e seu verdadeiro valor, quando sujeita a regras seguras de emprego.

Este primeiro Centro de Vacinação funcionará na Delegação de

Saúde de Lisboa. De início deverá procurar-se a vacinação de recém-nascidos, crianças no período escolar e pré-escolar, pessoal de enfermagem, recrutas.

A generalização da campanha vacinal, que supomos poder conseguir-se com relativa rapidez, de acordo com a capacidade de produção e de formação de brigadas técnicas, mostrar-nos-á então através da reacção sistemática à tuberculina o verdadeiro panorama do estado imunitário da nossa população, que é para nós um mistério. Saberemos a proporção de tuberculino-negativos nos diferentes meios e até, se for possível, a conjugação de outros meios de observação, a diferenciação dos dois tipos de tuberculino-positivos no sentido indicado por MADSEN: infecção sem sintomas tuberculosos (imunidade adquirida natural) e doença tuberculosa pròpriamente dita.

O principal escolho que antevemos como perturbador da eficiência da campanha de vacinação, consiste no «*isolamento de vacinados durante o período pré-alérgico*», principalmente para os recém-nascidos, que são o seu objectivo principal.

Tudo quanto se possa fazer nesse sentido é obra útil, do máximo valor social, como complemento essencial duma campanha cujo valor humanitário, utilitário e económico, atinge benefícios incalculáveis.

Lobrigamos ainda um possível elemento, de ordem social, perturbador de uma rápida generalização da campanha. Lembremo-nos que a investigação em larga escala pela tuberculina, mostra necessàriamente a verificação de um grande número de tuberculino-positivos ignorados e aos quais se nega a vacinação, e que ainda uma forte proporção destes, são tuberculosos em início, em período pré-sintomático. A falta de apoio material, em muitos deles, gera uma revolta sentimental que se deve ter em conta. É um factor de política sanitária a encarar.

F) — INTEGRAÇÃO DO MÉTODO DE IMUNIZAÇÃO ARTIFICIAL NO QUADRO DE PROFILAXIA GERAL DA TUBERCULOSE, AVALIANDO DAS POSSIBILIDADES DA SUA INTERFERÊNCIA NESSE PROBLEMA GERAL

De tudo quanto acabamos de expor se depreende fàcilmente que assistimos a uma modificação profunda na orientação da Profilaxia anti-tuberculosa. A sua base consistia até aqui na noção clássica de

evitar o contágio pelo isolamento do doente, o qual era portanto o principal objectivo profilático, ao passo que a orientação actual, traz para primeiro plano os sãos, fazendo incidir a luta sobre a parte da população tuberculino-negativa, e considerando a outra parte (tuberculino-positiva), como imune, quando não contagiada.

As suas bases podem sintetizar-se como segue:

I

Despiste e isolamento dos focos de contágio, sempre que se descobre um caso de tuberculose activa e vacinação de todos os tuberculino-negativos que o rodeiam.

II

Exame sistemático de todas as pessoas entre os 15 e 35 anos, com investigação radiológica dos tuberculino-positivos, despiste da sua origem de infecção e vacinação dos tuberculino-negativos.

Extensão progressiva a toda a população.

III

Exame de todas as crianças na idade escolar e vacinação de todos os tuberculino-negativos antes da saída da escola.

IV

Vacinação sistemática de todos os recém-nascidos.

V

Exame e vacinação à entrada para o serviço militar.

VI

Luta contra a tuberculose bovina.

*
* *

Como se verifica, não está destronada a Profilaxia clássica, que continua de pé, nas suas noções fundamentais, embora influenciada no seu rumo por um novo elemento que a completa, com ímpetos de adquirir preponderância, de intensidade imprevisível, mas que tudo leva a supor poderá sobrelevar no futuro.

Tanto assim é, que no Relatório da Comissão de Peritos sobre a Tuberculose, a que nos temos referido, ao estudar um programa de acção anti-tuberculosa, no plano internacional, se estabelecem as seguintes premissas :

a) — o reconhecimento da insuficiência do número de médicos e colaboradores dos médicos que possuam a necessária formação, conduz à necessidade de:

1.° — estabelecer bolsas de estudo para os familiarizar com os problemas de administração, epidemiologia, trabalhos de laboratório, tratamentos clínicos.

2.° — organizar «equipas de demonstração» para o trabalho no próprio local.

b) — uniformização de métodos e técnicas de acção anti-tuberculosa.

Com estas premissas, definem-se 5 domínios da actividade, para a luta sistemática contra a tuberculose:

1 — Profilaxia
2 — Despiste
3 — Isolamento e cuidados médicos.
4 — Restabelecimento e assistência post-cura
5 — Protecção económica e social das famílias atingidas.

No que diz respeito à *Técnica da luta Anti-Tuberculosa,* pode assim resumir-se:

A) — Determinar a amplidão do problema da tuberculose em cada país, os meios e facilidades de que se dispõe e o modo como são utilizados.

B) — Recrutamento e formação profissional de pessoal especializado.

C) — Facilidades de ordem material, de fornecimentos e equipamentos em todas as fases de profilaxia, diagnóstico e tratamento.

D) — Educação sanitária.

E) — Equipas de demonstração nos diferentes domínios.

F) — Uniformização de métodos, de:

1 — Preparação da tuberculina e reacção à tuberculina (propõem-se subcomissões especiais de peritos).
2 — Preparação e utilização da B. C. G. (Idem, idem).
3 — Classificação da tuberculose.
4 — Interpretação de radioscopias e radiografias.
5 — Diagnóstico bacteriológico da tuberculose.
6 — Determinação do valor dos novos agentes quimioterápicos, tais como a estreptomicina.

Acentua-se nestes Relatórios o valor da radiografia em série, mas a seu propósito afirma-se:

«Os aparelhos de radiografia em série não devem ser fornecidos senão quando sejam tomadas disposições precisas para assegurar um exame clínico completo das pessoas, nas quais a radiografia revelar anomalias e se fixem as medidas a tomar a seu respeito.»

«Poderia ser necessário em certos países, fornecer instalações provisórias baratas, destinadas a receber camas para o tratamento e isolamento de tuberculosos, mas é preferível construir edifícios mais duradoiros, em locais apropriados, para o tratamento médico e isolamento dos doentes, dado o carácter económico e eficaz das instituições deste género.»

Já de há muito que defendemos este critério sobre «radiografia em série» que não sendo convenientemente apoiada pelos dispensários e estabelecimentos de tratamento, se transforma numa mera curiosidade estatística, sem valor profilático prático e até com possíveis repercussões sociais de certa importância moral.

Não queremos ainda deixar de citar a resolução da 1.ª Assembleia Mundial de Saúde, recentemente reunida em Genebra, sobre Tuberculose:

«Os governos tomarão, tendo em conta as condições reinantes no

seu país, as medidas preventivas, curativas, legislativas, sociais e outras, necessárias para a luta contra a tuberculose, prestando atenção particular aos pontos seguintes:

1) — Registo de todos os casos de tuberculose confirmados ou suspeitos e de todos os óbitos por tuberculose;
2) — importância que se liga em pôr ao alcance de todos os necessitados, sem ter em conta a sua capacidade de pagamento, o tratamento em estabelecimentos ou, em caso de impossibilidade, no domicílio, com isolamento apropriado;
3) — despiste e controle dos contactos;
4) — criação de dispensários para exame diagnóstico e exames subsequentes, sob a forma de serviço gratuito;
5) — adopção de medidas permitindo o exame de todas as pessoas suspeitas de tuberculose;
6 — instalação de um número suficiente de camas nos hospitais para tuberculosos;
7) — controle regular e gratuito pela reacção à tuberculina quando estiver indicado;
8) — vacinação gratuita pela B. C. G., quando indicada;
9) — exames radiológicos em série, quando indicados;
10) — indemnizações por diminuição de capacidade de trabalho do doente;
11) — readaptação dos doentes;
12) — Occisão do gado tuberculoso.

CONCLUSÕES

1. — Considerando demonstrada a inocuidade e eficácia da vacinação pela B. C. G., a Direcção Geral de Saúde, no uso das atribuições que lhe conferem os números 2.°, 8.°, 18.°, 22.° e 29.° do artigo 15.° do decreto-lei n.° 35:108, propõe que ela seja oficialmente adoptada.

2.° — A aceitação desta proposta, impõe a revisão, das actuais regras de Profilaxia da Tuberculose, tendo em atenção a interferência deste novo elemento. É matéria da competência do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

3.° — A Direcção Geral de Saúde, considera essencial estabelecer as seguintes condições técnicas, como indispensáveis para a adopção do método de vacinação anti-tuberculosa:

A) — Condições dizendo respeito à vacina:

a) — *Sua produção*

I) — utilizar a estirpe de CALMETTE;
II) — utilizar vacina fresca;
III) — conseguir a garantia absoluta de pureza da vacina;
IV) — prepará-la exclusivamente em laboratório oficial privativo;
V) — estabelecer o condicionamento da produção e sua fiscalização rigorosa;

b) — *Técnica da vacinação*

I) — utilizar uma única técnica de inoculação vacinal, aconselhando a escarificação;
II) — que os pormenores desta técnica, sejam rigorosamente uniformizados;
III) — vacinar os tuberculino-negativos, tendo em atenção os três aspectos seguintes:

— recém-nascidos;
— crianças e indivíduos, não vivendo em meio contaminado;
— crianças e indivíduos vivendo em meio contaminado.

IV) — procurar conseguir que os vacinados, não sejam expostos à contaminação, durante o período pré-alérgico;
V) — verificação do êxito da vacinação;
VI) — verificação da duração do período alérgico, para revacinação.

B) — condições dizendo respeito à tuberculina:

a) — *Sua produção*

I) — preparação da tuberculina em larga escala;
II) — escolha da tuberculina a utilizar e sua «Standardização»;
III) — fiscalização rigorosa oficial da preparação;

b) — *Seu emprego*

I) — fixação da técnica da reacção à tuberculina, aconselhando-se o método intradérmico;
II) — fixação exacta das doses a empregar;
III) — fixação das regras da leitura do resultado das reacções.

C) — Programa da campanha de vacinação (a desenvolver em 2 períodos):

a) — *1.º período (período de preparação)*

I) — colaboração com o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos;
II) — atender à psicologia da população;
III) — desenvolvimento lento, mas seguro e prudente;
IV) — direcção oficial, pela Direcção Geral de Saúde, única entidade fornecedora da vacina;
V) — criar um primeiro «Centro de Vacinação Anti-tuberculosa» com as seguintes directrizes:

— início da vacinação;
— estudo e experimentação das técnicas;
— formação de pessoal habilitado;
— formação de brigadas técnicas de «demonstração» e de «acção».

VI) — começar com:

— vacinação de recém-nascidos;
— vacinação de crianças nos períodos pré-escolar e escolar;
— vacinação de pessoal de enfermagem;
— vacinação de recrutas militares (em colaboração com a Direcção do Serviço de Saúde Militar).

VII) — isolamento dos «vacinados no período pré-alérgico».

b) — *2.º período (período de extensão da vacinação)*

— extensão progressiva da vacinação, a alunos liceais, universitários e a adultos;
— estudo do grau de imunidade da população;
— exames radiológicos em série;
— propaganda da vacinação e educação da população;

c) — *Revisão anual do método*

— apreciação dos resultados obtidos;
— introdução das modificações aconselháveis.

AUGUSTO DA SILVA TRAVASSOS

Medicina preventiva da lepra (1)

Sr. Presidente. Meus ilustres Colegas. Minhas Senhoras e meus Senhores!

Cada vez que estudo e medito nos articulados da lei portuguesa da Profilaxia da Lepra, mais e mais admiro a sagacidade e a larga visão do cérebro que a concebeu e ditou. Ela satisfaz amplamente as exigências da ciência moderna e faz reviver, após séculos de silêncio, a tradição de benevolência e humanitário carinho com que tão eficazmente foram tratados no passado os lázaros portugueses em terras de Portugal.

Vai nestas palavras a minha homenagem ao jovem estadista que, sem ser um profissional em leprologia, tão primorosamente soube apreender este problema tão complexo de Medicina Social. Entendi ser um dever de consciência dizê-lo no nosso Parlamento, repeti-o no vasto salão do Congresso de Havana e tive a satisfação de ver que no seio da Sub-Comissão do Congresso, encarregada do Relatório da Epidemiologia e Controle da Lepra, a voz autorizada de um delegado da Venezuela se referira à nossa lei em termos que me encheram de justo e legítimo orgulho.

E seria injustiça deixar de apontar à simpatia e ao reconhecimento da Nação o nome do animador e orientador desse magnífico Hospital-Colónia a que tão justamente foi dado o nome do filantropo

---

(1) Conferência feita no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, em 29 de Abril de 1948.

português Rovisco Pais, uma instituição que deveria ser visitada por todos os nossos profissionais — afirmo-vos eu que tenho visto muitas leprosarias em várias partes do mundo. Tem o prof. Bissaia Barreto uma vasta obra de assistência médico-social, mas a que mais me comove é esse hospital que ele arquitectou com tão diligente carinho e que abrindo um capítulo novo na história médica do país evoca para nós as bênçãos dos leprosos e os aplausos do mundo.

Meus ilustres Colegas! Tornar prática e eficiente a aplicação dessa lei, de modo a corresponder seja ao espírito que a ditou, seja aos votos e resoluções do Congresso de Havana e estender os seus benefícios a todo o território português continental por forma que no próximo Congresso, que daqui a cinco anos foi votado se reunisse em Madrid, os seus resultados demonstrem à evidência o nosso empenho em reduzir ao mínimo — se não extinguir — a lepra no país, é o fito desta palestra para a qual ouso esperar a indulgência de Vossas Excelências.

Do que tenho visto em lepra e leprosos durante dezenas de anos de constante lidar, do que pude observar em Leprosarias de Bombaim, Miraj, Hyderabad e, recentemente, de Carville e Havana, do que pude finalmente apreender das discussões da especialidade em Calcutta, Madrasta e, do tanto das conferências de Strasburgo, Manila e Cairo, cheguei à conclusão de que uma política sanitária internacional pode sòmente indicar as directrizes básicas da luta antileprosa. A sua aplicação nos diversos países depende de adaptações várias condicionadas pelas circunstâncias locais e pelo ambiente social do meio em que se tem de operar: finanças, em primeiro lugar, o nível do standard educacional do povo, em segundo lugar. Seria impossível entre nós, por exemplo, o luxo das instalações do Leprosário de Carville, com as suas celas individuais tão confortáveis como em quarto de hotel caro! Em contraposição a América do Norte não tem ainda uma lei profilática e os leprosos da Flórida, do Texas e outras regiões meridionais estão à espera de serem hospitalizados em instituições especializadas.

O problema da Lepra em cada país resume-se nos dois grandes capítulos fundamentais:

I — O tratamento do leproso.
II — A prevenção do aparecimento de novos casos de lepra.

Mas é num Instituto de Higiene que tem cabida o primeiro capítulo respeitante ao tratamento da Lepra? Creio firmemente que sim,

porque os avanços modernos no campo da terapêutica têm conseguido transformar pelo menos 50 % dos casos multibacilíferos e altamente contagiosos em casos paucibacilares, senão totalmente inofensivos para os seus contactos (conviventes, soi hoje dizer-se em línguas íbero--americanas).

Eis-me portanto entrado em assunto que merecerá certamente a atenção dos clínicos.

Desde 1938, em que se reuniu o Congresso do Cairo, até hoje, numerosos factos vêm demonstrar que possuimos duas drogas de incontestável valor: o novo grupo dos derivados sulfónicos (que se não devem confundir com sulfamidas, note-se bem) e o velho óleo de Chaulmoogra, quando empregado porém em alta dose.

As sulfonas têm a sua indicação na lepra nodular, tuberosa *(lepromatosa* da classificação pan-americana), em casos mesmo avançados e nas lesões das mucosas do nariz e garganta e nas lesões oculares. As melhoras clínicas são, por vezes, surpreendentes e espectaculares; as bacteriológicas, com redução de glóbulos e desintegração bacilar, levam muito mais tempo.

Não será desprovido de interesse indicar-vos essas drogas e o seu modo de emprego:

Promina. Injecções intravenosas diárias de 2 grs. em 5 cc. de água, aumentando após uma ou duas semanas de 1 cc. da solução supra até atingir uma dose diária de 12 cc. Continuar o tratamento por 1 a 3 meses, interrompê-lo por 1 a 2 semanas. Recomeçar.

Diasone. Medicação oral em tablóides de 0,3. Um tablóide diário por 6 dias, 2 tablóides diários na 2.ª semana, 3 na 3.ª, aumentando até 10 tablóides nas semanas subsequentes, segundo a tolerância dos doentes. 1 a 2 semanas de interrupção do tratamento em cada período de 2 meses.

Sulfotrone. Emprego per os ou por via parenteral, em doses que dêem uma concentração de 5 mgr. por 100 cc. de sangue. Pràticamente, administrar 0,5 gr. em cada 8 horas, com aumento diário de 0,5. Continuar o tratamento por 6 meses, com um período de interrupção dependente da tolerância do doente.

É preciso que se note que as sulfonas não são inteiramente inofensivas. A anemia hemotóxica que por vezes produzem reclama vigilância laboratorial e uma medicação concomitante profiláctica pelo ferro e complexo Vitamínico B. Certas reacções cutâneas simulando o erythema nodosum que alguns leprólogos procuram combater ou abortar pelo emprego de drogas anti-histamínicas e, por vezes, o agravamento

da irite comandam a suspensão temporária do tratamento. Encontram-se, por fim, casos de hipersensibilidade em que as sulfonas são totalmente contra-indicadas.

O velho chaulmoogra em óleo puro com 0,5 a 4 % de creosota e os etilesteres com 0,5 a 4 % de creosota ou 0,5 % de iodo, empregados por via subcutânea, intramuscular ou intradérmica, e o óleo puro neutralizado em injecções intravenosas de 1 a 1 e ½ cc. duas vezes por semana continuam a ter o sufrágio duma grande maioria de leprólogos. As doses têm porém de ser muito mais altas que as actualmente empregadas, 15 a 25 c.c. por semana, continuadas por 3 ½ meses, com interrupção de 15 dias ou quando haja a reacção leprosa. E é necessário que se note que nos centros terapêuticos, para se avaliarem os resultados duma medicação antileprótica antiga ou moderna, de tantas que se estão hoje a ensaiar (derivados de sulfoxalato de sódio ou Rongalite, estreptomicina, o óleo de Gorli — uma planta espalhada em terras africanas —) não se deve contar com os casos tuberculóides ou com as formas atípicas (indeterminadas da classificação moderna) que são sujeitas a remissões e curas expontâneas que falseariam totalmente os resultados estatísticos e o valor terapêutico da droga empregada.

*
* *

Encerrando este parêntesis, entremos definitivamente no campo profilático. O Congresso de Havana faz uma distinção nítida entre *Epidemiologia* e *Controle*.

A epidemiologia procura investigar os problemas da origem, evolução e declinação da lepra, bem como o grau da endemia em determinada área.

O controle trata de eradicar a doença, utilizando todos os elementos fornecidos pelo Inquérito Epidemiológico.

Entre nós seria útil que as duas junções fossem cometidas a um mesmo organismo. Os dois problemas estão entre nós perfeitamente previstos com a organização dos dispensários e das brigadas móveis. O que é necessário, é dividir, desde já, o país em zonas para se levar a cabo o censo dos leprosos existentes no país, as suas formas clínicas e o seu poder de contagiosidade.

A nossa lei dá às diversas instituições anti-leprosas o significado preciso que lhes foi assinalado no Congresso de Havana: a *leprosaria*

ou o Hospital para leprosos, de preferência do tipo Colónia Agrícola, para o isolamento dos doentes infecciosos ou dos não infecciosos que aí tenham de ser internados por motivos de ordem social, económica ou por outras razões (por exemplo, o asilo para os leprosos inválidos ou grandes mutilados); o *dispensário* e *postos de consulta* cujas funções são precisamente as que lhes cometem os artigos 38 e 39 da nossa lei (2).

Mas a obra dos dispensários não pode ser levada a cabo sòmente pelas instituições oficiais. É necessário que se coordenem, sob uma orientação oficial e sob o controle da autoridade sanitária, os esforços das associações particulares, profissionais, cívicas, religiosas e missionárias que em todos os países e também em Portugal, tão louvàvelmente têm procurado colaborar na campanha anti-leprosa. Vai nestas palavras o meu preito de justiça e de reconhecimento aos núcleos de portugueses que dentro e fora dos hospitais iniciaram entre nós a luta contra a lepra no nosso país.

Se procurarmos traçar as grandes linhas do programa que compete aos dispensários, poderemos resumi-las pela forma seguinte: 1) a seleccção dos casos destinados ao internamento compulsório; 2) o tratamento, em regime ambulatório, dos não contagiosos; 3) o controle dos contactos.

Cada um destes pontos precisa que nos detenhamos um pouco na sua apreciação.

São casos de lepra contagiosos, os chamados casos abertos, com descargas bacilares; é o tipo nodular ou lepromatoso, com invasão da pele e da mucosa nasal, laríngea e ocular e com lesões dos nervos periféricos, serològicamente negativos à lepromina e com estrutura histológica granulomatosa que é patognomónica.

São casos de lepra normalmente não contagiosos— excepto nos estados reaccionais — e em geral bacteriològicamente negativos os paucibacilares à biopsia, os casos de tipo tuberculóide: manifestações clínicas na pele e nervos em grau variado, segundo a reacção dos tecidos, lepromino — R. em geral positiva, estrutura histológica tuberculóide, e tendência à regressão e cura espontânea.

E são casos de lepra habitualmente não contagiosos, as formas atípicas, o grupo *indeterminado* da classificação actual: maculares, hypo-

---

(2) Ver o n.º 8 do *Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge*, pág. 307.

crómicos, eritemato-hipocrómicos ou eritematosos, em geral bacteriològicamente negativos, lepromino-R. negativa ou positiva fraca, estrutura histológica de simples tipo inflamatório, evolução variável desde a regressão espontânea até a sua transformação nos tipos anteriores chamados *polares* na nomenclatura do leprólogo brasileiro Rabello.

A velha classificação clínica da lepra que fez a nossa educação médica agrupava as formas clínicas da lepra em tuberosas ou nodulares, nervosas e mistas. Depois da individualização duma forma benigna da lepra — a lepra tuberculóide — haveria talvez lugar para criar uma forma fruste ou atípica. E certas constatações de bacterioscopia positiva em gânglios de conviventes justificariam o grupo de lepra latente ganglionar.

A Leonard Wood Memorial Conference que se reuniu em Manila em 1931, procurou uma nova sistematização em que o factor primário era ainda o anátomo-clínico ajudado pela constatação bacterioscópica e até certo ponto pelo exame histopatológico. Em 1938 no Congresso do Cairo adoptou-se uma nova notação que é ainda hoje seguida em muitos países; mas uma minoria de congressistas tentou então preconizar uma classificação nova em que as bases mais importantes seriam a histopatologia e a reflexa imunológica representada pela reacção à lepromina: é a classificação sul-americana que se tornou pan-americana depois da Conferência do Rio de Janeiro de 1946.

Conquanto deva prestar homenagem aos esplêndidos trabalhos que neste sentido têm vindo à luz antes e durante o Congresso de Havana, entendo dever afirmar que na classificação da lepra as pesquizas laboratoriais não podem destronar a clínica, sobre a qual — e muitas vezes exclusivamente em tantos países desprovidos de recursos — se terá de fundar a observação e o critério do leprólogo.

Muitos congressistas sul-americanos procuraram criar subtipos ou variedades dentro de cada um destes grupos, que não lograram, porém, o sufrágio dos velhos leprólogos dos outros continentes. Ei-los, para o conhecimento dos Colegas, bem como a sua notação abreviada:

TIPO TUBERCULÓIDE		(T)
Elevado	major	(TE)
	minor	(Te)
Máculo-anestésico		(Tm)
Polinevrítico		(Tp)

TIPO LEPROMATOSO	(L)
Macular	(Lm)
Infiltrativo	(Li)
Difuso (puro)	(Ld)
Nodular	(Ln)
Polinevrítico	(Lp)
GRUPO INDETERMINADO	(I)
Macular	(Im)
Polinevrítico	(Ip)

Uma vez definido o subtipo, a sua modalidade seria designada:

— ora pelo grau de severidade, passível de notação por índices 1, 2, 3, etc., que como bem se pode calcular é tão sujeita a critérios individuais, impossíveis de fixar em quadros rígidos.

— ora pelo modo de evolução: lenta, rápida, progressiva, estacionária, em estado de reacção leprótica, etc.

— ora pela localização da lesão — cutânea, nervosa ocular, sistemica, etc.

— ou pela morfologia dermatológica — máculas, nódulos, infiltrações.

— finalmente por certas designações mais ou menos específicas — lepromatose difusa de Lúcio, por exemplo).

— outras tantas características de sintomatologia que são, quando muito, aspectos vários de reacções leprígenas em terrenos individuais diferentes.

Ora, voltando ao papel dos dispensários e das associações cooperantes, ele deveria, antes de tudo, ser o de remeter ao Instituto Central de Investigação da Lepra o caso descoberto ou notificado, a fim de se fazer o diagnóstico definitivo, porque desse diagnóstico depende ou o internamento hospitalar ou o tratamento ambulatório a cargo do dispensário. E quanto a essa notificação não me repugnaria ver estabelecida entre nós a *notificação confidencial* dum caso suspeito, feita por qualquer indivíduo que desse caso tivesse conhecimento, a fim de se ratificar ou rectificar o diagnóstico pela entidade oficial responsável.

Eis-nos chegado a um ponto que considero capital na junção dos dispensários: é a vigilância dos contactos, tão importante em questões de profilaxia.

A grande cronicidade da doença, a longa infecciosidade da lepra, sob forma, por vezes e por assim dizer inaparente, e o longo período de incubação e latência entre a infecção e a eclosão dos sintomas clínicos, tornam particularmente difícil a missão dos agentes dessa vigilância. Juntemos a isto a grande elasticidade do conceito a ligar à ideia dos *contactos*, para se ver a dificuldade da sua execução prática.

Prefiro pois limitar a ideia do *contacto* aos filhos dos leprosos e aos seus conviventes mais íntimos e preconizar que essa vigilância seja exercida de acordo com o conceito moderno da susceptibilidade à infecção baseada na reacção à lepromina.

Sob este ponto de vista os contactos podem ser divididos em 2 grandes grupos: lepromino-negativos e lepromino-positivos. Se estes últimos os podemos considerar no mesmo pé que as crianças Schick-positivas na difteria, não podemos infelizmente dizer se as reacções negativas indicam uma falta de despesas por parte do organismo já infectado pelo bacilo de Hansen (como é o caso das reacções negativas em leprosos averiguados) ou, porventura, uma ausência total de sensibilização por o organismo se não ter posto em contacto com o antigéneo infectante.

No estado actual da ciência podem formular-se as duas regras seguintes:

1) os contactos lepromino-negativos ou positivos fracos precisam de ser cuidadosamente examinados por leprólogos especializados, em cada 6 meses, durante 5 anos a partir do último contacto suspeito — porque se a doença se manifestar, ela evoluirá sob forma grave que um tratamento precoce poderá evitar.

2) Os contactos fortemente positivos à lepromina poderão ser examinados com intervalos mais largos e o período de observação poderá ser diminuido, segundo o critério da autoridade sanitária — porque a doença ou não se manifesta, ou fá-lo-á sob formas benignas do tipo tuberculóide ou indeterminado.

Em um país como o nosso, em que apenas se começou a campanha antileprosa, são fáceis de calcular as dificuldades da missão dos dispensários e associações cooperantes, seja pelo grande número de contactos, seja porque o valor da vigilância complementar tem de estar condicionado às variações da reacção à lepromina.

Resta-me finalmente falar dos preventórios a que se refere o art. 42.º da nossa lei. O conceito moderno da lepra e sua imunologia permite que os casos clínicos do tipo tuberculóide e indeterminado, quando bacteriològicamente negativos, possam ser mantidos em preventórios, sujeitos porém a controle médico regular e eficiente. Por mim, prefiro que a conservá-los em preventórios, sejam mantidos em alas separadas das habitações das crianças indemnes.

A aplicação prática da nossa esplêndda lei de Profilaxia da Lepra comporta nestes 2 ou 3 anos um programa mínimo destinado a torná-lo eficiente e a corresponder plenamente à intenção do legislador.

Ousaria formular o seguinte esquema para a realização deste desideratum:

1) *O censo dos leprosos* ou se quiserem dos *morfeicos*, visto que a Comissão da Nomenclatura recomenda que se deveria generalizar em cada língua o emprego de qualquer termo eufemístico que pudesse banir a designação de *leproso*, termo a que está em geral associado um sentido psicológico de anátema, desde os tempos bíblicos, e o correlativo ostracismo social, humilhante e vexatório, hoje em dia totalmente infundado.

Para se organizar esse censo haveria necessidade de se dividir o país em zonas, não compreendendo mais de 50.000 habitantes, podendo em localidades de forte endemiadade, esse número ser reduzido a 10.000, a 25.000, segundo a extensão do mal.

À testa de cada zona se organizaria uma Comissão Cooperante, composta de voluntários, homens e senhoras a quem se pudesse confiar tão nobre missão de assistência social. Nelas entrariam como membros indispensáveis um médico, de preferência clínico livre, e o abade da freguesia. E a Comissão funcionaria sob a presidência dum médico oficial, delegado ou subdelegado de Saúde ou médico das Corporações Municipais.

São estas Comissões que deveriam dirigir os dispensários regionais e exercer as funções marcadas no art. 38.º da Lei de Profilaxia, bem como outras que se lhes devessem cometer nos termos das resoluções finais do Congresso de Havana. Teriam sob a sua dependência os preventórios regionais e os postos de consulta e seriam superiormente dirigidos, segundo um plano harmónico, pelo Instituto de Assistência aos Leprosos de que trata a Secção I do capítulo II da mesma Lei.

2) uma vez organizado o Censo, saber-se-ia o destino a dar aos leprosos: Asilo para os inválidos e grandes mutilados que, mesmo não

sendo contagiosos, precisassem de assistência pública; hospitalização dos infectantes e contagiosos; tratamento ambulatório sistematizado dos não infectantes ou dos que tivessem alta hospitalar e continuassem em vigilância complementar condicionada.

3) E — ponto fundamental e dos mais importantes! — eram estas Comissões que deveriam ser incumbidas da vigilância dos contactos ou conviventes, nomeadamente dos filhos de pais leprosos, abrigados em preventórios ou vivendo vida livre, durante o tempo fixado pela autoridade sanitária, segundo as regras que formulei e de acordo com as indicações da reacção à lepromina.

4) Como medida complementar ouso esperar das Faculdades de Medicina que se crie urgentemente um Curso de Dermatologia para todos os estudantes de Medicina que os familiarize com a diagnose da lesão dermatológica primária e suas diversas combinações. E que após a conclusão desse Curso, se lhes dêem, por turnos de 12, em curso de especialidade, umas 10 lições teóricas e práticas de Leprologia no magnífico Hospital-Colónia Rovisco Pais, sob a direcção do seu jovem e inteligente director e com o auxílio dos seus colaboradores. É-me particularmente grato transmitir a Vossas Excelências os aplausos com que foram sublinhadas em Havana as projecções epidiascópicas das nossas instalações na apresentação da nossa memória conjunta sobre os nossos leprosos hospitalizados feita pelo meu jovem colega Dr. Santos Silva.

5) E ouso esperar da Ordem dos Médicos a criação do título de Médico Leprólogo, como incentivo para se atingir a eficiência técnica que hoje falta entre nós.

6) Finalmente um apelo ao Governo da Nação para que promulgue medidas de assistência e previdência destinadas a subvencionar as famílias dos leprosos internados que disso careçam. Tendo eu como delegado de Portugal sido o autor duma moção nesse sentido que foi em texto mais lato englobada nas resoluções finais da Comissão de Assistência Social do Congresso de Havana, seria ilógico que se não desse entre nós nenhum passo nesse sentido.

Vou ler-vos para vosso conhecimento o texto da minha moção: «que será para desejar que os Governos dos diversos países, onde grassa a lepra, promulguem medidas de previdência Social destinadas a subvencionar a família do leproso internado quando, porventura, por causa do internamento do chefe da família, ela fique reduzida ao pauperismo e não tenha outros meios de prover à sua subsistência».

Porque o problema da Lepra não é sòmente um problema de clínica e de profilaxia; é antes de tudo um problema de ordem social! E no meu espírito ainda se repercutem dolorosamente os gritos de desespero de alguns dos meus leprosos da Índia que me diziam: prefiro que os meus filhos tenham lepra daqui a dez anos a vê-los morrer de fome, por não terem o arroz que o pai lhes levava para o lar!

*
* *

Meus prezados Colegas e minhas Senhoras! Fico-lhes grato pela indulgência com que me escutaram.

Sinto-me profundamente feliz em constatar que o preâmbulo da nossa Lei de Profilaxia da Lepra resume com tanta clareza um capítulo da nossa história da Medicina, com a justiça que é devida à obra dos precursores. Com efeito, em tempos recentes, os trabalhos de Zeferino Falcão e Uriel Salvador, a voz de Miguel Bombarda e presentemente Alberto de Faria, Álvaro Lapa e os esforços do prof. Rocha Brito — perdoem-me Vossas Excelências se há omissões; se as há são involuntárias e filhas da minha ignorância — precisam de ser lembrados porque vieram no curso dos anos amontoando os materiais que culminaram nessa criação magnífica que é o nosso Hospital-Colónia Rovisco Pais.

Não há, é certo, obras que tenham o condão de saírem perfeitas, dum só traço! A perfeição só se conquista à força de muito esforço e de muito sacrifício!

Diz a lenda indiana que após a criação do Universo, os deuses no Olimpo constataram que a mais bela, a mais perfeita das estrelas que haviam criado, se tinha sumido no vácuo dos três mundos. E desde então homens e deuses andam angustiados em busca da perfeição!

Mas a obra antileprosa tem a bênção de Deus, porque tem a cimentá-la as lágrimas dos mais infelizes dos nossos irmãos, a imagem, por excelência, do sofrimento humano.

Aliviar esse sofrimento é o dever de todos nós! Médicos e leigos, autoridades e povo, portugueses de boa vontade e de bom coração cooperemos todos na obra que tão brilhantemente acaba entre nós de ser inaugurada, para que a lepra em Portugal não seja no futuro mais que a imagem dum sonho que passou!

Tenho dito.

FROILANO DE MELO

Paralisia infantil (1)

Etiologia, Patogenia, Epidemiologia, Profilaxia e Imunidade

A poliomielite aguda, paralisia infantil ou ainda Doença de Heine Medin é conhecida de há muito; a primeira descrição pertence a Underwood de Londres em 1784, que refere casos suspeitos em épocas remotas através de figuras dos livros ou em obras de arte. Outro inglês John Bodham, apresentou em 1835 4 casos típicos em crianças de 2 anos, mas só em 1840 Heine, ortopedista alemão de Stuttgard dá a primeira descrição clínica bem detalhada da doença, criando-lhe uma individualidade própria; em 1860 em um novo trabalho acentua o seu carácter espinhal.

Esta doença que, anteriormente a 1880, se podia considerar esporádica, toma depois dessa data um aspecto novo, ocorrendo com carácter epidémico. Uma epidemia que se desenvolveu em 1890 na Suécia deu ensejo a Medin de fazer um estudo minucioso, demonstrando que a doença não se limita à medula mas que também os centros superiores podiam ser atingidos. Um novo passo foi dado por Wickmann que ao seguir novas epidemias na Escandinávia em 1905 e 1907 sugeriu o seu carácter infeccioso com contágio directo de pessoa a pessoa. Estes trabalhos tiveram a sua confirmação quando Landesteiner e Popper conseguiram infectar o macaco inoculando-lhe material humano. Flexener

---

(1) Lição realizada no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, em 16 de Abril de 1948.

e Lewis demonstraram a continuação da sua virulência por passagens sucessivas e Landesteiner e Levadite obtiveram filtrados infecciosos através de Velas Berkfeld, provando assim o seu carácter de virus.

Estes primeiros passos marcam o início dos notáveis estudos realizados, sobretudo na América e Suécia e em que se fundam os conhecimentos actuais sobre a paralisia infantil, seu agente infeccioso, epidemiologia, vias de penetração no organismo, imunidade, etc.

É curioso notar que antes de 1870 a doença actuava de forma esporádica atingindo quase exclusivamente crianças, mas desde a grande epidemia sueca de 1880 seguida da epidemia americana de 1890 nos estados americanos do norte e de 1930 nos estados do sul, ela tomou um carácter epidémico atingindo também crianças de idades mais avançadas e adolescentes. Entre 1927 e 1940 a Europa foi submetida a fases epidémicas: na Alsácia em 1930 e 1931; na Alemanha em 1927, 1932 e 1938 e na Suíça em 1928 e 1929, sobretudo em 1937 a 1941, descendo através das montanhas suíças até às planícies da Lombardia. Considera-se o seu carácter epidémico quando aparece 1 doente por cada 10 mil habitantes e nessas épocas supõe-se que por cada 500 crianças contagiadas só uma contrai a doença. Em Portugal segundo Gomes de Oliveira houve um surto epidémico em 1933 que se repetiu em 1936, tendo o seu início no Norte e Leste do País, progredindo depois para o Sul e Sueste atingindo o máximo em Lisboa e arredores.

Depois dessas datas segundo as informações obtidas na Direcção Geral de Saúde a poliomielite tem-se mantido endémica em Portugal com surtos epidémicos de que o maior foi em 1946, de perto seguido pelos anos de 40 e 41. Em 1947 houve mesmo um certo desenvolvimento sobretudo no Porto e concelhos limitrofes em que o número de casos excedeu à proporção já referida de 1 doente para 10 mil habitantes. Os meses de maior intensidade epidémica foram os de Setembro e Outubro como é habitual.

De facto, a paralisia infantil pode revelar-se em qualquer período do ano, mas é uma doença própria do verão e do outono; o virus é largamente distribuído pelo Mundo, assim se supõe, mas predomina a doença nas regiões temperadas; o número de casos em uma determinada região segue uma curva irregular de ano para ano atingindo proporções de epidemia em certos períodos.

A doença pode pois sobrevir de uma forma esporádica, endémica e epidémica.

Como vimos, é uma doença das crianças e segundo refere Sabin, quando a doença faz a sua primeira aparição em grandes centros

urbanos, as mais atingidas são as crianças dos primeiros anos; 80 a 90 % de todos os casos ocorre em crianças com menos de 5 anos; mas nas cidades já experimentadas por diferentes epidemias, a predominância nessas idades desaparece, pois o número de casos entre os 5 e 9 anos iguala ou excede mesmo os que se dão em crianças de menos de 5 anos e pode-se mesmo dizer que 25 a 30 % dos doentes apresentados, formas paralíticas, são compreendidos entre os 10 e 19 anos. A Poliomielite na sua forma paralítica aparece por ondas mais ou menos espaçadas; surtos importantes não se dão anualmente ainda que todos os anos apareçam pequenos focos com número reduzido de casos típicos. Uma curva epidémica estende-se por cerca de 2 meses declinando ràpidamente no mês seguinte. O papel do virus está nìtidamente estabelecido; trata-se de um virus de dimensão infinitamente pequeno pois atravessa os mais finos poros dos filtros; a sua grandeza é fixada em oito milionésimas de milímetro. Este virus é extremamente resistente; conservado em glicerina permanece virulento vários anos; é pouco sensível a baixas temperaturas e mesmo congelado não perde a sua actividade. Resiste ao fenol e ao eter, mas é ràpidamente destruído por agentes oxidantes como a água oxigenada, permanganato, azul de metileno, etc. A desinfecção pelo aldeido fórmico é eficaz; os raios ultra-violeta e a temperatura acima de 55° destroem-no em 5 minutos. A cloretagem das águas, em concentração superior à habitual para a desinfecção da água não é suficiente para destruir o virus no espaço de 1 hora a hora e meia.

O virus tem sido sedimentado só depois de prolongada centrifugação em poderosas ultra-centrifugas e purificado de forma que uma unidade infecciosa de virus contém 5 a 10 milionésimas de miligrama de nitrogénio.

Os investigadores suecos, Tisebus e Gard conseguiram recentemente fotografar o virus com o microscópio electrónico; essas fotografias apresentam determinados elementos de forma fibrilar que em maior concentração tomam o aspecto de rede; estes estudos carecem ainda de confirmação, pois este aspecto de rede não tem sido verificado em outros materiais. O Professor Buterandt conseguiu fotografar igualmente o virus da água dos esgotos e obteve também uma forma fibrilar.

A cultura do virus tem encontrado dificuldades extraordinárias, não se obtendo como com outros virus, cultura em tecido embrionário de frango. Apenas Olitsky e Sabin conseguiram cultivá-lo em cérebro ou medula de embrião humano, trabalho que foi confirmado por Burnet.

Prova-se assim a afinidade altamente seleccionada do virus para o tecido nervoso e sobretudo para o neuronio.

Como dissemos, Landesteiner e Popper conseguiram pela 1.ª vez em 1909 demonstrar a transmissibilidade da doença do homem ao macaco, inoculando a este por via intra-peritonial uma emulsão de medula espinhal de uma criança de nove anos falecida no 4.º dia de doença. Culturas de material medular resultaram estéreis e inoculação a outros animais de laboratório ficaram negativas.

No entanto a forma mais segura de provocar a doença no macaco é pela inoculação directa no sistema nervoso, cérebro ou medula, podendo-se adoptar com menos probabilidades a via peritonial sub-cutânea, intra-venosa, intestinal ou região amidalo-faríngea. Esta última região parece particularmente sensível; doses de virus que eram inócuas quando se introduziram por outra via, salvo a nervosa, tornavam-se particularmente activas quando se injectavam na região das amigdalas e faríngea, dando lugar a formas de poliomielite bulbares em cerca de 80 % dos macacos. O virus invadia assim o sistema nervoso ao longo dos nervos dessa região ou da via olfactiva. Este facto estabelece uma clara relação entre o aparecimento de casos clínicos de poliomielite bulbar e operações sobre adenoides ou amigdalas em tempo de epidemia. Aycoek estabelece que a poliomielite ocorre mais vezes entre operados e que nessa incidência predominam as formas bulbares sobre as espinhais na proporção de 5 para 1. Anderson que estudava recentemente o assunto viu que 43 % dos casos bulbares e bulbo-espinhais eram precedidos por tonsilectomia feita dentro de 30 dias anteriores e a incidência de poliomielite em operados era 2,6 maior que na população infantil geral.

Igualmente a via nasal sem qualquer anterior traumatismo é bastante susceptível quando experimentalmente se lhe instilou o virus e a via olfativa se encontra intacta.

Sabe-se que igualmente o estômago do macaco pode ser entubado e ali introduzida quantidade importante de virus sem que ele contraia a doença. O macaco tem sido pois o animal de experiência para a poliomielite o que torna difícil e custoso o seu estudo. No entanto, recentemente Armstrong conseguiu adoptar uma estirpe de virus de poliomielite a ratos de plantação de algodão e em seguida passá-las ao rato branco e à cobaia, mas o virus primitivo perdia nestas passagens a sua virulência a tal ponto que ao inoculá-lo de novo ao macaco não se consegue reproduzir a doença ou não se obtém senão uma forma fruste. Este virus adaptado de Armstrong é neutralizado por soros humanos

em 70 % e certos soros de macaco convalescente o que estabelece uma estreita relação imonulógica com várias estirpes de virus poliomielítico.

As esperanças que a possibilidade de se adoptarem novos animais ao estudo da poliomielite experimental depois dos trabalhos de Armstrong têm sido frustadas pois que esses animais são susceptíveis a uma só espécie de virus quando inoculada por via intra-cerebral. Muitos tipos imunológicos diferentes de virus tem sido demonstrados de forma a que soros de macaco convalescente de um determinado tipo não protege contra outro, e macacos convalescentes resistentes a uma reinoculação com um tipo homólogo podem ser reinfectados com um tipo heterólogo. Oportunamente voltaremos a tratar deste assunto que tem o maior interesse clínico e epidemiológico.

As portas de entrada do virus na infecção experimental dependem do local onde se faz a inoculação e dependem igualmente das diferentes espécies de macacos. Já referimos a susceptibilidade da região amigdalo-faríngea; através desta região o virus segue ao longo das terminações nervosas do nervo oltfactivo atingindo assim o bulbo e daí o cérebro e talvez a medula.

Também só pelo contacto sem qualquer traumatismo da mucosa quando se instila o virus nas formas nasais provoca-se a poliomielite experimental, desde que as vias olfactivas estejam intactas. Sabe-se também que o macaco Rhesus pode engulir sem contrair a doença substâncias virulentas que aliás mantêm a sua virulência ao atravessar o tubo digestivo.

Estas comparações serviram de base à doutrina de que era através da via nasal e especialmente pelas vias olfactivas que o virus penetrava no ser humano. Um grande número de estudos modernos no entanto chama de novo a atenção para certos aspectos epidemiológicos obrigando a uma revisão do assunto.

Na verdade, se a porta de entrada estivesse nas vias respiratórias superiores, a sua direcção seria naturalmente o cérebro como vimos, quando afinal clìnicamente são muito mais vezes afectados os núcleos nervosos das extremidades inferiores que os dos superiores e constituem uma pequena minoria os casos em que são afectados os nervos craneanos; além disso quando são atacados todos os membros, o início faz-se habitualmente pelos inferiores. Como explica essa doutrina de paralisia ascendentes tipo Landry? Se o agente é tão virulento ou as defesas tão fracas era natural, no caso da infecção ser feita pelas vias aéreas superiores, que os centros superiores fossem os primeiros mor-

talmente atingidos, não dando ocasião de início a uma sintomatologia medular inferior? Factos importantes levantaram dúvidas sobre a porta de entrada do virus até ali admitidas. No macaco sabe-se que a instilação nasal de sulfato de zinco evita a acção do virus, resultado que não se obtém no homem. Verificou-se também que era possível produzir a poliomielite juntando virus à alimentação de macacos cynomalgus ao contrário do que se verá no Rhesus, mas ainda mais se obtém a infecção esfregando o virus na garganta ou na língua do mesmo macaco depois de se interromper a via olfactiva. Ainda se verificou a ausência de lesões do bulbo olfactivo humano que justificássem a passagem do virus por ali. Os notáveis estudos de Sabin e Ward sobre a distribuição do virus no organismo invalida ainda a velha teoria da penetração daquele agente infeccioso pela via nasal; as conclusões desses autores são: que no homem o virus predomina no sistema nervoso e no tubo digestivo; que ele não se espalha centrifugamente do sistema nervoso central para os tecidos periféricos; que mesmo depois da morte dos indivíduos o virus não se distribui indiferentemente e que o bulbo olfactivo era sistemàticamente negativo; que o cortex-motor, o diencéfalo, o mesencéfalo e a medula eram positivos. No aparelho digestivo o virus encontra-se nos tecidos da faringe, tenha ou não amigdalas, nas paredes depois da lavagem do ileo e no seu conteúdo bem como no conteúdo do colon. A mucosa nasal, glândulas salivares, gânglios cervicais do simpático e linfáticos cervicais e mesentéricos eram constantemente negativos. Assim os autores podem afirmar que o aparelho digestivo é o ponto inicial, donde parte o ataque do virus da poliomielite e que ele se multiplica fora do sistema nervoso.

Quanto à sua eliminação sabe-se desde as investigações de Kling que ela é feita pelas feses e por vezes em grandes quantidades.

Sabin põe pois o problema, admitindo a entrada do virus pela boca, penetrando no aparelho digestivo donde se multiplica principalmente nas paredes da faringe e intestino delgado, sendo pelas fezes que se faz a sua eliminação. Não se pode ainda dizer se a multiplicação é feita nas células nervosas das paredes intestinais ou nos outros tecidos. Duas vias segue o virus até atingir o sistema nervoso; ou por meio dos nervos craneanos que inervam a parte superior do tubo digestivo e pelo vago que enerva a parte inferior ou pelas fibras aferentes viscerais, através dos gânglios espinhais e ao longo das fibras eferentes do intestino que vem aos gânglios simpáticos abdominais.

Quer predomine uma ou outra das vias, são atingidas, ou os centros superiores ou as extremidades ou ainda os dois; os casos abortivos ou formas de poliomielite sem paralisia seriam aqueles em que a multiplicação se limita ao aparelho digestivo ou que atingindo o sistema nervoso não destroi o número suficiente de células para que resultem sinais clínicos de paralisia.

Esta doutrina levantou viva controvérsia e, se se admite a possibilidade de em certos casos a infecção se fazer por via digestiva, ainda a opinião de muitos investigadores é que se faz por contágio directo; ainda recentemente Riper, Director-Médico da Fundação para a Paralisia Infantil de Nova York, afirma que a doença é transmitida por contacto interno, pelo menos em parte.

O conhecimento da existência do virus nas fezes não era só por si suficiente para justificar a infecção por via digestiva, pois podia tratar-se de secreções nasais ou salivares engolidas. Casos idênticos com bacilo de Kock ou estreptococos hemolíticos foram verificados por Aycock. Todavia em comprovação das suas afirmações Sabin, que verificara em casos fatais que o virus se encontra no aparelho digestivo e sistema nervoso, nunca o encontrou na mucosa nasal ou nas glândulas salivares.

Estudos posteriores demonstraram a existência do virus na língua, nas paredes da boca e da faringe, no duodeno, ileon e colon. Em alguns casos, o virus era localizado na parte superior e inferior do aparelho digestivo, enquanto em outros só se encontrava em um ou outro desses pontos. Ainda que não se possa afirmar que a multiplicação do virus se faça ou não nas células nervosas do intestino, é de admitir que existe multiplicação atendendo à sua persistência nas feses tantas semanas. Critica-se se essas observações correspondem ao que se passa no início da doença visto que só se poude verificar esse facto post-mortem; no entanto, algumas das observações apontadas são feitas em doentes com 24 horas ou dois ou três dias de doença. Também o sangue foi objecto de buscas a fim de esclarecer se o virus ali habita em concentração suficiente para justificar uma transmissão através de picada de insectos; autores como Ward e seus colaboradores em 111 observações de doentes recentemente atacados apenas encontraram o virus no sangue em 1 doente e Sabin encontrou um em outra observação; isto pode indicar que acidentalmente o virus possa passar ao sangue, mas nada nos autoriza a pensar que o virus ali se multiplique e possa ser transmitido a outra pessoa por intermédio da picada de qualquer insecto.

A eliminação do virus, segundo as mais recentes investigações parece fazer-se não só pelas fezes como pela secreção faríngea. Howe e Bodian em 23 doentes observados encontraram em 43 % o virus nas secreções faríngeas nos 3 primeiros dias da doença, mas nunca mais tarde. Wenner só em 2 de 19 doentes, 11 %, encontrou o virus nas secreções faríngeas durante a 1.ª semana. Em investigações nas fezes pôde encontrar-se o virus nas 2 primeiras semanas em 70 %, 50 % nas duas semanas seguintes, 27 % nas 5.ª e 6.ª e 13 % nas 7.ª e 8.ª semanas. Ainda Ward encontrou no fim de 12 semanas um caso; uma maior persistência foi vista por Sépine que, num caso fruste, encontrou o virus nas fezes 123 dias depois do início da doença.

Ward e Walter aplicaram em poliomielíticos nos primeiros 3 dias de doença máscaras de pano e mandavam tossir para dentro das máscaras; conseguiram encontrar o virus em 2 doentes dos 19 observados; estas observações são um tanto artificiais, pois habitualmente os doentes não sofrem de afecções das vias respiratórias superiores que os levam a tossir ou espirrar.

O mesmo Ward não pôde encontrar em 5 doentes portadores do virus na faringe, esse mesmo virus nas máscaras.

Estas experiências um pouco largamente expostas são interpretadas diversamente pelos difrentes investigadores. Para uns, servem para confirmar a hipótese da transmissão por contacto íntimo através do aparelho respiratório e parte superior do aparelho digestivo, cujas secreções demonstram iniludìvelmente a presença do virus; para outros, essas mesmas experiências não justificam essa via e pensam antes que havendo uma abundante eliminação e provável multiplicação do virus nas fezes, estas devem ser incriminadas possìvelmente através de insectos portadores. Para uma melhor compreensão passamos ràpidamente em revista algumas das razões alegadas e veremos as possíveis conclusões a tirar que nos levem a estabelecer medidas profiláticas.

Antes de tudo e ainda que não tratemos aqui a poliomielite sob o seu aspecto clínico, importa lembrar que os casos paralíticos e pré-paralíticos são apenas uma pequena parte do número total de infecções adquiridas. Admite-se que a infecção esteja largamente dessiminada e que se apresenta a maior parte das vezes com uma febre transitória, com perturbações insignificantes e de diagnóstico impossível, suspeito no entanto em épocas epidémicas.

Este facto tem importância pois há um aspecto em que todos estão de acordo: é que o Homem é o verdadeiro reservatório do virus e não

há conhecimento de que haja outra espécie animal que seja normalmente infectada e que sirva de reservatório, e ainda que muitas vezes é a essas infecções sub-clínicas que cabe um papel importante. Outro ponto em que todos estão de acordo e que já referimos é o da existência do vírus na secreção faríngea transitòriamente e nas fezes prolongadamente.

Posto isto, vejamos a argumentação dos partidários da transmissão por via respiratória. Anderson afirma que o tipo epidémico com distribuição entre as áreas urbanas e rurais são características da transmissão respiratória; que ele se desenvolve num sentido radial sobre áreas largas sem atender à distribuição das águas, leite, dos alimentos; que o facto de se encontrarem nas fezes não significa que dali se possa concluir o seu desenvolvimento epidemiológico pois muitos outros micro-organismos são por ali eliminados como já dissemos; que a transmissão pelos insectos é pouco clara atendendo a que a doença existe todo o ano indiferente à época climática dos insectos e que o de outros insecticidas não tem qualquer efeito sobre a epidemia.

Estas razões não parecem muito sólidas e são francamente combatidas, mesmo o já referido Riper eclèticamente admite as duas formas.

Sabin o principal defensor da teoria digestiva salienta que inúmeros argumentos sustentam a sua doutrina.

Lembra que a presença de matérias infecciosas na faringe é sempre muito curta, como vimos, e pergunta ele se será de admitir que esse material sob a forma de gotícula atinge os vizinhos sobretudo sabendo-se que raramente são atingidos de afecções respiratórias superiores. Cita os trabalhos de Hamburge sobre o estreptococo hemolítico em que este autor verificou que os portadores que conservam esse agente na garganta são pouco importantes na difusão da doença, enquanto que aqueles, cujas culturas nasais são positivas tornam-se perigosos transmissores, provàvelmente porque quando se assoam contaminam as mãos. O estudo desta hipótese justificou-a, pois viu-se que as mãos contaminadas eram frequentes nos portadores nasais e não nos portadores faríngeos. O espirro espalha inúmeros agentes nos portadores nasais, e raros nos faríngeos; quando falam ou respiram ou mesmo quando tossem não há pràticamente expulsão de micróbios ou neste ultimo caso só em pequeno número. Nos poliomielíticos há sobretudo vírus na faringe e não no nariz ou saliva e a ausência de inflamações respiratórias justificam que tenha pouca aceitação a fonte de infecção no aparelho respiratório. Essa fonte indicaria mesmo,

como já vimos, que a infecção se faria através das vias olfactivas como anteriormente se supunha e que hoje está plenamente demonstrado não se realizar.

Por todos os motivos expostos Sabin conclui que a disseminação da doença se faz através das fezes.

Notáveis e recentes experiências do mesmo autor mostram mesmo que a infecção por via oral do macaco Cynomalgus é realizada com regularidade considerável e que a dos Rhesus será igualmente possível dependendo apenas da estirpe virulenta empregada. Estirpes de infecções recentes no homem, utilizados por via oral no macaco produziu a infecção, enquanto que a velha estirpe M. V. já passada no macaco e que era antigamente empregada resultava negativa empregando a mesma mesma espécie de macacos e a mesma técnica.

O encontro de virus nas fezes e nas águas dos esgotos, levanta o problema da sua transmissão pelas moscas, pela água ou por alimentos contaminada, por lavagens com água infectada ou picadas por moscas.

Evans em revista da literatura e na sua própria investigação admite que 1 % de pessoas de uma cidade possa excretar virus por vezes em abundância. Com 1 miligrama de fezes tem infectado o macaco; cita um caso em que a infecção se fez com 1 centésimo de miligrama. Embora não conclua o contrário, pensa que não seja provável o desenvolvimento do virus nas águas dos esgotos; as suas tentativas falharam sempre.

O papel das moscas tem sido salientado por inúmeros trabalhos modernos cheios de interesse e de possíveis conclusões .

Já em 1913 Sanders em face da preferência que a poliomielite tem pelo verão, sugeria a importância das moscas na sua epidemiologia, mas Poul e seus colaboradores demonstraram pela primeira vez a presença do virus da poliomielite em emulsões das moscas apanhadas durante períodos de epidemias nas regiões de Connecticut e Alabama.

Sabin e Ward isolaram o virus da poliomielite em moscas de Cleveland e Atlanta e em circunstâncias de não haver perto fonte conhecida de virus, pois eram apanhadas em saguões de casas de doentes que tinham ido para o hospital e onde prováveis portadores de virus eram convenientemente cuidados. Esta alta incidência que tem sido obtida por diferentes autores em regiões dispersas justifica que se admita a sua acção na transmissão da doença. Toomey obteve com uma suspensão dessas moscas, administrada pela via cerebral, paralisia em macacos. Melvick e Penner referiram a infecção experimental das

moscas com virus humano com estirpe Y. S. K., estirpe Lansing adaptada ao rato e com o virus de Thieler.

As moscas escolhidas foram aquelas que apareciam em todos os lotes observados, as varejas e as verdes. Phornia regina e Phoenicia sericata. Na alimentação destas moscas incluiram diferentes estirpes; adaptada ao rato e com o virus Thieler, encefalomielite do rato o virus foi encontrado nos seus corpos e nas suas excreções ao fim de 72 horas e por um período de cerca de 5 dias depois disso; o virus era isolado mais no abdómen que na cabeça ou tórax. Com virus humano obtido de fezes de doente poliomielítico foi isolado o virus nos corpos de moscas durante um período de 15 dias e dos excretos durante 3 semanas. O isolamento do virus era efectuado com inoculação ao macaco de diferentes espécies. Viu-se por estas experiências que o virus humano ao contrário dos outros, pode permanecer largamente no corpo das moscas e que pode ser encontrado nas fezes por um período bem longo. Estas experiências marcam na verdade com real valor o papel que as moscas podem desempenhar na transmissão da doença. Se a mosca é um hóspede obrigatório ou acidental, ou apenas um portador mecânico não se pôde ainda estabelecer; ignora-se igualmente se há multiplicação do virus no corpo das moscas.

Posto isto, há conclusões definitivas a tirar:

A certeza que, pelo menos na maioria dos casos, a infecção se faz pelo aparelho digestivo, que o papel das moscas não pode ser menosprezado, coincidindo o seu aparecimento com a maior disseminação da doença no verão e outono. É evidente que não se exclui o contágio pelo contacto interno com o doente sobretudo nos primeiros dias o qual explica os casos que se dão todo o ano e as formas de disseminação ditas radiares.

Vejamos agora o papel das águas; esta hipótese foi pela primeira vez posta por Kling; fundou-se especialmente na observação que, quando a doença aparece por focos, dá-se sempre em volta de um curso de água; mais tarde este autor encontrou o virus nos canos de esgoto de Estocolmo no momento da epidemia de 1939, inoculando água do esgoto na cavidade abdominal ou cérebro de macaco, conseguiu desenvolver-lhe uma típica poliomielite. Três meses depois de extinta a epidemia ainda se verificou a existência do virus, mas tão atenuada que não foi possível provocar senão uma forma fruste no macaco, só comprovada pelo exame necrópsico. Passado mais algum tempo já não se isolava o virus na água. Kling pensa que o virus se multiplique dentro dum flagelado da espécie Bodo que se encontra

com abundância no sedimento da água dos esgotos; só assim explica a sua longa permanência nas águas. Estes factos carecem de demonstração. Toomey e colaboradores procuram determinar se o Amoeba proteus que se encontra normalmente em água corrente podia ser infectada e portadora de virus; só conseguiram êxito com o virus Lansing adaptado ao rato mas só por um período tão curto que não atingiu 3 dias. A infecção dar-se-ia no verão, porque nessa época os organismos intermediários teriam melhores condições para proliferar. As águas infectadas actuariam por exemplo: no banho, ao nadar diglutindo água; também quando são empregadas para regar plantas, verduras, frutas, etc. Não tem sido possível confirmar esta hipótese, que de uma maneira geral não é admitida.

Quanto ao papel dos alimentos, este tem sido posto em relevo por Toomey. Numa epidemia de Los Angeles em 1943 Gebhardt e Mac-Kay chamaram a atenção para a importância dos frutos; estudaram em 206 doentes, o tipo da sua limentação nas semanas anteriores à sua doença e concluiram que 192 ou sejam 93,2 % comeram frutos por descascar e sem serem lavados, especialmente maçãs, pêcegos, e peras; que 146 ou sejam 67,9 % comeram frutos nas mesmas condições e também vegetais crus sem serem lavados e finalmente que os 206 pessoas tinham pelo menos comido um desses alimentos ou sejam 100 %. Mas como se contaminavam os frutos nestas condições? Ward e colaboradores estudando em 1945 numa epidemia em Nova-Carolina puderam demonstrar que alimentos expostos às moscas em casas de doentes com poliomielite se contaminavam com quantidade de virus suficiente para poderem infectar um chimpazé.

A poliomielite levanta alguns problemas de imunidade que é justo referir. É bem conhecido e corrente dizer-se que um primeiro ataque de poliomielite confere imunidade duradoura; que é excepcional num segundo ataque da doença e que se podem encontrar anti-corpos no sangue do doente e de animais de experiência; mas também é sabido que no sangue de pessoas sãs, que aparentemente nunca contrairam a doença, se encontrou igualmente anti-corpos neutralizantes nas seguintes proporções, em crianças abaixo de 5 anos 37 %, de 5 a 14 anos 48 % e acima de 15 anos 73 %. Isto explicava-se admitindo uma longa difusão de virus pelo contacto com ele sem infecção aparente, mas com o possível desenvolvimento de anti-corpos. Isto está de acordo com o encontrar-se percentagens ainda superiores em regiões onde nunca tinham existido epidemias de poliomielite, mas sòmente casos isolados, como na China etc., em que eram positivos cerca de 90 % de habitan-

tes. Numerosos trabalhos publicados entre 1935 e 1939 chamaram a atenção para o facto de não se poder estabelecer correlação entre nm ataque da doença ou a passagem de uma onda epidémica numa região, com o aparecimento de anti-corpos neutralizantes. Alguns doentes foram estudados sob esse aspecto nos primeiros dias de doença e viu-se que 20 a 40 % que tinham anti-corpos não realizavam qualquer aumento desses anti-corpos durante a convalescença e que outros que não apresentavam anti-corpos inicialmente não os desenvolviam no decorrer da doença, nem na convalescença. Como corolário destas investigações Burnet conclui que os anti-corpos da poliomielite não resultam de um contacto com o respectivo virus. A ideia de que o virus da poliomielite está largamente espalhado pelo mundo, fica um tanto prejudicado visto que essa suposição se baseava sobretudo no encontro do test da neutralização. Até certo ponto pode explicar este facto, o conhecimento que hoje há da existência de múltiplos tipos imunológicos de virus. Já há mais de 15 anos, investigadores constataram que virus isolados na América e na Austrália eram imunològicamente muito diferentes do virus standart que se usava habitualmente no macaco. Tests numerosos têm sido feitos com o virus Lansing adaptado por Armstrong ao rato, de que já falámos; mas os resultados foram semelhantes pois este virus e imunulògicamente idêntico ao M. V. Standart. Outros autores verificaram que doentes desenvolvem anti-corpos contra certas estirpes recentemente isolados e não desenvolvem contra a estirpe Standart macaco. Um assistente do laboratório de Ward e Sabin infectou-se com um virus humano recente com que estava trabalhando, esse mesmo virus foi encontrado nas fezes; no seu sangue não havia, de início, anti-corpos nem contra esse virus nem contra a estirpe M. V.; verificou-se que o virus com que se infectara era imunulògicamente diferente do M. V.

Durante a convalescença desenvolveram-se anti-corpos que neutralizavam o seu próprio virus mas não neutralizavam o virus standart--macaco. É pois necessário nos estudos subsequentes entrar em conta com o virus encontrado nos doentes seja na faringe seja nas fezes e não pensar que um só tipo de virus seja responsável por uma epidemia.

Investigadores americanos e ingleses tiveram ocasião de verificar a elevada incidência, durante a última guerra, sobre as tropas inglesas e americanas de ocupação, especialmente nas Filipinas, a ponto de ser a principal causa de morte entre os soldados, depois que cessou a guerra; simultâneamente não havia nas Filipinas nenhuma epidemia

que de resto nunca aí fora observada, contando-se apenas casos esporádicos. Em Tientsin, Sabin assistiu a uma epidemia que dizimou alguns marinheiros americanos enquanto os nativos nada sofreram. De resto conheciam-se casos de poliomielites em membros da colónia estrangeira, mas nenhum chinês era atingido. A resistência da raça amarela à poliomielite já tinha sido posta em relevo por Zéa em 1930. Entre as tropas que ocuparam o Japão também houve epidemia de poliomielite sem que localmente a houvesse entre os japoneses. É curioso salientar este facto de maior sensibilidade entre os ocupantes numa região onde são raros os casos de poliomielite, talvez porque o virus esteja mais largamente espalhado, admitindo-se neste caso a teoria da imunização por contágio ou talvez porque os tipos imunulógicos do virus sejam diferentes daqueles a que esses soldados tenham sido expostos na sua terra. Não se justifica aparentemente, como diz Sabin, que havendo uma tão larga difusão do virus haja tão poucos casos de paralisia a não ser que as crianças de menos de 1 ano tenham uma resistência inapta que se fortalece quando se expõem ao virus adquirindo depois uma resistência na idade de 1 a 5 anos ou seja aquela em que a doença é mais frequente.

Burnet responsabiliza como maior factor do aparecimento de uma paralisia, a mutação biològicamente inesperada de um virus para um tipo extraordinàriamente invasor. Jungcblut julga que a poliomielite é devida a um defeito de formação na juventude; a protecção devida a factores fisiológicos, pois o homem não deve ser susceptível ao virus, podendo-o suportar sem qualquer alteração; quando esta se dá é sempre por anormalidade fisiológica. Diz que nunca se conseguiu demonstrar no homem ou macaco uma imunização por um processo sub-clínico; também não se provou que a resistência individual ou a função anti-virus do soro seja relacionada com uma exposição do virus. As substâncias anti-virus não devem ser da natureza dos anti-corpos, mas antes da natureza das vitaminas ou hormonas e que uma hipovitaminose C pode dar lugar a que surja a infecção. Weoner em um trabalho recente experimental em que estudou a influência das vitaminas sobre a sensibilidade ao virus, não verificou qualquer resultado que justificasse o valor vitamínico na susceptibilidade maior ou menor dos ratos das plantações de algodão ao virus Armstrong-Lansing.

Como corolário de todos estes problemas de imunidade pergunta Sabin porque é que poliomielite só se tornou epidémica nestes últimos 50 anos e porque afecta as regiões onde a sanidade e a higiene são

mais desenvolvidas e o nível de vida mais elevado, enquanto outras partes do globo da mesma latitude são pouco afectadas.

Duas palavras sobre o tão debatido uso do soro de convalescente no tratamento da poliomielite.

Foi Nester e colaboradores que em 1911 pela primeira vez usaram o soro imune na tratamento da poliomielite, baseando-se no princípio que os corpos imunes têm um poder neutralizante; julgava-se também há mais de 30 anos que o virus circulava no sangue e que depois se localizava no sistema nervoso. Nestas condições o seu emprego era racional, pois o virus que circulava no sangue seria neutralizado. Sabe-se hoje que o virus atinge o sistema nervoso imediatamente e que não há passagem pelo sangue. A punção lombar com injecção de soro intratecal resulta pois igualmente inútil. Mesmo na doença experimental tem-se verificado a inutilidade do soro; de resto, como já vimos, está hoje em dúvida a eficiência dos anti-corpos na resistência à infecção.

Uma mistura de soros de convalescentes ou de pessoas com anti-corpos junta ao virus activo não infecta o animal mas o virus é simplesmente neutralizado e não é destruído. Assim foi demonstrado que a acção protectora, a admiti-la, é realizada sobre as células desde que o soro a atinja primeiro que o virus; o soro não tem pois propriedades curativas. Nós sabemos que sendo o virus essencialmente neuronotrópico quando os primeiros sintomas da doença se manifestam, já o virus atinge o neuronio mesmo nos períodos chamados pré-paralítico. Provou-se, Schultz e Gebhrat, que injectando-se diàriamente ao animal doses convenientes de soro fortemente potente ou seja com um certo conteúdo anti-virus, logo 24 horas após uma inoculação intra-nasal do virus não se consegue evitar ou modificar o desenvolvimento da doença.

Vemos pois que a soroterapia não tem hoje base científica e que os resultados clínicos são difíceis de apreciar, pois nós conhecemos as formas frustes e a possibilidade de erros de diagnóstico no período pré-paralítico único momento em que os defensores do soro aconselham o seu emprego.

Nos primeiros tempos da soroterapia, aconselhavam as autoridades médicas americanas o seu emprego, correndo risco o médico que não a aplicasse oportunamente; hoje esse critério modificou-se deixando ao livre arbítrio do médico o seu emprego. As maiores autoridades em poliomielite reconhecem a sua ineficácia em face dos modernos conhecimentos.

Um dos grandes problemas a resolver na poliomielite é obter uma imunização activa, dada a difusão que hoje tem essa doença tem-se feito notáveis estudos mas sem êxito ainda definido. Os maiores esforços foram desenvolvidos primeiramente por Brodie em Nova York no Departamento de Saúde e por Kolener em Filadélfia. A origem do virus usado na tentativa de se preparar uma vacina era obtido da medula espinhal macerada e triturada do macaco Rhesus infectado. Diferiam os métodos em que Brodie inactivava e Kolner atenuava.

Brodie inactivava o seu material com formaldeído. Kolner era de opinião que essas vacinas mortas esterilizadas por calor ou por agente químicos eram ineficazes. Para ele a vacina para ser activa deve manter alguns elementos vivos se bem que desvitalizados. Por isso atenuava empregando o ricinoleato de sódio que não matava o virus, mas desvitalizava-o de maneira suficiente para fazer injecções sub ou intra-cutâneas a macacos, sem perigo, mas com suficiente poder para provocar imunidade. Ainda receoso do seu emprego em seres humanos modificou a sua técnica, conservando medula de animais paralizados em 50 % de Glicerol durante uma semana, depois era sub-dividida em pequenas partículas misturando o virus com o ricinoleato de fenil, mercúrio nitrato durante 24 horas, colocada a mistura no refrigerador 10 a 14 dias a 10 %.

Os trabalhos deste investigador levaram-no a experimentar em crianças, sem incidente.

Estes resultados foram longamente criticados pois outros experimentadores não confirmaram as esperanças de Brodie e Kolner, chegando-se à conclusão de que o sistema Brodie é ineficaz e de que o de Kolner é ineficaz e perigoso.

Ùltimamente Loring e seus colaboradores na Universidade de Stanford na Califórnia têm procurado obter uma outra vacina, tendo por base preparações brutas de virus de poliomielite inactivado pelo formoldeido e R. Ultra-Violetas, para produzir uma imunidade significativa contra uma inoculação intra-cerebral de virus activo. A extensão de tal imunidade dependendo da presença de anti-corpos humorais ou de tecido nervoso resistente do virus não é conhecida; mas a presença de anti-corpos no sangue tem sido demonstrada. As vacinas usadas em tais experiências consistem em cérebro e medula de macaco infectado, finamente triturado, contendo pouco virus e grande quantidade de tecido nervoso normal. Dois defeitos se apontam; a grande concentração de formaldeido, e a alta protecção coloidal do excesso de proteinas tissulares de que pode resultar não sòmente

a perda de actividade do virus, mas também a perda do poder anergénico e ainda a grande massa de proteinas tissulares a injectar a fim de prover quantidades suficientes de virus inactivo para estimular uma boa resposta de anti-corpos; melhor seria poder obter-se o virus antigénico inactivado, livre de componentes tissulares e que poderia produzir um grau mais elevado de imunidade. É nesse fim que os autores têm trabalhado, utilizando o virus Lansing concentrado em quantidades moderadas. Este virus produzido em ratos de algodão é purificado por 2 ciclos de ultra-centrifugação diferencial e tratado com formaldeido; os resultados obtidos parecem excelentes e serão apresentados brevemente pelos autores.

Como resumo do que dissemos e como princípios gerais admitimos com Sabin que:

1.° — O virus é disseminado em época epidémica mais que em qualquer outra. 2.° — Que o virus é presente por breve tempo na garganta e frequenteemnte por mais tempo no intestino e fezes de pessoas sãs como de doentes. 3.° — Que o virus pode ser transmitido a outras por contacto directo, mãos contaminadas e pelas fezes. Não se prova a disseminação por gotículas do aparelho respiratório. 4.° — Durante a epidemia as moscas podem ser contaminadas com o virus que depositam em quantidade infectante sobre alimentos e que a ingestão destes pode produzir a doença.

Assim como medidas profiláticas devemos: 1.° — Evitar os contactos internos fechados, cinemas e igrejas. 2.° — Medidas para eivtar contactos nas escolas, lugar de jogos etc., são sinais perigosos os apertos de mão, o uso de gabinete de toilette comuns sem correspondentes cuidados. 3.° — Medidas a diminuir a contaminação pelas moscas. 4.° — Provocar a sua destruição com D. D. T. espalhado de aviões ou de carros deslocando-se nas povoações não parecem eficientes. 5.° — Evitar que as moscas tenham acesso aos esgotos. 6.° — Precaução com as fezes e sua desinfecção quer dos doentes quer da família e sobretudo impedir que as moscas pousem. 7.° — A admissão dos poliomielíticos poder ser feita em Hospitais Gerais mas usando precauções. 8.° — Cuidados especiais com a rouparia. 9.° — Isolamento da casa dos doentes durante 4 semanas. Os habitantes dessa casa que tenham que mexer em alimentos nas lojas ou restaurantes ou cuja ocupação possam trazer íntimo contacto com crianças devem ser isolados pelo menos durante 2 semanas.

CORDEIRO FERREIRA
Director da Clínica Pediátrica do Hospital da Estefânia

Lugares selectos

Uma dedicatória

EX IMO

Negra mancha de dó tarja o cabecel deste livro, desabrochado entre amarguras. A meio da sua escrita, tão cortada de todo o sofrer, lanhou-me o coração a dor mais cruciante, golpe de alma que não fecha nunca, sangrando de contínuo pelo gume da saudade. A pena que se ensopou nesse borbulhar de sangue, goteja-o nestas tristes linhas, riscadas em redimento de máguas; máguas que, para serem as maiores, foram as primeiras da vida que não tiveram a linimentá-las a consolação duma mãe, o supremo analgésico de todas as dolências.

Pobre mãe! como não havia de consagrar-te estas letras ultimadas sobre o teu coval, se tuas foram as primeiras que traçou a mão incerta do filho.

Quando na escola me torturavam com bárbaros exercícios de composição, afligia-me a mais cabal negação que dar-se pode, para cerzir duas frases pegadas sobre um tema para mim estéril. Nesses lances era a mãe estremosa que ditava o exercício, salvando-me do penoso aperto. Como o destino nos retorce às vezes a vocação, obrigando invicta Minerva o ignaro plumitivo dos dez anos a ser toda a sua vida um galeote da pena.

Inspirou-me o escrever e o ler. Com ela aprendi a admirar o grande Camilo que então enfeitava de romance português de lei os folhetins do «Comércio do Porto». Curiosa do antigo, contava-me o que sabia

de história de Portugal, repetia-me as narrativas do antiquário Vilhena de Barbosa, e guiava-me através do Porto velho, animando-o com as vivas reminiscências da infância e as tradições hauridas da mãe, uma santa velha a quem ainda na primeira meninice escutei boquiaberto histórias infantis.

Se nas páginas que seguem, vislumbra alguma inclinação pelas coisas do passado, algum amor por esta terra que nos foi berço comum, bebi-o no seu seio onde pulsava ainda o extinto fanatismo do tripeiro pelas glórias da cidade, e a memória envaidecida do pai, um bravo obscuro do povo, que largava o martelo para empunhar a espingarda nas linhas liberais do Porto.

Belas madrugadas de inverno! como eu as revejo nesta doce compunção das saudades de infância. A pequena casa cedo se enchia do moirejar do trabalho; antes do dia, ainda em «casa de Cristo», para cada um nascia a sua canceira. Apegado ao calhamaço do latim, aconchegava-me à beira de minha mãe; girava o fuso ou rodava a dobadoira, e ela a dizer lendas e contos ou a cantar os romances populares, ora vivamente dolentes como a «D. Silvana», que não posso ouvir hoje sem uma ebulição de lágrimas.

Em baixo, resfolegava a forja, soprando para a rua um clarão vermelho; a espaços chispava o martelo cadente na safra; e enquanto não caldeava o ferro, meu pai cantava contente a sua moda predilecta:

Meu filho, eu tive um sonho
Qual era do meu agrado . . .

Esse sonho, coitado, era o nervo do seu braço incansável; o refrigério daquela fronte gotejante de suor com que amassava dia a dia o futuro do filho, tal qual lho retratava a fantasia. A cada passo vencido nessa esteira exultava. Estou a vê-lo, à volta dos exames, na porta da oficina, a enxugar o rosto, traçando o avental crivado de faúlhas, com um sorriso tão fundo e tão aberto, que me ensoberbecia. Fiquei a amar o Diderot, quando lhe li o desvanecimento com que da aula trazia as coroas dos prémios ao ferreiro de Langres. Que maior galardão e incentivo do que então e sempre, a alegria incomparável do pai e a ternura da mãe a efundir-se em lágrimas e beijos!

Era que farte para a vaidade do filho; nem outra tive maior no lutar da vida. Foi a primeira ambição, a única que o destino não quebrou, a única felizmente satifeita, mas bastante para assegurar de per si uma finalidade tranquila à existência.

Depois . . . depois, passada a primeira arrancada mais ou menos venturosa, vieram-se permeando as intercadências sinistras do *mezzo del camin dei nostra vita*. Ao que a pulso seu rasgou lugar humilde à luz do mundo, salteiam-no a revezes garras implacáveis dum pavor e raiva de *gehenna*. Que cruciamento, enquanto se não faquiriza a alma contra as torturas destes gnomos duma crueldade ofídia e duma fantasia inquisitorial, mais inficiosos que pestes, mais vorazes que guzanos.

Triste e dolorosa imunização; mas o soro balsâmico que me neutralizava de contínuo estas peçonhas homicidas, era a voz alentadora da mãe, ela quem me dava alor em todos os quebrantos. Os golpes que o destino ou o malquerer me despontavam ao peito, rebatiam-se no escudo do seu coração amantíssimo. E morreu, como viveu, de olhos postos na bem-aventurança nunca vinda do filho.

Paranhos, 17-12-96 RICARDO JORGE

(*«Origens e desenvolvimento da população do Porto»* — 1897)

4.° Curso de aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde

À semelhança do que sucedera em 1939, 1946 e 1947, realizou-se em 1948, no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, um Curso de Aperfeiçoamento para subdelegados de Saúde do Continente.

No primero Curso haviam tomado parte 22 subdelegados, realizando-se de 16 a 25 de Outubro; no segundo inscreveram-se 20, tendo decorrido entre 15 de Junho e 15 de Julho; no terceiro, formado igualmente de 20 subdelegados, as lições começaram em 8 de Abril, terminando em 6 de Maio; ao de 1948 assistiram 17 subdelegados, por à última hora ter desistido um, além de 2 guarda-mores de Saúde.

No segundo e terceiro cursos o Instituto não teve de preocupar-se com a organização da maior parte das lições sobre doenças infecto-contagiosas, por terem sido todos os subdelegados que neles tomaram parte inscritos nos Cursos especiais organizados no Hospital de Curry Cabral pelo Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Em 1948 a organização de todas as lições teve de incumbir ao Instituto Ricardo Jorge.

O quadro seguinte resume o número de lições feitas nos diversos Cursos de aperfeiçoamento:

	1939	1946	1947	1948
Lições sobre doenças infecto-contagiosas organizadas pelo Instituto	3	6	5	21
Lições sobre outros assuntos, organizadas pelo Instituto	5	26	24	18
Sessões de estudo	—	5	12	16
Palestras	—	6	—	—
Visitas e excursões	5	5	14	12

	1939	1946	1947	1948
Lições dos Cursos do Prof. Fernando Fonseca	—	22	22	—
Demonstrações laborator. no Rego	—	10	10	—
Visitas às enfermarias, no Rego ...	—	11	11	—

O Curso de 1948 começou no dia 31 de Março, terminando em 30 de Abril.

É curioso notar que de entre os 20 subdelegados de Saúde que tomaram parte no 2.º Curso de aperfeiçoamento, 3 deles foram escolhidos depois para delegados de Saúde distritais, respectivamente dos distritos de Viana do Castelo, Vila Real e Évora, havendo 6 com concurso para delegados de Saúde de Lisboa e 2 com concurso para médicos escolares e larga prática do serviço médico-escolar.

*

* *

O Curso de 1948 foi inaugurado pelo Sr. Director Geral de Saúde, prestando-se homenagem à memória do Dr. Armando Narciso que colaborara brilhantemente no 2.º e 3.º Cursos.

O Sr. Director Geral de Saúde proferiu as seguintes palavras:

«Inicia-se hoje o quarto Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde e representam V. Ex.as aqui um dos departamentos de maior importância na Organização Sanitária do País.

Dos dois escalões periféricos dessa Organização, Delegações e Subdelegações, as primeiras são principalmente órgãos de Direcção, Coordenação e Educação, ao passo que as segundas são os órgãos de Observação e Execução, por excelência. Sem boas Subdelegações e bons Subdelegados nunca haverá verdadeira eficiência nos serviços sanitários.

A instalação e organização das Delegações de Saúde absorveu o ano de 1947, mas estamos convictos que representam hoje um grande progresso na organização sanitária. Os próprios Subdelegados sentir-se-ão desde já, mais acompanhados e ajudados pela acção do Delegado distrital.

Chegam-nos ainda ao conhecimento indícios progressivos de maior actividade e interesse de muitas Subdelegações, o que se exprime pelo volume de trabalho conseguido em vários distritos. As vossas condições materiais de trabalho são deficientes, bem o sabemos, e temos o maior interesse em conseguir a sua melhoria progressiva, mas, no entanto não esqueçamos que o factor pessoal de vontade e espírito de colaboração,

não só poderá compensar algumas dessas deficiências, como até constituir elemento importante para em grande parte ajudar a removê-las.

O trabalho sanitário é ingrato, precisa de vocação e o seu maior lucro é a satisfação de consciência pelos benefícios gerais que dele advêm.

Dum modo geral constatamos com a maior satisfação os progressos já conseguidos, mas também não podemos deixar de exprimir o nosso desgosto quando nos é dado verificar ainda exemplos de desinteresse, felizmente raros, mas que bem desejaríamos que desaparecessem.

O ressurgimento sanitário do País tão necessário e tão desejado por todos nós, é caminho árduo. Os pioneiros que têm por missão desbravar esse verdadeiro terreno selvagem, precisam de muito espírito de sacrifício, persistência e coragem. É com estes que verdadeiramente contamos, e para eles vai a afirmação do nosso maior interesse em os auxiliar persistentemente, dentro das nossas possibilidades.

Há sempre que ter em conta os reflexos que são inerentes a todo o serviço que cria prestígio. Os benefícios advirão desse prestígio, como este advem de todo o trabalho honesto e bem ordenado.

Senhores Subdelegados de Saúde, dou-lhes as boas vindas e desejo que estes dias de boa camaradagem que ides passar vos sejam proveitosos sob todos os pontos de vista.»

As lições anunciadas foram todas proferidas às 10 ou às 11 horas, excepto a primeira, que foi às 16.30 horas.

O programa das lições foi o seguinte:

Abertura do Curso — pelo Director Geral de Saúde
Problemas Sanitários Concelhios — pelo Dr. Fernando da Silva Correia
A profilaxia da febre tifóide na técnica da salubridade — pelo Dr. Arruda Furtado
Aspectos da higiene industrial — pelo Dr. Couto Nogueira
A luta médico-social contra a lepra — pelo Dr. Castro Soares
Imunidade na tuberculose — pelo Prof. João Maia Loureiro
Aspectos do problema do sezonismo — pelo Prof. Francisco Cambournac
O problema higiénico do leite — pelo Dr. Bernardino de Pinho
Defesa sanitária da primeira infância — pelo Dr. Fernandes Homem
Saneamento. Seus aspectos fundamentais — pelo Eng. Agnelo Prazeres
Comprovação de medicamentos — peloDr. J. Souto Teixeira
Doenças profissionais — pelo Dr. Heitor da Fonseca
Defesa sanitária das crianças em idade escolar — pelo Dr. Américo Cortez Pinto

Vigilância sanitária das construções — pelo Dr. H. Jorge Niny

Difteria — pelo Dr. Luís Figueira

O papel do laboratório químico na sanidade pública — pela Dr.ª D. Maria Ernestina Graça Mendes

Febre escaro-nodular — pelo Dr. Afonso e Cunha

Febres eruptivas — pelo Dr. A. de Carvalho Dias

Correcções de qualidades químicas de águas — pelo Dr. Bernardino Pinho

O frio ao serviço da higiene alimentar — pelo Dr. A. Torres Botelho

A protecção higiénica da habitação — pelo Dr. Arruda Furtado

Terapêutica geral das doenças infecciosas — pelo Prof. Toscano Rico

Paralisia infantil (etiologia, patogenia, epidemiologia e profilaxia) — pelo Dr. Cordeiro Ferreira

Tuberculose e guerra; comentários à margem do problema — pelo Dr. J. Cutileiro

Tifo exantemático — pelo Dr. Costa Júnior

A colaboração veterinária contra as bruceloses — pelo Dr. Mário Teixeira

Tinhas e sarna — pelo Dr. Neves Sampaio

Medicina preventiva e saúde pública — pelo Dr. Cristiano Nina

Luta contra as doenças venéreas — pelo Dr. Tovar de Lemos

A quimioterapia da tuberculose — pelo Dr. Andressen Leitão

A micro-radiografia ao serviço da profilaxia da tuberculose — pelo Dr. Casanova Alves

O diagnóstico laboratorial das viroses — pelo Prof. Cândido de Oliveira

Tosse convulsa — pelo Prof. João Maia de Loureiro

Distribuição do tracoma e sua profilaxia em Portugal — pelo Dr. Anastácio Gonçalves

Importância das topografias médicas para os delegados e subdelegados de saúde — pelo Dr. J. T. Montalvão Machado

Doenças visadas pelas convenções internacionais — pelo Dr. A. de Carvalho Dias (1)

Aspectos da prática sanitária nas subdelegações de saúde — pelo Dr. D. Braga da Cruz

A peste — pelo Dr. José Cutileiro

Alguns aspectos epidemiológicos em meio rural — pelo Dr. Gorjão Henriques

Vacinação antivariólica — pelo Dr. Pimenta Prezado

(1) Substituída por uma demonstração laboratorial sobre tinhas pelo Dr. Neves Sampaio.

Este programa foi cumprido à risca, apenas tendo sido transferida uma das lições para um dia diferente e substituída a que o Dr. Carvalho Dias devia proferir sobre *Doenças visadas pelas convenções internacionais*, por outra, de demonstração laboratorial, sobre tinhas, feita pelo Dr. Neves Sampaio, por motivo de o Dr. Carvalho Dias ter de partir para Paris para assitir à 6.ª Conferência de revisão da Nomenclatura das doenças, traumatismos e causas de morte.

Foram 35 os prelectores, como se vê, cinco dos quais fizeram duas lições. 80 % são funcionários dependentes do Subsecretariado de Estado da Assistência Social, (71 % da Direcção Geral de Saúde). Dos 35, 28 dependem do Subsecretariado da Assistência, 5 do Ministério da Educação Nacional (3 catedráticos e 2 assistentes da Faculdade de Medicina e um Inspector da Saúde Escolar), 1 do Ministério das Colónias, catedrático do Instituto de Medicina Tropical, 2 médicos veterinários, dependentes do Ministério da Economia, sendo 5 delegados de Saúde. Seis deles haviam colaborado nos cursos organizados pelo Prof. Fernando Fonseca.

*

* *

Além das lições, realizaram-se 16 sessões de estudo, à tarde, com a duração de duas a três horas, cada uma.

Nessas sessões de estudo usaram da palavra os Drs. Agostinho Pires, Arruda Furtado, Tovar de Lemos, Fernando Correia, F. Conceição Correia, os subdelegados de Saúde Drs. Veiga Torres, Leite Brandão, Mário Lage, Américo Teixeira, Baptista Isabel e Roque Machado.

Os assuntos versados foram, ou problemas sanitários ligados com os concelhos onde os subdelegados exercem as suas funções, como os de Murça e S. Pedro do Sul, ou expostos antes outros, como o de Portalegre, que falou sobre os médicos *Rodrigues de Gusmão*, o Guarda-mor de Saúde de Leixões, que se ocupou de *Sanidade Marítima*, o Guarda-mor de Lisboa, que falou sobre *Defesa contra a Cólera*, o Subdelegado de Manteigas que dissertou sobre *Educação Física*, intervindo todo o curso na apreciação e discussão sistemática de todos os assuntos, por vezes viva, mas sempre elevada e fértil em ensinamentos de ordem prática.

Além dos assuntos referidos foram versados os de Medicina Social, Topografias Médicas, Serviço Social, Estatística e demografia, colaboração dada pelo Laboratório de Bacteriologia aos sanitaristas, Assistência Pública, Misericórdias, luta contra as doenças venéreas, prática e

legislação sanitárias, Deontologia, partipação dos casos de doenças infecto-contagiosas, etc., conforme os problemas que surgiam no decurso das discussões, pelas quais, como nos anos anteriores, mostraram o maior interesse todos os que tomaram parte no Curso de aperfeiçoamento que, quer nas sessões de estudo, quer durante as visitas, puderam mostrar as suas qualidades de inteligência, atenção, assiduidade, pontualidade, interesse, ponderação, bom senso, calma, tacto, viveza, força de vontade, energia, conhecimentos sanitáros, etc., por todos apreciados e reconhecidos, verificando-se bastante homogeneidade no Curso.

*
* *

Foram feitas 12 visitas de estudo, tendo-as orientado respectivamente, no *Centro de Saúde de Lisboa,* o Prof. João Maia de Loureiro e o Dr. José Cutileiro; no *Dispensário de Alcântara,* os Drs. D. Fernando de Lencastre e Casanova Alves; no *Instituto Português de Oncologia,* o Prof. Francisco Gentil e Dr. Grilo; no *Hospital Curry Cabral,* o Enfermeiro-mor Dr. Emílio Faro; nas obras do *Hospital Escolar,* os Engenheiros Jacome de Castro e Tavares Cardoso; no *Instituto Câmara Pestana,* o Prof. Cândido de Oliveira; no *Instituto de Serviço Social,* a Dr.ª D. Custódia Alves do Vale; no *Laboratório de Patologia Veterinária,* o Prof. Agueda Ferreira; na *Estação de Tratamento de Águas* de Campo de Ourique e no *Aqueduto das Águas Livres,* o Dr. Bernardino de Pinho e o Engenheiro Ramiro Guedes de Campos; no *Parque Sanitário* e *Delegação de Saúde de Lisboa,* o Dr. Alberto Gomes; no *Instituto de Malariologia* de Águas de Moura, o malogrado Dr. Fausto Landeiro e o Dr. Queiroz; nos *Serviços Sanitários de Setúbal,* os Drs. Manuel Mateus, José Fialho e Eduardo Albarran. Estas últimas visitas, como a feita ao *Sanatório do Outão,* onde os recebeu o Dr. Mendes Dordio, proporcionaram uma agradável excursão, com passagem pela Arrábida.

Acompanhei todas as visitas, excepto, por motivo de serviço, a excursão, podendo por isso assegurar o interesse que todas mereceram aos que tomaram parte no Curso.

*
* *

Realizando-se durante o Curso duas Conferências no Instituto, assistiram a elas os que nele tomaram parte. As conferências foram as

proferidas pelos Profs. Doutores Lopes de Andrade, sobre *Medicina Preventiva da cegueira e a acção do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto* (2), e Froilano de Melo sobre *Medicina Preventiva da Lepra em Portugal.*

*
* *

Assistiram os que tomaram parte no Curso a duas das lições que o Inspector-Chefe da Assistência, Dr. Agostinho Pires, fez no Curso de Visitadoras Sanitárias sobre *Organização da Assistência* e que lhes mereceram o maior interesse.

*
* *

Tomaram parte no 4.º Curso de Aperfeiçoamento os doutores:

Mário Pereira Lage, Guarda-mor de Saúde de Leixões
Flávio José da Rocha Leite Brandão, Guarda-mor de Saúde de Lisboa
Artur João da Costa Andrade, subdelegado de Saúde de Mafra
Luís José Roque Ferreira de Carvalho Machado, de S. Pedro do Sul
Jorge Maia Veiga Torres, de Murça
Álvaro dos Santos Esperança, de Ovar
Alfredo Pires de Miranda, de Condeixa-a-Nova
António dos Reis e Mata, da Barquinha
Alfredo Mendes Gil, do Fundão
José Cardoso de Miranda, de Santo Tirso
Fernando Ferreira Carmo da Cunha, de Ponte de Lima
Júlio Alves Vieira, da Marinha Grande
Américo Teixeira Ribeiro, de Portalegre
João Baptista Isabel, de Manteigas
Manuel Lopes Falcão, da Moita
Álvaro César da Silva Martins, de Estremoz
João Francisco Lopes de Carvalho, de Moura
Domingos Duarte, de Figueiró dos Vinhos
Carlos de Matos Coelho, de Monchique

---

(2) Publicada logo a seguir e largamente distribuída pelo seu ilustre Autor.

Não tomaram parte no Curso subdelegados dos distritos de Braga, nem de Bragança, tendo desistido à última hora o de Freixo de Espada à Cinta que fora oportunamente indicado, como todos os demais, pelo delegado de Saúde do respectivo distrito.

*
* *

No dia 30 de Abril, sob a presidência do Subsecretário de Estado da Assistência, Sr. Dr. Trigo de Negreiros, foi encerrado o Curso.

Na sessão de encerramento dei conta dos trabalhos realizados, pondo em destaque a atenção, o interesse e a pontualidade dos que nele tomaram parte, que exigiram da parte de todos um esforço de trabalho e uma dedicação e boa vontade, dignos de registo, só comparáveis aos dos que fizeram as lições e orientaram as visitas, a quem se deve o êxito obtido.

A seguir foram expostas, em nome do Curso, que a isso tinha sido solicitado, como no ano anterior, algumas sugestões para beneficiamento das condições de acção dos subdelegados de Saúde. Leu-as o subdelegado de S. Pedro do Sul, por eles escolhido, Dr. Luís Roque Machado, depois de, em nome de todos, ter manifestado o seu reconhecimento pelos valiosos ensinamentos recebidos em tão breve espaço de tempo e posto em evidência o valor dos funcionários da Saúde Pública e a boa harmonia em que vivem com as outras personalidades que têm estudado os diversos problemas com a mesma relacionados.

As sugestões foram as seguintes (3):

«1.ª — Que seja criada aos subdelegados de saúde uma situação de independência relativamente às Câmaras Municipais, o que traria sem dúvida, além do maior prestígio da função, melhores condições de trabalho sanitário.

2.ª — Que seja tomado na devida conta o factor económico, pelo que diz respeito aos subdelegados de saúde, actualmente remunerados como os contínuos das Câmaras.

3.ª — Que fossem sempre consultados, a tempo e horas, com plantas à vista, sobre as condições de higiene a que devem obedecer as construções, e não, como tantas vezes sucede, depois de já terminadas,

---

(3) Ver as sugestões apresentadas pelo Curso de 1947 no Boletim do Instituto Ricardo Jorge — pág. 232 do n.º 7.

sendo impossível então corrigir o mal feito sem levantar atritos incomportáveis, sobretudo de carácter económico.

4.ª — Que lhes seja fornecida, tal como a outros funcionários do Estado, uma ajuda de custo para o transporte, nos casos de serviço nas freguesias, para verificação do estado de doença de funcionários públicos, pois não é raro viverem estes a alguns quilómetros de distância da sede das subdelegações.

5.ª — Que nos principais centros de população rurais sejam estabelecidas cada vez mais fontes de água potável, defendendo as suas circunvizinhanças por meio de vedações eficazes, a fim de evitar as infiltrações de estrumeiras ou estábulos.

6.ª — Que sejam corrigidas, ou melhor, protegidas, por meio de cúpulas abertas sobre os poços e a água destes aspirada por meio de bombas, acabando-se por terminar com as vergonhosas fontes de mergulho.

7.ª — Que seja criado um regulamento com as disposições gerais de ordem sanitária a aplicar igualmente em todo o país, suficientemente maleável para se poderem adaptar-lhe todas as alterações que digam respeito a cada um dos concelhos.

8.ª — Que o subdelegado de Saúde faça parte do Conselho Municipal apenas com carácter consultivo e informativo.»

Encerrou a sessão o Sr. Subsecretário de Estado da Assistência, depois de fazer considerações oportunas e judiciosas sobre as sugestões apresentadas, pondo em foco o que o Estado tem realizado nos últimos vinte anos em todos os campos da defesa da Saúde Pública em relação ao que se fizera anteriormente, prometendo tomá-las na consideração que merecem e incitando todos os presentes a trabalharem, aproveitando a sua competência técnica e prestígio, de modo a merecerem sempre os maiores louvores e agradecimentos.

*
* *

Tal como os dos anos anteriores, muitos ensinamentos pudemos receber durante o 4.º Curso de aperfeiçoamento.

Uma das vantagens dos Cursos desta natureza é a resultante do convívio de sanitaristas dispersos, mal apreciados em geral como tal nas terras onde vivem, onde por via de regra só se vê no médico o clínico. Desse convívio resultam trocas de impressões, sugestões e estí-

mulos mútuos, independentemente dos recebidos nas lições e visitas, todos contribuindo para a criação dum espírito sanitário entre os diversos funcionários da Saúde Pública, criando-lhes fé no próprio esforço e confiança no dos colegas, combatendo o cepticismo que a cada passo torna estéreis os esforços dos que querem trabalhar apesar da hostilidade do meio.

Não deixaram de ser ouvidas as opiniões de todos sobre o que lhes parece mais útil nos cursos e no modo de aperfeiçoar estes para lhes dar a máxima eficácia no mínimo de tempo e sem fadiga escusada. Mais duma sugestão útil foi por eles dada nesse sentido.

Como nota bem clara do espírito incutido durante o Curso, não só pelos que o regeram, mas também pelos colegas que com ele conviveram durante o mesmo, registaremos algumas palavras duma carta que um dos que tomaram parte neste nos dirigiu, cheia de sinceridade e rude franqueza.

«. . . Apenas há três dias na sede do meu concelho, consegui em 72 horas de actividade profissional o que durante oito meses considerei quase impossível. Verifiquei assim que os ensinamentos recebidos (no Curso de Aperfeiçoamento) eram produtivos e que Taylor tinha razão na escolha das qualidades ideais para um homem de acção. Sei hoje por experiência própria que o tacto *é uma grande alavanca* nas mãos dum Subdelegado de Saúde!. . . O que obtive com ele permite-me confiar no futuro para o bom desempenho da missão que me incumbe e anima-me a continuar, guiado sempre, arrimado constantemente aos vossos bons ensinamentos.

Hoje posso afirmar sem receio de desmentido que os 30 dias passados no Instituto tiveram em mim um efeito tonificante. Sinto-me mais consciente do meu lugar, da minha responsabilidade, das minhas obrigações e da minha posição.

Este exame de consciência, feito quase involuntàriamente no meu espírito, deu-me tanto prazer que não receei em lho comunicar, certo que com isso lhe darei grande satisfação.

No decorrer das lições do curso e principalmente durante as sessões de estudo, tantas vezes eu perguntei a mim próprio para que serviria tanta conversa, uma vez que na prática as peias burocráticas ou a força das circunstâncias inutilizaria todos os ensinamentos e esforços de V.V.

Penitencio-me contrito, por ver que afinal muito de proveitoso foi todo esse tempo que me fizeram passar sentado nas incómodas cadeiras da aula (vão todas ser em breve substituídas).

Confiança em mim próprio, calma, vontade de trabalhar, dignidade profissional, eis o que neste momento sinto, em contraste com a descrença e desorientação que levei para Lisboa.

Soam ainda aos meus ouvidos as vossas palavras de despedida: «Fale pouco, trabalhe, não descreia, porque tem uma grande responsabilidade sobre os ombros, e apareça, que esta casa está às suas ordens.»

O futuro dirá como cumprirei e se aceitarei a vossa sugestão.

Entretanto permito-me pedir-lhe um favor — acredite na enorme sinceridade desta carta, que outro fim não tem senão mostrar-lhe que as suas palavras não foram em vão, que já estão dando frutos, e que o vosso juízo sobre a minha pessoa está certo: *Sou capaz de fazer, embora o não tenha mostrado . . .*»

Outras cartas e apreciações confirmam a opinião exposta por este subdelegado, numa carta que tanto o honra.

*
* *

À semelhança dos cursos anteriores, deixaram os subdelegados, que tomaram parte neste, 1.000 escudos destinados ao futuro busto do Prof. Ricardo Jorge.

*
* *

Reuniram-se todos num jantar de confraternização durante o qual foram postos em destaque o valor das lições proferidas e dos ensinamentos colhidos, bem como a competência e dedicação ao trabalho dos funcionários da Saúde Pública, que tantos desconheciam e que raras pessoas conhecem.

Não faltou durante o jantar, como durante as visitas e excursão, a nota artística e cultural, revelada em leitura de trechos literários, de epigramas e perfis em verso, em que se distinguiram os Drs. Reis e Mata, Leite Brandão e Carmo e Cunha, o que contribuiu para tirar o aspecto de «trabalho forçado» aos esforços por vezes fatigantes do Curso, amenizando-os, sem prejuízo da seriedade dos estudos e da atenção com que foram seguidos.

F. S. C.

Obras entradas na biblioteca do Instituto em 1948

Livros e revistas comprados

Affecciones sifilíticas y sifiliformes de la boca — Zinsser
Novos aspectos na serologia da febre tifóide — Henrique de Oliveira
Ingeniería sanitaria urbanista — José Paz Maroto
Le problème biologique du cancer — Jacques Delarue
A caridade em Lisboa — 2 vols. — Teixeira de Queiroz
Tratado práctico de microparasitología y serología — Gotschlich e Schürmann
Tratamientos dietéticos modernos — R. Franck
L'Hématologie — Émile Weil
Sintra e seu termo — José de Oliveira Boléo
Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira — Vols. 1 a 17.
Traité de Climatologie Biologique et Médicale — 3 vols. — Piéry
Minerals in nutrition — Zolton Wirtschafter
Photochemical processes — George Kistiakowsky
Proteins, amino acids and peptides as ions and dipolar ions — E. Cohn e J. Edsall
The constituents of wheat and wheat products — C. H. Bailey
Outlines of food technology — Harry W. von Loesecke
Critical studies in the legal chemistry of foods — R. O. Brooks
The eletron microscope — E. Burton e W. Kohl
L'Hopital Français — Henri Thoillier
Manteigas e queijos — João da Motta Prego
La formation des assistantes sociales — Apolline de Gourlet
Précis de législation d'assistance médico-sociale — M.me Bonnet e J. Dicharry
Les prestations familiales — M.me Bonnet e J. Dicharry
Théorie analytique des associations biologiques — Alfred Lotka
Recherches sur la croissance des cultures bactériennes — Jacques Monod
Historia de la tuberculosis — J. y A. Oriol Auguera
Analisis de alimentos — Andrew Winton e Kate Barber Winton
Luta antivenérea — Cesar Anjo (Filho)
História da Medicina Portuguesa — M. Ferreira de Mira
Elementos de estatistica geral — Milton da Silva Rodrigues
Food products — Saul Blwmenthal
Food values in shares and weights — Clara Mac Taylor
Scarlet fever — George Dick
Year book of dermatology and syphilology — Marion Sulzberger e R. Baer
Cours de démographie et de statistique sanitaire — 6 vols. — Michel Huber
Dicionário Português-Francês — E. Pinheiro e A. Dória
De la fièvre jaune observée aux Antilles et sur les vaisseaux du roi — P. Kéraudren
Febre tifóide ou influença — Arthur de Figueirôa Rego
Febre typhoide do cavallo — M. S. Sequeira
Fossas mouras — Carlos Bandeira de Melo
De l'embaumement — J. P. Sucquet
Filippo Terzi — 1577-97
Dairy Bacteriology — Bernard Hammer

Edificações urbanas. Urbanização — Bernardo Ferrão
Damião, o Leproso — John Farrow
Estadística — Sigmund Schott
A college textbook of hygiene — Dean Smiley e Adrian Gordon Gould
Principles of medical statistics — A. Bradford Hill
Guide pratique pour l'analyse des urines — Ronchèse
Bergey's manual of determinative bacteriology — Robert Breed e E. Parker Hitechens
Clinical practice in infectious diseases — E. Scarries e M. Mitman
Métodos de análisis químico-industrial — Berl, Lunge e D'Ans
O acto colonial — Constituição Política da República Portuguesa
Dicionário Portuguez-Inglez — Michaelis
Tratado de biotipologia humana — Nicola Pende
L'infirmière hospitalière — Guide théorique et pratique
Patología y clínica de la endocarditis maligna lenta — P. Pons, Gibert-Queraltó, Farreras e Ciscar
Handbook of practical bacteriology — T. Mackie e J. McCartuey
Química organica — Fieser y Mary Fieser
El primer viage de Cristóbal Colón — Julio Guillén
La Trajectoria Hospitalaria de la Armada Española — Salvador Clavijo y Clavijo
Tragedia del Insigne Condestable Don Pedro de Portugal — J. Martinez Ferrando
Estudios de Edad Media de la Corona de Aragón — Publicaciones de la Escuela de Estudios Medievales
La antropología y la medicina pastoral de San Gregorio de Nisa — J. Janini Cuesta
Dicionário Corográfico de Portugal Contemporâneo — A. Sampaio de Andrade
La industria frigorífica — Fred Luba
Les avitaminoses — Justin-Besançon e H. Pierre Klotz
A penicilina e suas aplicações práticas — A. Fleming
La dénutrition — M. Lamy, M. Lamotte e Lamotte-Barrillon
Rhumatisme articulaire aigu (Maladie de Bouillaud) — R. Lutembacher
Statistics in theory and practice — L. R. Connor
Casa-Grande e Senzala — 2 vols. — Gilberto Freyre
Introdução à antropologia brasileira — Arthur Ramos
O laboratório privativo do médico prático — Clímaco Baptista
Actas do III Congresso Internacional dos Médicos Católicos em Lisboa (Portugal)
Manual de micología clínica — Conant, Martin e outros
Organic reagents — John Flagg
Vocabulário ortográfico resumido da língua portuguesa — Aprovado pela Conferência de 1945
The control of communicable diseases — published by «The American Public Health Association»
Clínica de la penicilina y outros agentes antibióticos — Herrel
Bacteriology laboratory directions for pharmacy students — Novak e Meyer
Allen's commercial organic analysis — 6 vols.
Éléments de géologie — P. Fourmarier
Notions de géologie — F. Faideau e Aug. Robin
Géologie. Botanique — E. Brucker

Métodos estatísticos — George Snedecor
The murine type of tubercule bacillus — A. Q. Wells
Clinical laboratory methods and diagnosis — 3 vols. — Gradwohl
Traité d'entomologie médicale et vétérinaire — Neveu-Lemaire
The specificity of serological reactions — Karl Landsteiner
Standard methods for the examination of water and sewage — ninth edition
Handbook of communicable diseases — F. Top
Water bacteriology — Prescott, Winslow e Mc Crady
Immunology — Noble Sherwood
Anuário médico de Portugal (continental, insular e colonial) — 1948
À cabeceira dos que sofrem — Rev.da Madre Catarina de Jesus Cristo
Histoire illustrée de la médecine — René Dumesnil
Hagamos del bibliotecario un profisional — Alfredo Consóle
Fundatión y organización de bibliotecas — Alfredo Consóle
Cadernos do povo — Edições S. N. I.
Scott's standard methods of chemical analysis — edited by Furman
Geografia de Portugal — A. de Amorim Girão
L'air confiné — M. Istin
Théorie et technique de la publicité — C. R. Haas
Principles and practice of bacteriology — Bryan
Leçons de toxicologie — Alcaloides (1.ª e 2.ª parte) — René Fabre
Leçons de toxicologie — Toxiques minéraux (3.ª parte) — idem
Noções de enfermagem — J. de Sousa Baptista
A vida psíquica dos tuberculosos — Henrique Gregório Pereira
Plus d'enfants dégénérés — D'Heucqueville
La salud del niño — Vander
Soins a donner aux enfants — Aviragnet et Peignaux
Mil ideas para las madres — Helen Millar
Our american babies — D. Whipple
Nursing and nursing education — Agnes Gelinas
La ponction de la rate — Weil, Isch-Wall e Suzanne Perlès
Principios de higiene general y generalidades de higiene bucal — Ismael Clark
Le venin des araignées — J. Vellard
Hipermicroscopio — A. Bravo Rey
Beriberi — Decio Parreiras
Curso de lucha antivenerea — Primitivo de la Quintana
La psicosis pelagrosa — Bartolomé Llopis
Paludismo — Pittaluga e Colaboradores
Virus diseases of man — Rooyen and Rhodes
Subsídios para a Bibliografia da História Local Portuguesa — ed. Biblioteca Nacional
Traité de Pharmacie Chimique — P. Lebeau et G. Courtois
Industria lechera y de quesos moderna — Julio Barbier
Laboratory exercices and self-study outlines in general bacteriology — Nelson
Laboratory manual of general bacteriology — George Peltier e K. Lewis
Mathematics in bacteriology — Otto Rahn
Laboratory manual for medical bacteriology — J. Slach and Millard Gunderson
Experiments in bacterial physiology — P. Wilson and S. Knight

Intimate bacteriology — Casper Nelson
Laboratory experiments in food bacteriology — F. W. Fabian
Experiments in general bacteriology — Sarles, Wilson, Foster and Frazier
Laboratory exercices in general bacteriology — Herbert Batson
Laboratory experiments in dairy bacteriology — F. W. Fabian
Dairy bacteriology and public health — C. Bryan
Microbiology of water and sewage — P. Gainey
Methods of insect control — (1.ª e 2.ª parte) — Dwight Isely
An illustrated laboratory manual of parasitology — Raymond Cable
Laboratory manual of parasitology — James Ackert
Scientia — Anos de 1943, 1944, 1945, 1946 e 1947
Laboratory manual of physiological bacteriology — F. W. Fabian
Introduction to the study of animal parasites and parasitism — W. Biley
Calcul statistique pour débutants — E. Chambers
Historia de la psicologia medica — Gregory Zilboorg e George Henry.
La responsabilidad profesional del medico — E. Benzo Cano
Victories of army medicine — E. Erskine Hume
Déontologie médicale — F. Héger-Gilbert
Estadistica general aplicada — F. Croxton y Cowden
Quelque grandes figures de la chirurgie et de la médecine militaire — Blaessinger
Nos grands médecins d'aujourd'hui — Horace Bianchon
Deontologia médica — Duarte Santos
Formas anatomoclínicas, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar — M. Tapia
Arthritis and allied conditions — Bernard Comroe
Maladies professionnelles (Silicose) — M. Duvoir et E. Malespine
Por que se enloquece la gente — Isidro Mas de Ayala
Textbook of the rheumatic diseases — W. Copeman
Social service in the clinic for veneral diseases — Dorothy Manchée
Social service in general hospital — Edw. Hopkins
La responsabilité médicale — Louis Kornprobst
La formation des habitudes — Paul Guillaume
No signo de Hipocrates — Barahona Fernandes
Faut'il fonctionnariser la médecine? — Jean Ramier
Agents pathogènes du climat — L. M. Charles
Memorias historico-estatisticas — P. de Brito Aranha
Hygiène des institutions de plein air — H. Cambessédès et J. Boyer
Traité de neuro-endocrinologie — G. Roussy et M. Mosinger
Précis de physiologie pathologique — Louis Heilmeyer
Énergamétrie — Gabriel Bidou
Traité élémentaire de physiologie — E. Gley
Physiologie du travail humain — Georges Morin
Reumatismo — Anibal Ruiz Moreno
Hygiène alimentaire moderne — Sandoz
Textbook for almoners — Dorothy Manchée
Fisiologia química — Emilio Lehnartz
Éléments de médecine aéronautique — R. Grandpierre
Syphilis — Henri Mathias

A moral nas suas relações com a medicina e a higiene — G. Surbled
Le livre de l'infirmière — Chaptal
Manual de antropologia — José Pérez de Barradas
Traitement de la paralysie infantile — M. Boppe
Higiene individual — M. Ferreira de Mira
Le cancer. Études biologiques médico-chirurgicales et sociales (1918-1943)
Parálisis infantil — Philip Lewin
As vitaminas e seu emprego terapêutico — Stepp, Kühnau e Schroeder
Physical diagnosis — Cabot and Adams
Manuel pratique de l'infirmière soignante — M. L. Nappée
A população portuguesa — Luís Schwalbach
Histoire de l'urbanisme — Pierre Lavedan
Le livre des plantes médicinales et vénéneuses de France — P. Fournier
Global epidemiology — James Simmons e Colaboradores
A fadiga intelectual e física — A. Mosso
Recent advances in public health — J. Burn
La psychologie du travail — Léon Walther
Élements de psychologie — Gustave Morf
The anatomy of the village — Thomas Sharp
Studies on immunisation — Almroth Wright
Enfermedades del metabolismo — Garfield Duncan
Pratique médicale scolaire — R. Liège
Cancérologie. Étiologie-Pathogénie — Joseph Leriche
Tifus exantemático — F. Fonseca e Fr. Wohlwill
Le diagnostic de la paralysie infantile — Stéphane Thieffry
Guide professionnel du médecin — Pr. J. Vanverts
The story of dentistry — Bremner
Practical nursing — Gordon Pugh
Aménagement des services médico-sociaux d'entreprises — Fondation française pour l'étude des problèmes humains
Éléments de puériculture de pathologie et d'obstétrique — J. Bray
La santé et la maladie au foyer — Gaston Lyon
Manuel de pathologie exotique — C. Mathis e R. Pons
Traité des maladies professionnelles — J. Rieux et J. Bouillot
La médecine chez les peuples primitifs — Stéphen-Chauvet
Les troubles auto-et hétéro-toxiques — J. Trabaud et J.-R. Trabaud
Fats and oils — Kirschenbauer
L'alimentation humaine — Raymond Salanne
O trabalho e a alimentação — Ferreira de Mira
Insect pests of stored grain and grain products — Richard Cotton
La fabrication industrielle des pâtes alimentaires — Renaudin
Synthetic food adjuncts — Morris Jacobs
Le préventorium — Pierre H. Anglade
Le graphique Gantt — Wallace Clark
Nous, les . . . cobayes — Paul Chavanon
Provvista e distribuzione di acqua potabile — Claudio Mistrangelo
Tablas para la determinacion del peso, la superficie corporal y el consumo calorico correspondiente — Publicaciones del Instituto Nacional de la Nutrición

Tablas del valor vitaminico de productos vegetales comestibles — idem
Tablas de la composicion quimica de los alimentos — idem
El peso y la talla del recien nacido — idem
La alimentación de la gravida y de la madre que cria — idem
La alimentación del niño en la primera infancia — idem
Valor alimentario de los diversos aceites empleados en la alimentación humana — Pedro Escudero e Boris Rothman — idem
El cuidado y mejoramiento de la salud en la población sana del pais — Pedro Escudero — idem
Los requerimentos alimentarios del hombre sano y normal y las encuestas de alimentación — Pedro Escudero — idem
La médecine préventive universitaire en France — Laurent
O enquadramento geo-económico da população portuguesa através dos séculos — E. de Campos
Historia dos estabelecimentos scientificos litterarios e artisticos de Portugal — (18 vols.) — José Silvestre Ribeiro
O Instituto — revista científica e literária (54 vols.)
Comparative morphology of fungi — Gaümann
Barème des accidents du travail et des maladies professionnelles — Mayet
Anuario estadistico de España — 1942
Hygiène des rues — A. Yvert
O perigo da syphilis — Silvio Rebello
Plano geral de defesa sanitária permanente — A. Jorge Freire
Hygiene e medicina popular — Guilherme Centazzi
Hygiene bucco-dentaria nas escolas — Gastão Quartin Graça
Serviço de Saúde Municipal — Câmara Municipal de Lisboa — Relatório elaborado pelo chefe do serviço C. Gomes da Silva
Parecer e memória sobre um projecto de estadistica — Antonio d'Oliveira Marreca
Brasil 1943-1944 — *Recursos. Possibilidades*
O plano de urbanização de Setúbal — Carlos Manitto Torres
Grandes vultos do Brasil independente — organizado por Américo Palha
Geografia humana no Brasil — Pierre Deffontaines
História do Brasil — Rocha Pombo
Medicina no Brasil — organizado por Leonídio Ribeiro
Comissão Brasileira dos Centenários de Portugal — Catálogo descritivo e comentado
Expedição científica à Serra da Estrella em 1881 — 6 relatórios e um apenso
Méthodes statistiques en médecine et en biologie — Tisserand, Morice e Reboul
O visitador do pobre — Conceição Arenal
Précis d'Hygiène — J. Boyer
Colorimetric methods of analysis — Foster Snell e Cordelia Snell
Viral and rickettsial infections of man — edited by Thomas M. Rivers
Enfermagem — Alberto Costa — 2 vols.
Principes de géographie humaine — P. Vidal de la Blache
Tratado de nutrição — Dante Costa
Ensino médico e medicina social — Clementino Fraga
Alimentação — Seabra Veloso
Métodos oficiais para análise das gorduras alimentares — edição de 1948

A luta contra os estupefacientes [1]

(Aspectos médico-sociais)

INTRODUÇÃO

No Oriente, é velho o hábito de fumar ópio. E a sua difusão é tão grande que, para a China, se costuma dizer que o jogo e o fumo do ópio fazem parte da índole do chinês.

Do hábito moderado se passa ao hábito imoderado e este traz consigo uma série de perturbações mórbidas tão graves que inutilizam ou reduzem a capacidade de trabalho dos que se entregam a esse vício. Isto levou os governos a incluirem o problema do uso inveterado do ópio na agenda dos assuntos internacionais.

Assim nasceu a Conferência internacional de Xangai, de 1909. Entretanto, ao vício do fumo do ópio veio ajuntar-se o do uso dos seus alcaloides, nomeadamente da morfina, primeiro *per os* e depois por via parenteral, consequência lógica da vulgarização da injecção hipodérmica. Associaram-se-lhe mais tarde duas outras questões:

o hábito de mascar as folhas de coca, entre os indígenas da América do Sul, e o uso do seu alcaloide — a cocaína;

o hábito de fumar ou mastigar os preparados de cânhamo indiano.

---

(1) Lição proferida no II Curso de Aperfeiçoamento Médico-sanitário, organizado pelo Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, pelo Ex.mo Sr. Professor Ernesto de Morais, a quem o autor, que no dia marcado não poude ir ao Porto, manifesta pùblicamente o seu reconhecimento por semelhante gentileza.

Além destes grupos de drogas heroicas, a indústria química lançou no mercado uma série de produtos sintéticos que, com os alcaloides do ópio e da coca, vieram a constituir o grupo das chamadas drogas brancas. Umas e outras são hoje conhecidas por *narcotic drugs* ou *dangerous drugs*, em inglês, e *stupéfiants*, em francês.

Em língua portuguesa se lhes chama estupefacientes, em Portugal, e drogas entorpecentes, no Brasil. Estupefacientes são então as drogas, alcaloides e outras substâncias tóxicas que dão euforia e produzem geralmente habituação, com fenómenos de abstinência, quando se suprime o seu uso. Os seus perniciosos efeitos são hoje bem conhecidos, assumindo o problema uma gravidade e acuidade nunca vistas. Oferece ele variadíssimos aspectos Ao médico interessam especialmente o aspecto clínico e científico, pois é preciso tratar dos doentes e descobrir narcóticos que não produzam toxicomania, e o aspecto social, pois o vício conduz à dôr, ao sofrimento e à ruína física, além de levar o indivíduo à degradação social.

Chamar a atenção dos médicos portugueses para este problema de higiene social, é o fim desta palestra.

Vai ser uma exposição árida, pela matéria em si e pelo amontoado de factos e números que é preciso referir.

Se não contássemos, de-antemão, com a benevolência dos colegas, não nos teríamos abalançado a fazê-la. Consta ela dos seguintes capítulos:

I — Os estutefacientes.
II — Toxicomania e toxicómanos.
III — Acordos e Convenções internacionais.
IV — Tráfico ilícito e traficantes.
V — Contribuição portuguesa na luta contra os estupefacientes.

I — Os estupefacientes

Ópio

No comércio se distinguem três formas — o ópio bruto, o ópio preparado e o ópio medicinal.

Por *ópio bruto* se entende o suco obtido das cápsulas das papoulas do *Papaver somniferum L.*

Obtem-se do seguinte modo:

Alguns dias depois da queda das pétalas, pela tarde ou ao pôr do sol, fazem-se incisões transversais ou em espiral, na cápsula verde, com faca própria. O suco branco, leitoso, que goteja, endurece durante a noite e toma cor escura. Pela manhã, este suco é raspado e aglomerado em forma de pequenos pães.

Por sua vez, os comerciantes da especialidade malaxam-no, transformam-no em pães mais volumosos, embrulhados nas folhas da própria planta e rolados sobre frutos de *Rumex*, com o fim de impedir a aderência dos pães entre si e evitar o desenvolvimento de bolôres.

Por *ópio preparado* se entende o produto obtido do ópio bruto por uma série de manipulações, em particular a dissolução, ebulição, passagem por grelhas e fermentação. É um líquido viscoso, de cor escura e consistência variável. É este extracto que se fuma (opiomania) nos países orientais, nomeadamente na China. Mas também se mastiga e ingere (opiofagia) em certas regiões, como na Pérsia e na Turquia. O resíduo dos cachimbos em que se fuma este ópio preparado denomina-se *dross* e é igualmente perigoso, pois contém ainda morfina. O vício do fumo do ópio constitue um problema social de gravidade no Extremo-Oriente, que tem dado origem a inquéritos e estudos por parte da antiga Sociedade das Nações e da Repartição Internacional do Trabalho. (1)

Por *ópio medicinal* se entende o ópio que passou pelas preparações necessárias, para a sua adaptação ao uso médico, quer em pó ou grânulos ou de outra forma, quer misturado com outras matérias ou excipientes, segundo as exigências farma-

---

(1) L'OPIUM ET LES TRAVAILLEURS — *Bureau International du Travail* — Genève — 1935.

cêuticas. Provém sempre do ópio bruto, escolhendo-se o de melhor origem.

A nossa antiga farmacopeia especificava o ópio de Smyrna.

Com efeito, na Ásia menor se costumava enviar os pães de ópio para os mercados de Smyrna e de Constantinopla.

No primeiro, uma fiscalização especial exercida por peritos ajuramentados soube manter contìnuamente a confiança no produto, vigilância que não existia ou não era eficiente no mercado de Constantinopla. Hoje, com os métodos de «contrôle» laboratorial, aceita-se o ópio de várias origens, de modo que a actual farmacopeia portuguesa — IV, 2ª edição revista — exige apenas que ele seja proveniente da Ásia menor.

Deve conter, no mínimo, 10 por cento de morfina anidra. Com ele se preparam os diversos preparados galénicos inscritos nas farmacopeias — extractos, tinturas, pílulas, etc. O ópio entrou sempre na composição dos mais afamados remédios de todos os tempos; nas teriagas, no laudano de SYDENHAM, no laudano de ROUSSEAU, nas gotas negras inglesas, no elixir paregórico, nos pós de Dower, nas pílulas de cinoglossa etc.

A planta que o produz — a dormideira — era conhecida como perigosa, mesmo mortal, mas era venerada, pois as suas mezinhas acalmavam a dor e conciliavam o sono.

Aparece na matéria médica de Dioscórides. Com as suas cápsulas se preparava o xarope diacódio.

A introdução da teriaga de Andrómaco no Ocidente, data, segundo SPRENGEL, do tempo dos cruzados; eram os judeus que a vendiam, de mistura com outros artigos.

Depois das descobertas, o ópio é um dos produtos do nosso comércio de drogas e especiarias; o ópio de *Adem* e o ópio de *Cambaia* fazem parte da tabela de artigos de Duarte Barbosa. (1) Então, como antes, como depois, o ópio era o

---

(1) Drogas e Especiarias da Antiga Índia, de que se fazia comércio por mar e por terra para a Europa na primeira metade do século XVI; e seus preços em Calicut e em todo o Malabar pelos anos de 1520; conforme o livro de Duarte Barbosa, *in História da Farmácia Portuguesa* — 3.ª memória. PEDRO JOSÉ DA SILVA — 1868.

remédio mágico que aliviava a dor. Lá dizia MOLIÈRE, em *Le malade imaginaire:*

Mihi a docto doctore
Demandatur causam et rationem quare
Opium facit dormire?

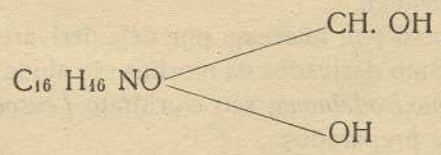
Sob o ponto de vista químico, o ópio é um produto complexo, com mais de duas dezenas de alcaloides, que se podem dividir em dois grupos: o primeiro, constituído por bases fortes, muito tóxicas, tais como a morfina, a codeína, a tebaína, a codamina, a laudanina e a laudanidina; o segundo, constituído por bases fracas, contando-se entre elas a papaverina, a meconidina, a narcotina e a narceina.

Só nos interessam, no campo da nossa palestra, os alcaloides do primeiro grupo, e especificadamente a morfina, a codeína e a tebaína. Quìmicamente, são derivados da fenantrena.

A *morfina*, que é o principal alcaloide do ópio, bem como os seus sais e os seus preparados farmacêuticos figuram à cabeça do rol dos estupefacientes.

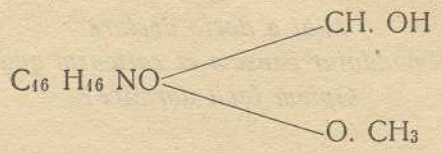
A *codeína* está sujeita a certa fiscalização internacional, mas apenas o seu comércio por grosso, dado que é fácil transformá-la noutros produtos tóxicos — no *dicodide*, por exemplo. Na verdade, a habituação do doente à codeína, com fenómenos de abstinência se ela se suprime, é rara e só se dá com elevadas e prolongadas doses, estando ainda por explicar satisfatòriamente as modificações sofridas pela sua molécula no organismo. A acção relativamente pouco tóxica da codeína carece da seguinte explicação:

Na fórmula da morfina, há uma função *fenol* e uma função *álcool*.



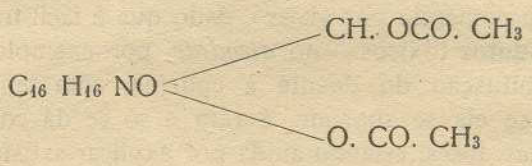
Da combinação de cada um destes oxídrilos resultam compostos de propriedades fisiológicas diferentes. Se a morfina pela sua função fenólica se combina com um álcool, com perda de

uma molécula de água, temos um éter-óxido. Com o álcool metílico, obteremos a metilo-morfina ou *codeína*



Estes éteres-óxidos, e alguns dos seus seus derivados, como a *paracodina*, são pouco tóxicos e de acção narcótica diminuída. Em todo o caso, a sua toxicidade aumenta nos produtos dos álcoois de peso molecular superior. É o caso da etilo-morfina ou *dionina* e da *benzilomorfina* que são seus homólogos superiores.

Ao contrário, os esteres da morfina, que resultam da esterificação das funções alcoólica e fenólica por radicais ácidos, são bastante mais tóxicos e provocam fàcilmente habituação. O produto obtido pela substituição dos átomos de hidrogénio dos oxídrilos por radicais acetílicos, denominado diacetilomorfina ou *heroína* é muito tóxico. Corresponde à fórmula:



A *benzoilmorfina* e os outros esteres da morfina são igualmente dotados de elevada toxicidade.

O produto conhecido pelo nome de *pantopon* é o conjunto dos alcaloides do ópio, sob a forma de cloretos, na proporção em que nele existem.

A *tebaína* só tem interesse por dela derivarem tóxicos como o *acedicone*. Como derivados da morfina são ainda estupefacientes:

A *dihidrooxicodeínona*, seu cloridrato *(eucodal)*, outros sais e todos os seus preparados.

A *dihidrocodeínona*, seu bitartarato *(dicodide)*, outros sais e todos os seus preparados.

A *dihidromorfina*, de que o *paramorfan* é o nome registado de um sal, outros sais e todos os seus preparados.

A *N-oximorfina*, de que a genomorfina é um nome registado, os compostos N-oximorfínicos, bem como os outros compostos morfínicos com azoto pentavalente.

Narcóticos de síntese:

Entre os derivados da morfina, no sentido teórico, isto é científico, e no sentido técnico, isto é industrial, há produtos que se obtém por síntese. Mas queremos apenas citar, neste capítulo, alguns produtos modernos, que a indústria começa por apresentar como narcóticos que não produzem toxicomania, mas que a breve trecho os médicos e os cientistas têm de denunciar como tal. Fazem já hoje parte da lista oficial de estupefacientes: a *desomorfina* e os seus preparados, entre eles o *permónide;* as especialidades farmacêuticas *dolantina*, *demerol* e *petidina*. Vão em breve acompanhá-los a *amídone* ou metadone e o cloridrato de metopon.

A dolantina trouxe consigo a pretensão de não provocar hábito nem apetência. Afinal, com ela, como já sucedera com alguns substitutos da morfina, veio mais uma desilusão para os médicos que se fiaram nos reclames das fábricas de narcóticos.

Entre nós se deram alguns casos de dolantinomania.

Numa comunicação à Sociedade de Ciências Médicas, em Julho de 1944, o Professor de Psiquiatria Dr. Barahona Fernandes, Subdirector do Hospital Dr. Júlio de Matos, e o Dr. Pedro Polónio, seu colaborador, relataram seis casos da sua prática hospitalar e privada, um deles mortal. Dois dos doentes eram médicos.

Depois desta comunicação se tornou entre nós o uso da dolantina dependente de receita médica. Mais tarde, foi o produto incluído na lista oficial de estupefacientes.

Folhas de coca

Por folhas de coca se entendem as folhas das plantas *Erythroxylon coca* (LAMARCK), da *Erythroxylon novo-granatense* (MORRIS), e as suas variedades, da família das Eritroxiláceas, e as folhas das outras espécies deste género de que se pode extrair a cocaína directamente ou por acção química.

São plantas indígenas do Perú, cultivando-se em larga escala na América do Sul.

Por *cocaína* se entende o éter metílico da benzoilecgonina levógira, que tem por fórmula C_{17} H_{21} NO_4. Estão também incluídos na lista de estupefacientes os seus preparados oficinais e não oficinais.

Exerce-se ainda fiscalização internacional sobre a cocaína bruta e a ecgonina e os seus derivados, pois podem servir industrialmente para a preparação da cocaína medicinal.

Cânhamo indiano

As drogas que têm por base o cânhamo indiano — *Cannabis sativa L.* — constituem diversos preparados, que se fumam ou se ingerem.

A planta cultiva-se na Europa, para obter fibras destinadas ao fabrico de cordas e tecidos, mas o clima modifica as suas propriedades, a ponto de LAMARK ter admitido a variedade índica.

Nos seus Colóquios, o nosso Garcia d'Orta assim o julgou também (1).

A maior parte dos produtos são preparados da resina, que se extrai das sumidades floridas ou frutificadas do pé fêmea da planta.

Distinguem-se as seguintes variedades:

O *charas* — substância esverdeada, que se produz nas províncias indianas vizinhas do Himalaia; fuma-se em cachimbos, mas também se come, quando misturado com especiarias;

O *chira* — nome dado nos Balcans e na África do Norte a substância semelhante, que outrora se produzia na Grécia;

O *hachich*, pó resinoso, comprimido em pequenas bolachas, que se fuma, principalmente no Egipto, mas se associa ao mel e às especiarias, para comer;

O *manzoul*, que é uma mistura de *hachich* com chocolate e especiarias, para comer;

---

(1) *Colóquios dos Simples e Drogas* — GARCIA D'ORTA, edição de 1891, anotada pelo Conde de Ficalho.

O *madjoun* dos árabes, o *esrar* dos turcos, e o *ganja* dos índios são preparados semelhantes.

O *tackrouri* dos tunísios e o *kif* dos marroquinos provêm também das sumidades floridas e destinam-se a ser fumados.

Das folhas se fazem preparados mais fracos em resina, como o *bhang*, que se come e se bebe, mas nunca se fuma.

Ao clínico interessa ainda saber que os preparados farmacêuticos que tenham por base o extracto ou tintura de cânhamo índiano, com excepção dos destinados a uso externo, estão sujeitos aos regulamentos dos estupefacientes.

II — Toxicomania e toxicómanos

Os estupefacientes são tóxicos que dão euforia e provocam habituação, com fenómenos de abstinência se se suprime o seu uso.

O indivíduo que se habitua a um tóxico-estupefaciente cria apetência para esse tóxico, tem necessidade de aumentar pouco a pouco a sua dose, para dele obter o mesmo efeito.

O indivíduo é um toxicómano. Há outros tóxicos, como o álcool, que dão intoxicações crónicas com habituação, mas o alcoolismo não deve equiparar-se, por exemplo, ao morfinismo. Ao contrário do que sucede com os alcoólicos, nos morfinómanos, se se suprime a morfina, surgem graves sintomas objectivos de abstinência.

No morfinómano, a vida do indivíduo fica dependente do tóxico.

Diz o Professor Shneider:

«É evidente que há toxicomanias de todos os graus, até mesmo nos limites da considerada normalidade.

Os sintomas subjectivos, a impaciência, o mal-estar, a agitação, a apetência, devem ser considerados como menos graves do que os sintomas objectivos de abstinência, tais como aqueles que se observam nos morfinómanos». (1)

Vejamos alguns aspectos da toxicomania, em relação com o estupefaciente usado.

---

(1) *Lições de psiquiatria para médicos* — Prof. Dr. Kurt Schneider, tradução do Dr. Fernando Ferreira — pg. 110.

Ópio

O fumo do ópio, quando usado com moderação, parece não afectar grandemente a saúde do homem, ao menos nos primeiros dez ou vinte anos.

Um grande número de testemunhas, pessoas de categoria, que depuzeram perante uma comissão de inquérito da Sociedade das Nações, nos anos de 1929 a 1930, (1) são concordes em afirmá-lo.

Assim, o governo da Indochina era de opinião que «tomado em pequenas doses, o ópio exerce uma acção tónica sobre os asiáticos, e que, de uma maneira geral, este hábito não tem empobrecido as classes trabalhadoras». Mas a distância, principalmente se ao uso moderado se segue o uso imoderado, vem a diminuição da capacidade de trabalho.

O governo da nossa cidade de Macau disse que a opinião divulgada entre os chineses era que o ópio é um meio de estimular e de acrescer a energia física, ainda que, em certos casos, os fumadores consumam quantidades consideráveis de ópio e que este tenha então uma acção de enfraquecimento. Nesta altura, o indivíduo é um doente, com necessidades fisiológicas indispensáveis, cada vez maiores. É um toxicómano.

Morfina

De entre os alcaloides do ópio, a morfina é o mais importante. Para descrever a intoxicação que ela provoca, seguiremos o Dr. I. Ostromislensky, (2) de Nova Iorque.

> «De começo, o doente experimenta uma fadiga progressiva. Sente-se cansado. Tem mêdo, tem a impressão de ser ameaçado por qualquer coisa pior do que a morte.
>
> Bem depressa aparecem ataques de tosse e bocejos contínuos. Sofre a necessidade irresistível de espirrar, vinte,

---

(1) *L'opium et les travailleurs, Bureau International du Travail*, Genève, 1935.

(2) *Études et Commentaires de l'Association Internationale de Défense contre les Stupéfiants* — Avril — 1935.

trinta vezes seguidas. Os seus olhos choram, a salivação é intensa, a secreção nasal abundante e quente. Os membros resfriam, ao passo que a temperatura do corpo, debaixo da língua, atinge cerca de 38° (100° F.). Por vezes, tem arrepios de frio. É periòdicamente coberto de uma transpiração viscosa, que seca ràpidamente. Tem náuseas, que se agravam ràpidamente até determinar vómitos de bile.

Observa-se simultâneamente tenesmo e diarreia pertinaz, com frequentes defecações e micções involuntárias. Diarreias e vómitos são acompanhados de caimbras intestinais, que fazem tremer o corpo inteiro.

Os músculos são dolorosos. Dores fulgurantes instalam-se nos ossos e nas articulações.

As variações de pulso são, neste caso, extremamente diversas, ao passo que a tensão arterial cae bruscamente. Algumas vezes, a bradicardia conduz ao colapso. É interessante notar que o número de glóbulos brancos se eleva, como no decurso de uma infecção grave, até atingir 20.000. Mais tarde, o doente sofre de acessos de prostração. Perde a consciência; uma escuma sanguinolenta sobe à boca; poder-se-ia confundir com uma crise de epilepsia».

Para os outros alcaloides do grupo do ópio, podem assinalar-se algumas diferenças.

Com a *heroína*, o quadro agrava-se, em primeiro lugar porque a dose terapêutica é quase igual à dose tóxica e em segundo porque a heroínomania é muito mais difícil de curar.

Segundo STRINGARIS, (1) cuja opinião é corroborada por outros profissionais gregos, médicos das prisões e do exército, os acidentes de abstinência do heroìnómano são particularmente violentos e tornam o doente agressivo.

Têm-se verificado casos de morte súbita, no decurso da supressão da heroína.

Quase todos os autores são acordes em que deveria abandonar-se este medicamento, pois a sua acção terapêutica não difere muito da da morfina.

---

(1) *Bulletin de l'Organisation d'Hygiene. Societé des Nations* volume XII n.º 4 — Genève 1945/46.

Eucodal

Com o eucodal temos outro exemplo frisante do cuidado que deve haver na administração de novos narcóticos. As primeiras publicações sobre o eucodal afirmavam que nenhuma toxicomania poderia resultar do seu uso.

Assim, ele conseguiu vulgarizar-se nos primeiros anos, num período em que não esteve debaixo da alçada da lei alemã que regulava o emprego de estupefacientes.

Certos morfinómanos têm por ele grande preferência, dado que o estado de euforia psíquica se instala ràpidamente.

Dicódide

Com o dicódide, os casos de habituação à droga são mais raros do que com a morfina ou o eucodal. Parece que a euforia provocada pelo seu uso é menos intensa do que a devida à morfina, embora mais persistente.

Além de que a margem existente entre a dose terapêutica e a dose letal é muito grande.

Para não alongarmos a nossa exposição, não citaremos os efeitos de mais produtos sintéticos derivados de alcaloides do ópio.

Folhas de coca

A droga é naturalmente estimada pelos indígenas da América do Sul, pois lhes proporciona bem estar, dissipando momentâneamente a fadiga e a fome. Costuma-se misturá-la com cal, pó de conchas calcinadas ou cinzas de vegetais.

J. J. VON TSCHUDI descreve a forma típica de usar a coca, no Perú. (1)

> « Três vezes, pelo menos, e, geralmente, quatro vezes por dia, os índios descansam de seu trabalho para mastigar a coca. Para isto, tiram cuidadosamente as folhas secas da bolsa (Huallqui), retiram as nervuras das mesmas, introduzem a folha partida na boca, e a mastigam até que a

(1) *In Actas Ciba* — 12 — 1946, pg. 258.

mesma se transforme numa verdadeira bola (acullico), entre os molares; depois, introduzem na cal extinta o bastonete delgado e humedecido, o qual, com o pó da cal que lhe adere, é levado à bola de coca que se formou na boca; repete-se esta manobra algumas vezes até que se obtenha um apetecido sabor. A abundante saliva secretada, de mistura com o suco verde das folhas, só parcialmente é cuspida, sendo a maior parte deglutida. Quando a bola já não desprende suco suficiente retiram-na e substituem-na por outra. Vi com frequência o pai dar o «acullico», quase esgotado de suco, ao filho menor, o qual o tomava, àvidamente na boca e o mascava ainda muito tempo».

Mas o problema do uso das folhas de coca não oferece a gravidade do vício do ópio. O hábito de as mascar parece fácil de extinguir, bastando afastar os mastigadores para regiões onde não seja fácil obtê-las. Tem maior importância o uso da cocaína, seu principal alcaloide.

Cocaína

O uso da cocaína faz-se por pitadas nasais ou por injecções hipodérmicas. O hábito das pitadas instala-se com mais frequência nas casas de toleradas ou entre borboletas de clubes e casinos.

A prática das injecções é mais peculiar a pessoas de sociedade. Diz-se mesmo que a cocaína é um tóxico da vida de sociedade, ao passo que a morfina é um tóxico da vida solitária.

A administração por injecção é mais perigosa. O cocaìnómano é muitas vezes conduzido ao hospital em estado de angústia ou de alucinação.

Deve haver cuidado no seu exame, pois são desequilibrados perigosos, com a mania do suicídio e outras aberrações mentais.

Ao contrário do que sucede na morfinomania, a supressão da cocaína no cocaìnismo não arrasta a consequências graves sob o ponto de vista físico. Mas é conveniente que esta supressão, o tratamento, numa palavra, se faça em estabelecimento psiquiátrico, pois a abstinência pode trazer consigo graves sintomas de origem psíquica. É preciso cuidar da personalidade do paciente.

Cânhamo indiano

Nos últimos tempos, o desenvolvimento da intoxicação pelo fumo de cânhamo indiano assumiu proporções inquietantes nos Estados Unidos da América do Norte e no Canadá, onde a gente nova se habituou a fumar cigarros de *marihuana*, nome dado a cigarros que têm por base o cânhamo.

Relatórios da polícia dos Estados Unidos mencionam casos terríveis de jovens, que, sob a influência destes cigarros, têm morto pessoas de suas famílias, em acessos de loucura furiosa, mostrando-se horrorizados com os seus crimes, quando vêm a si. Os intoxicados sofrem estados de exaltação, sobrexitação da imaginação de ordem eufórica ou afrodisíaca, tendência para o delírio e para actos de violência, indo até o crime.

TRATAMENTO E PROFILAXIA

Não queremos entrar no problema do tratamento médico.

Lembraremos apenas que ele consiste fundamentalmente na privação do tóxico e na desintoxicação do doente, seguidas de tratamento psíquico. De uma maneira geral, distinguem-se três métodos principais:

A privação lenta, gradual
A privação rápida
A privação súbita, brusca.

Seja qual for o método adoptado, durante a supressão progressiva do tóxico e depois da supressão total, tem de ajudar-se o doente a sofrer os sintomas penosos da privação.

Administram-se os mais variados medicamentos. Depende de autores e de escolas. Desde o emprego de outros tóxicos, como a dionina e a codeína, até às drogas vizinhas da atropina e os barbitúricos, não é a literatura pobre na menção de adjuvantes e paliativos. Mas não há nenhum remédio específico.

Entre os preparados endocrínicos, a insulina, proposta por WUTH em 1924, é dos mais usados e discutidos.

Deve ainda mencionar-se, por estranho, o método de MODINOS, que consiste em provocar uma flictena na pele

do doente, por meio de vesicatório, e injectar o líquido desta flictena.

É a flictenoterapia. Conforme a teoria de MODINOS, os alcaloides provocariam o aparecimento de anticorpos, que existiam na serosidade da flictena. WOLFF diz que esta teoria é errónea e está desacreditada, mas faz larga descrição do método.

Tudo isto serve para recordar a opinião geralmente aceite de que é impossível tratar um toxicómano sem o meter num estabelecimento psiquiátrico ou casa de saúde apropriada. É o caminho seguido nos Estados Unidos da América do Norte; o primeiro estabelecimento deste género foi inaugurado em *Lexington*, a 25-V-1935; abriu-se um segundo no *Fort Worth* (*Texas*), em Outubro de 1938, com 2.450 leitos. São hospitais do Serviço de Saúde Pública dos *Estados Unidos*, primitivamente denominados *Narcotic Farms*.

* * *

Se o tratamento médico não era ponto a versar obrigatòriamente nesta palestra, já o mesmo se não pode dizer da profilaxia. E deve começar-se pelos médicos.

Infelizmente, talvez pela facilidade com que podemos obter as drogas e injectá-las, a toxicomania conta numerosas vítimas entre a nossa profissão.

Defendendo-nos, defendemos os outros, pois o médico toxicómano terá sempre tendência para receitar uma substância que lhe é familiar.

Aconselham-se hoje medidas no sentido do exercício da profissão médica ser interdita aos médicos toxicómanos. Levanta-se assim um problema delicado e grave.

Lembra-nos que um alto funcionário português, pessoa de alta cultura e distinção, subiu algumas vezes as escadas da Direcção Geral de Saúde para solicitar que fosse caçada a carta de médico a seu filho — médico e toxicómano. Actualmente, seria mais um assunto para a nossa Ordem dos Médicos.

Pai e filho, já lá vão. Mas temos bem presente o rosto martirisado do pai!

Bem sabemos que a administração de narcóticos é por vezes indispensável; para suavisar uma cólica hepática ou uma crise de

tabes; para aliviar as dores consecutivas a traumatismos, com feridas extensas ou lesões graves, etc.

Diz-se que a prescrição deve ser mèdicamente justificável.

Ora é impossível definir com rigor esta expressão; em última análise, é para a consciência profissional e para a intuição clínica do médico que é preciso apelar.

É claro que a administração dos narcóticos se justifica nas doenças dolorosas e incuráveis, como na tuberculose e no cancro em suas fases terminais. Mas convém ser cauto.

Ocorre-nos um caso de toxicomania iniciado com injecções de morfina, indicadas a propósito de gastralgias.

O doente era filho de um dos nossos mestres de medicina. Algumas vezes fomos procurados pelo pai, que já não podia suportar as contas da farmácia, tais eram as doses de morfina que diàriamente era forçoso adquirir.

Já lá vão ambos também!

Os autores citam esta razão económica como uma das causas que obriga o doente e suas famílias a procurar a cura de desintoxicação.

No campo profilático, há algumas regras que convém seguir:

Não é forçoso utilizar os estupefacientes como hipnóticos.

Para combater a tosse, a morfina e os seus derivados, que são altamente tóxicos, podem substituir-se muitas vezes pela codeína ou pela dionina

Evitar a morfina e os seus derivados nos asmáticos, por causa da periodicidade dos seus acessos.

Não administrar estes tóxicos a epilepticos nem a histéricos, pois os nevropatas são especialmente predispostos à toxicomania.

Mas ter-se bem presente que ninguém está imunisado contra ela.

Fugir da administração contínua da morfina e seus derivados; três meses depois de um tratamento regular, não é provável que o doente possa ver-se livre do tóxico sem o auxílio do médico.

A prescrição da cocaína pode hoje reduzir-se em larga escala, graças à série de anestésicos locais que não dão habituação.

Reconhecem-se, no entanto, as especiais aplicações da cocaína em oto-rino-laringologia e oftalmologia.

III — Acordos e Convenções Internacionais sobre Estupefacientes

O primeiro instrumento diplomático sobre ópio foi assinado a 26 de Fevereiro de 1909, em Xangai. Assinaram-no 13 países, entre eles Portugal. As suas resoluções constituem uma série de recomendações sobre ópio de fumar, mas fala-se já, embora de modo genérico, em outras drogas nocivas. Nele se reconhecem os esforços do governo chinês para extirpar o vício do fumo do ópio e aconselham-se medidas para a sua gradual supressão.

A conferência ficou, ao menos, como uma afirmação de princípios. Vem depois a Convenção Internacional assinada em Haia, no dia 23 de Janeiro de 1912.

São 57 países que ratificaram esta convenção.

Definem-se então os produtos, especificadamente o ópio bruto, o ópio preparado, o ópio medicinal, a morfina, a cocaína etc.

Procura-se limitar o seu emprego aos usos médico e científico. Depois de um acordo, como resultado da chamada 1.ª conferência do ópio, vem a Convenção de Genebra, fruto da 2.ª conferência.

Logo de começo, assinam-na, a 19 de Fevereiro de 1925, 42 países; esse número eleva-se a 54, em 1938.

As medidas de defesa abrangem agora também a coca e os seus derivados e o cânhamo e os seus derivados.

Esta convenção é sem dúvida um dos mais notáveis instrumentos diplomáticos de todos os tempos, não só pelo número de países nele interessados como também pela cuidadosa execução que os signatários procuraram sempre dar-lhe.

É, além disso, modelo de organização do comércio internacional de uma classe de produtos. Mas ela não intervinha suficientemente na produção nem na fabricação.

Não limitava nem uma nem outra. Deste modo, os *stoks* eram exagerados em relação com as necessidades médico-científicas e isto constituia um perigo e um obstáculo à repressão que se tinha em vista.

Era preciso completá-la.

Assim se chegou à Convenção de limitação, assinada em Genebra, no ano de 1931. Contava 62 assinaturas de governos, em 1938. Com ela se criou um órgão central de fiscalização que, a partir de avaliações fornecidas pelos governos de todo o

mundo, marca a quantidade de produtos químicos, as chamadas drogas brancas, a produzir. Foi-se mesmo mais longe, pois se estabeleceram regras sobre o comércio de alguns alcaloides que não dão habituação, seguida de fenómenos de abstinência, que não são portanto, no sentido legal e técnico da palavra, estupefacientes.

É o caso da codeína e da dionina. O que se pretende é evitar que a indústria os transforme — e isso é fácil — em produtos perigosos, como a morfina e a heroína.

Chegou-se mesmo ao ponto de exercer vigilância sobre algumas matérias primas, como o anídrido acético, que é indispensável na síntese da heroína

Nos termos das duas convenções, a de Genebra (G.) e de limitação (L.), os governos obrigaram-se:

I) — A sujeitar a importação de qualquer estupefaciente a um certificado de importação, que se remete de antemão ao governo do país exportador; o governo deste país exportador não permitirá por sua vez a exportação sem uma correspondente autorização de exportação, que acompanhará a mercadoria, enviando-se cópia dessa autorização ao governo do país importador; recebida a mercadoria, a cópia da autorização de exportação será endossada à origem, com nota da entrada do estupefaciente.

Este sistema de certificados de importação e autorizações de exportação permite uma fiscalização internacional perfeita da marcha do produto, desde a origem até o destino. De tudo se dá conta, trimestralmente, ao Secretariado Internacional dos Estupefacientes, hoje a cargo do Conselho Económico e Social da O. N. U., em mapas denominados formulários — Formulário A (GL.), de cor verde.

II — A dar nota anual das importações e exportações da codeína (metilomorfina) e dionina (etilomorfina) — Formulário A (L.), de cor verde clara.

III — A fornecer uma avaliação anual das suas necessidades de drogas, consideradas matéria prima — ópio, folhas de coca e cânhamo indiano — Formulário B (G.), de cor rósea.

IV — A fornecer até o dia 1 de Agosto, uma avaliação anual das suas necessidades de drogas brancas — morfina, heroína, cocaína, etc. — o que permite calcular e distribuir a cota de fabrico pelos países produtores — Formulário B (L.), de cor alaranjada.

V — A entregar anualmente mapa estatístico do consumo de cada um dos estupefacientes — Formulário C1 (G. L.) de cor branca.

VI — Para os países produtores, a apresentar estatística anual da sua produção e fabricação — Formulário C^2 (GL.), de cor creme.

VII — Para os países que exploram a indústria do ópio de fumar, apresentar estatística anual do ópio preparado — Formulário C^3 (G), de cor de tejolo.

VIII — A entregar anualmente mapa estatístico dos *stocks* de estupefacientes, nas mãos do Estado e dos negociantes por grosso. — Formulário D. (G. L.) de cor amarela.

IX — A entregar anualmente estatística das confiscações — Formulário E (G. L.), de cor azul.

Com estes elementos foi possível orientar a produção, fiscalizar o comércio por grosso e regular a distribuição dos produtos.

É a partir da Convenção de limitação que começaram a ser conhecidas as necessidades mundiais legítimas de drogas brancas.

« *C'est depuis lors que ce qui n'était, au début, qu'une supposition des besoins légitimes, est devenue une certitude* » (1)

Por outro lado, sempre que o Comité Central do Ópio recebe notícia de que um novo produto é susceptível de provocar tòxicomania, ele é incluído na lista dos estupefacientes, depois de ouvida uma comissão de peritos médicos.

Desempenhou-se desta função o antigo *Office International d'Hygiene Publique*, por intermédio do seu Comité do Ópio.

---

(1) *La Question de l'Opium* — Prof. Dr. José Caeiro da Mata — Lisbonne, 1938.

A este Comité pertenceu Ricardo Jorge, por escolha do *Office*.

Actualmente, essa função é da competência da Organização Mundial de Saúde, para o que se constituiu uma comissão de peritos, designada Comissão de peritos sobre os medicamentos que produzem habituação.

Resta salientar que as convenções se baseiam no princípio de que a produção e o fabrico de estupefacientes se destina exclusivamente a fins médicos e científicos, devendo o fornecimento aos doentes ser feito por intermédio das farmácias e mediante receita médica, receita que obedece as regras especiais, de que falaremos.

Para o ópio de fumar, como medida suplementar, ainda se fez um acordo relativo ao Extremo-Oriente, entre os governos do Reino Unido, Irlanda do Norte, França, Índia, Japão, Países Baixos, Portugal e Sião, assinado em Bangkok, a 27 de Novembro de 1931.

Neste acordo se estipula que a venda a retalho e distribuição só se efectue em armazéns do governo e que seja proibido a qualquer pessoa com menos de 21 anos entrar numa casa de fumo, etc.

Com uma nova Convenção, assinada a 26 de Junho de 1936, em Genebra, denominada Convenção para a repressão do tráfico ilícito das drogas nocivas, se veio a completar a rede de instrumentos diplomáticos que regulam este importante problema de higiene social.

Nela se comprometem as partes contratantes a promulgar as disposições legislativas indispensáveis para punir severamente, com prisão e outras penas de privação de liberdade as infracções às estipulações das convenções anteriormente mencionadas, incluindo ainda regras de extradição dos traficantes.

Por fim, o Protocolo de emenda das convenções de 1925 e 1931, que entrega às Nações Unidas a competência da Sociedade das Nações na matéria.

Tem a data de 11 de Dezembro de 1946 e já foi aceite pelo Governo português.

IV — O tráfico ilícito e traficantes

O negócio das drogas enebriantes, como o ópio, as folhas de coca e os preparados de cânhamo indiano, não é novo.

De sempre, o homem tem procurado aliviar os seus padecimentos, mitigar as suas dores e viver com algum prazer.

Não admira, portanto, que certos indivíduos insatisfeitos, e mal adaptados à vida, recorram ao uso de drogas, que lhes fazem esquecer por momentos os seus males, dando-lhes a eufórica sensação de bem estar. Isto explica o largo comércio que se faz dessas drogas.

Mas se os regulamentos internos de vários países, conjugados com medidas internacionais de defesa, vieram disciplinar esse comércio, com incontestáveis e benéficos resultados para a humanidade, fizeram aparecer também o negócio à margem da lei — o tráfico ilícito. Exploram-no, os traficantes de estupefacientes.

Antes de focar as características destes criminosos, convém descrever o ambiente em que eles proliferam.

Nos países asiáticos, os governos ou fizeram monopólio do fabrico do ópio, e até mesmo das casas de fumo, ou entregaram a emprezas concessionárias as explorações das fábricas e dos fumatórios.

Está reconhecido pelo *Acordo de Bangkok* que é esta a melhor forma de controlar o fabrico e a venda. Mas isto implica a existência de funcionalismo e, principalmente, de uma rede de agentes distribuidores pelos recantos de vastíssimos territórios.

Entre este agentes, senão existem traficantes, há pelo menos uma classe de pessoas interessadas no fumo do ópio.

É o caso dos engajadores, que recrutam mão de obra na China, levando os chineses para as minas e plantações das colónias vizinhas.

Estes engajadores estão por vezes munidos de licenças para adquirir ópio e fornecê-lo aos seus homens e até para montar casas de fumo.

Há países onde não é lícito fumar ópio, a não ser nas casas de fumo do Estado. Mas aparecem logo disposições como esta: nas minas e nos arrosais situados nos distritos em que não há clientela suficiente para abrir um fumatório, os patrões têm a faculdade de abrir casas de fumo temporárias para uso dos seus trabalhadores. Noutros países, estabeleceu-se o racionamento; ora todos nós sabemos, pela dura experiência de duas guerras mundiais, que o racionamento traz consigo o mercado negro.

O que se vem dizendo põe diante dos nossos olhos as dificuldades de ordem económica e social que apareceriam se fôssemos para uma política de proibição imediata da cultura da papoila do ópio.

INSA
BIBLIOTECA

Terá de caminhar-se progressivamente.

Além do consumidor, temos ainda de considerar o produtor, sem esquecer que o ópio é ainda hoje matéria prima indispensável na preparação de óptimos medicamentos. Para se ficar com uma ideia da importância do problema da produção, basta dar algumas notas, referidas a 1936, (1), sobre o valor da cultura da papoila do ópio, em quatro países:

Na *Jugoslávia* extrairam-se 63.220 kg. de ópio bruto, produto de 7.826 hectares de papoilas, cultivadas por pequenos agricultores e suas famílias;

Na *União das Repúblicas Soviéticas*, concederam-se 510 licenças de cultura; esta cobria uma superfície de 9.707 hectares;

Na *China*, a superfície consagrada à cultura do ópio era de 80.570 hectares, com uma produção de 1.611.698 kg. de ópio;

Na *Pérsia*, a produção avaliava-se em 1.346.712 kg. para uma superfície de 23.000 hectares.

* * *

Os traficantes rondam o mundo e espalham-se um pouco por toda a parte. Vejamos, ao acaso, alguns exemplos dos seus processos. O roubo, é um dos métodos seguidos para obter a mercadoria. Mencione-se este:

Na noite de 19 para 20 de Maio de 1944, em *Bruxelas*, quando esta cidade estava sujeita a bombardeamentos periódicos, sobretudo nocturno, um bando assaltou os armazéns da firma *Bios*, roubando 9 kg. de morfina, 5 kg. de heroína e dezenas de quilos de cocaína.

Será ainda curioso fazer referência aos lucros auferidos por certos grupos. Na cidade de Nova-Iorque, em 1941, depois de um processo de infracção às leis federais, um inquérito revelou que os implicados na infracção eram chefes de uma organização que se ocupava do tráfico de estupefacientes, com saídas para Chicago e Texas do Norte.

A organização de Chicago vendia, por semana, cerca de 10 kg. de heroína adulterada, ao preço de 14 dólares a onça, o que representava aproximadamente 5.000 dólares por semana.

---

(1) *Rapports annuels des gouvernements sur le trafic de l'opium et autres drogues nuisibles pendant l'année 1936 — Societé des Nations.*

Para Texas, calculava-se uma venda semanal de 14 kg. ao preço de 20 dolares a onça, o que dava 10.000 dólares por semana.

É gente que joga a vida: na noite de 4 de Novembro de 1947, em Chicago, quando um agente de estupefacientes aguardava, com um intermediário, o traficante *Agredano*, este viu-se apanhado e puxou por uma pistola, o que obrigou o agente a defender-se, matando-o com uma bala que se alojou no torax.

Há nos Estados Unidos da América do Norte uma esplêndida organização de combate — o *Bureau of Narcotics*. Dispõe de pessoal superior e de muitos agentes. Mas lá tudo isto é necessário, pois os traficantes até dispõem de aviões para o contrabando (1).

Aterram em campos secretos, construídos em regiões pouco acessíveis, escolhidas para a cultura ilegal das papoilas do ópio.

Diversos destes campos foram descobertos no México, ponto de partida do contrabando para os Estados Unidos, e logo destruídos pelas autoridades mexicanas. Mas o traficante moderno prefere trabalhar as drogas brancas.

É ele que consegue invadir o Egipto e ir substituindo o velho hábito de fumar ópio e resinas de cânhamo pela ingestão de pílulas de heroína.

Para recordar o que foi essa grave situação, basta citar os seguintes números:

Em 1928-29 havia 500.000 toxicómanos
» 1929-30 » 250.000 »
» 1930-31 » 147.000 »

Destes 147.000 toxicómanos, fumavam ópio 93.000, mas já se tinham habituado à heroína 54.000.

Ainda são ilustrativos os seguintes números: em 1929 havia, entre os prisioneiros, 1564 traficantes e 5.681 toxicómanos. Enfrentada com coragem esta situação, o governo egípcio conseguiu dominá-la, reduzindo bastante a toxicomania no país. Os traficantes abundam, como era de esperar, nas equipagens

---

(1) *Traffic in opium and others dangerous drugs-Bureau of Narcotics* — Washington – 1947.

dos navios, principalmente naqueles que fazem a rota marítima do oriente.

São conhecidos os mais extraordinários processos de ocultar os produtos.

Por exemplo, na Alexandria, ao abandonar a zona aduaneira, descobre-se que um marinheiro grego introduzira no recto dois tubos com heroína.

* * *

A experiência mostra que os traficantes nunca encontraram no nosso país terreno propício aos seus negócios escuros. Apesar da excelente posição geográfica do porto de Lisboa, não temos no nosso activo nenhum caso espectacular de tráfico ilícito.

Talvez isso seja devido à índole honesta da nossa gente, em especial dos nossos marinheiros e pessoal dos portos.

Pondo de lado pequenas apreensões de algumas drogas, de que falaremos mais tarde, apenas se regista, em 1931, nas nossas Alfândegas, uma confiscação de vulto — cerca de 350 kg. de ópio.

Em malas, despachadas como bagagem de Valença para o Porto, encontraram-se umas latas com os seguintes rótulos:

Conserves de Qualité Supérieure
Figues de Smyrne
Garanties. Naturelles.

Em cada lata havia efectivamente duas camadas de figos, mas entre estas encontrava-se um pão de ópio de 450 grs. Ao todo 190 latas. Nunca se encontrou o consignatário.

V — Contribuição portuguesa na luta contra os estupefacientes

A legislação sanitária portuguesa, no continente e ilhas adjacentes, começa com a lei n.º 1.687, de 6 de Agosto de 1923, regulamentada pelo decreto n.º 10.375 de 9 de Dezembro de 1924. Teve vida breve, pois a Convenção de Genebra de 1925, assinada a 13 de Fevereiro, veio exigir novas medidas na luta já iniciada.

Com esse fim se publicou o decreto n.º 12.210, de 24 de Agosto de 1926, que ainda hoje regula a importação, a exportação e o comércio dos estupefacientes. Com este decreto se firmou na Direcção Geral de Saúde, como serviço sanitário, o

Serviço de Estupefacientes, que vem funcionando há muitos anos na dependência do serviço técnico de farmácia.

É da pena de mestre Ricardo Jorge. Redigido com larguesa de vistas, ainda hoje é aceitável, mesmo na parte penal, bastando apenas adicionar ao rol de produtos, de vez em quando, os que vão aparecendo de novo e são considerados estupefacientes.

Todavia, convém revê-lo de modo a actualizar a orgânica do serviço e a introduzir-lhe as medidas repressivas que foram ajustadas nas convenções internacionais posteriores.

A importação, a exportação e o comércio por grosso dos produtos sujeitos às suas disposições obedecem às normas internacionais já referidas num dos capítulos anteriores. Os medicamentos que tenham por base estes produtos só poderão ser fornecidos pelas farmácias mediante receita médica ou, em casos especiais, por meio de requisições dos médicos, para uso nos seus consultórios.

O aviamento de receitas, está regulado pelos seguintes parágrafos do artigo 6.º:

> § 2.º As farmácias não fornecerão para o público os estupefacientes enumerados no artigo 2.º sem receita de médico habilitado que, além da sua firma habitual nela escreverá, em caracteres bem legíveis, o seu nome por extenso e a morada, assim como o nome e a morada do doente. Estas receitas ficarão transcritas em livro especial.
>
> § 3.º É proibido repetir o aviamento da mesma receita, excepto com autorização escrita do médico para cada uma dessas repetições.
>
> § 4.º As receitas médicas respeitantes aos estupefacientes serão inutilizadas com o carimbo da farmácia e arquivadas como elemento justificativo das relações de que trata o artigo 8.º.
>
> § 5.º Aos médicos será lícito requisitar das farmácias estupefacientes para uso dos seus consultórios, justificando a respectiva aplicação.

Nas farmácias, por ocasião das visitas de inspecção, examinam-se os livros-copiadores de receitas e as próprias receitas, que ficam na posse da farmácia, como é de lei.

Assim se consegue dar conta de algum toxicómano ou de algum doente em perigo de o vir a ser.

Este capítulo da fiscalização é delicadíssimo e exige muita prudência. As raras vezes que tem sido necessário chamar algum médico à Direcção Geral de Saúde, tudo se tem resolvido em segredo, com calma e com proveito.

Sempre os médicos portugueses têm colaborado nesta luta de defesa dos seus doentes; honra lhes seja.

Àlém dos casos, felizmente raríssimos, de doentes que se tornam toxicómanos, o hábito dos tóxicos só aparece numa ou noutra pessoa dita de sociedade. São casos de patologia social.

Podemos lembrar uma senhora do meio mundano e artístico que estava viciada pelo eucodal.

Vivia no Estoril e adquiria o eucodal mediante receita médica falsa, servindo-se de papel timbrado e assinando com a firma de um médico que exercera clínica em Lisboa.

Aviava as receitas nas farmácias de Lisboa e da Costa do Sol.

Presa e feito o seu exame mental, à ordem da polícia de investigação criminal, foi dada por irresponsável. A venda ilícita faz-se quase exclusivamente nas casas de toleradas e nos clubes. Mas é negócio de pouca monta.

Em 19 anos inculparam-se 45 pessoas, a quem se apreenderam insignificantes quantidades de estupefacientes, em regra o cloridrato de cocaína, quase sempre adquirido por meio de requisições falsas.

Há certo interesse em conhecer as suas profissões.

Entre os presos e julgados nos anos de 1929 a 1947, descriminam-se as seguintes:

Farmacêuticos	2
Ajudantes de farmácia	8
Droguistas	2
Guarda nocturno	1
Artistas de cinema	1
» » teatro	1
Criado de mesa	1
Domésticas	5
Toleradas	1
Empregado comercial	1
Comerciantes	1
Estudantes	1

Aqui, como por toda a parte, há preponderância das profissões que lidam ou têm as drogas à mão. É sempre perigoso brincar com o fogo!

Colaborando em todas as reuniões internacionais e dando escrupulosa execução aos acordos e às convenções resultantes dessas reuniões, o nosso país tem contribuido constantemente para a solução do gravíssimo problema de higiene social que nos ocupa. E pode asseverar-se com orgulho que a nossa gente, o povo, numa palavra, está inteiramente livre do vício dos estupefacientes.

Provam-no bem os números respeitantes ao consumo, que constam do Mapa I.

Com estes valores se elaborou o Gráfico I, em que se mostra uma capitação anual insignificante.

Representa o consumo para fins médicos e científicos que fica, em regra, abaixo do de outros países europeus.

Para 1937, vejamos alguns números respeitantes ao ópio, sob todas as suas formas farmacêuticas, à morfina, à heroína e à cocaína, que são extraídos das estatísticas internacionais. (1)

As ligeiras diferenças entre os nossos números para 1937 e os do quadro seguinte devem provir da correcção dos números populacionais, para os anos em que não há censo.

Como se sabe, este faz-se de 10 em 10 anos.

---

(1) *Sur les statistiques des stupéfiants relatives a l'année 1937 et sur les travaux du Comité au cours de l'année 1938 — Comité Central Permanent de L'Opium* — Genève, 1938.

Consumo em kg. por milhão de habitantes

PAÍSES DA EUROPA	ÓPIO	MORFINA	HEROÍNA	COCAÍNA
Alemanha . . .	17,34	6,36	0,01	0,71
Bélgica.	67,82	12,12	1,44	6,96
Espanha	47	0,96	?	0,28
França.	106,44	5,53	1,53	7,23
Irlanda.	39,26	6,09	?	4,06
Noruega	100,55	17,97	0,37	3,11
Países Baixos . .	48,62	6,89	?	2,92
Portugal	26,02	2,6	0,68	2,05
Reino Unido . .	75,18	7,88	1,18	4,99
Suécia	113,93	9,57	3,03	4,79
Suiça	36,41	12,22	0,24	4,55
U. R. S. S. . . .	88,57	10,32	1,57	2,86

É muito difícil interpretar estas taxas de consumo, pois a medicação sintomática varia de país para país. Mas fica bem demonstrado que o consumo português é dos mais diminutos.

Não só em Portugal metropolitano e insular se aplicam as cláusulas dos convénios e os preceitos internacionalmente instituídos para abolir o vício das drogas nocivas. Igualmente se procede em todos os territórios portugueses da África, da Ásia e da Oceania.

Para cada província ultramarina, o respectivo governo promulga regulamentos adequados ao mesmo fim.

Em regra, esses regulamentos constituem adaptações das leis da metrópole. Mas há aspectos particulares a salientar.

Na nossa província de Macau, na Ásia, há uma população fixa, constituída em parte por chineses.

Entre eles, 10 a 15 % fumam ópio. Acrescente-se o valor da população chinesa temporária ou flutuante, calculada em mais de um milhão de entradas e saídas, e concluir-se-á pela dificuldade em acabar com o ópio.

Seguindo o *Acordo de Bangkok*, existe o monopólio do Estado (Regie) do fabrico do ópio e dos fumatórios. Parece ser o regime que melhor se presta à fiscalização; com efeito, apenas

em 1938 foi preciso punir algumas irregularidades, com a demissão de um funcionário.

Além disso, o nosso governo tem-se preocupado com a extirpação do vício do ópio, procurando educar a população fixa, com prelecções nas escolas e nas instituições de educação, a fazer-lhe ver os perigos resultantes do hábito de fumar ópio. Dá-se assistência médica aos intoxicados, por intermédio do serviço de saúde local, e resolveu-se construir e instalar um hospital para os tratar, em regime de internamento.

Na nossa província de *Moçambique* proibiu-se a cultura do cânhamo indiano, bem como o seu comércio. Mas como a planta é espontânea, aqui e acolá, nos vastos territórios da província, onde é conhecida pelos nomes de *bangue* e de *suruma*, houve que proibir a sua colheita e o seu uso, pois alguns indígenas tinham por hábito fumá-lo.

Além disso, exerce-se uma apertada vigilância, nos portos, sobre os barcos vindos do Oriente, pois as equipagens dedicam-se ao contrabando do ópio.

Também em *Angola* o cânhamo indiano é espontâneo, em vários locais, onde a planta é conhecida pelos nomes de *riamba* e *liamba*. Sempre que se dá por ela, ordena-se a sua destruição.

A sua cultura é proibida.

Feitas estas referências a Macau, a Moçambique e a Angola, nada mais se julga preciso assinalar, quanto aos restantes territórios portugueses do ultramar, as províncias de Cabo Verde, Guiné, S. Tomé e Príncipe, em África, da Índia portuguesa, na Ásia, e de Timor, na Oceânia.

Com júbilo se mostra como a Nação Portuguesa se tem sabido defender do flagelo social que nos vem ocupando — a toxicomania por estupefacientes.

Lisboa, 5 de Outubro de 1948.

POR

(CONTINENTE E

Consumo de ópio e outros estupefa

ESTUPEFACIENTES	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
	Kg.									
Ópio (a)	135	174	129	129	121	129	92	145,765	191,072	85,078
Folhas de coca. .	84	162	123	117	127	94	129	171,961	225,817	100,834
Cânhamo indiano.	17	21	—	7	16	2	1	5,554	14,445	58,230
Morfina	7	8	9	13	17	12	8	15,533	19,541	17,887
Heroína	1	1	1	2	2	5	4	3,879	5,712	4,451
Cocaína	12	10	10	7	12	14	12	14,909	15,556	11,666
Eucodal	—	—	—	—	—	—	—	0,708	1,889	1,253
Dicodide. . . .	—	—	—	—	—	—	—	0,110	0,203	0,193
Dilaudide . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	0,013	0,011
Acedicone . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Desomorfina . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Genomorfina . .	—	—	—	—	—	—	—	0,009	0,014	0,005

(a) Inclue-se todo o ópio quer usado como ópio em pó quer sob forma de tinturas, extractos

TUGAL

ILHAS ADJACENTES)

MAPA I

cientes, nos anos de 1929 a 1947

1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	CONSUMO MÉDIO ANUAL
									Kg.
142,429	80,611	123,195	42,135	94,379	78,164	15,269	79,507	130,752	111,439
164,487	48,303	99,294	22,225	13,271	3,330	47,465	54,753	52,811	96,871
22,918	3,622	12,266	6,126	8,303	15,801	13,878	30,286	12,529	14,886
14,722	18,786	16,618	6,692	21,612	16,592	5,810	23,186	25,783	14,556
8,070	4,023	6,832	4,880	5,436	2,557	4,347	4,253	4,097	3,923
14,355	5,594	14,647	3,734	5,530	9,959	12,488	9,524	13,471	10,970
1,488	1,533	0,448	2,561	1,726	1 323	1,609	0,923	3,403	1,572
0,192	0,251	0,302	0,576	0,243	0,429	0,532	0,566	0,0073	0,3003
0,011	0,006	0,005	0,006	0,008	0,017	0,005	0,0025	0,0015	0,0070
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	0,0614	0,0614
0,003	—	—	—	—	—	0,0006	—	—	0,0063

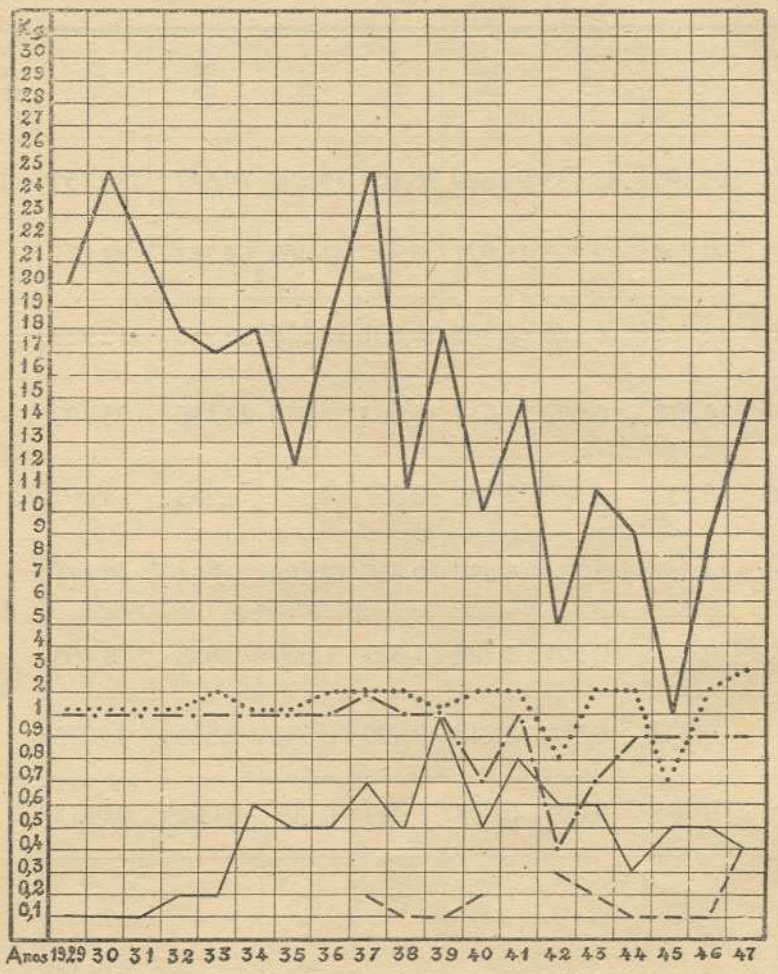
e outras preparações farmacêuticas.

PORTUGAL

(Continente e Ilhas adjacentes)

Consumo em kg. por milhão de habitantes, de:

Opio — *Morfina* .... *Heroína* — *Eucodal* - - - - *Cocaína* - . - . - . - .



NOTA : — Na elaboração deste gráfico, dividiu-se o consumo dos estupefacientes, referidos a gramas, pelo número de habitantes, despresando-se as centenas.

RÉSUMÉ

La préface rappelle les raisons qui amenèrent les gouvernements a inclure, dans l'agenda des sujets internationaux, le problème de l'opium et d'autres drogues nuisibles.

On explique ce que l'on entend par stupéfiants et l'on dit que le but de la conférence est d'attirer l'attention des médecins portugais sur le danger de l'emploi immodéré des toxiques qui provoquent la toxicomanie et les éclairer sur le grave problème de l'hygiène sociale constitué par le vice des stupéfiants. Le travail est divisé en ces chapitres — Les stupéfiants, Toxicomanies et toxicomanes, Accords et conventions internationaux, Trafic illégal et trafiquants, et Contribuition portugaise dans la lutte contre les stupéfiants.

Les stupéfiants — On décrit les trois formes d'opium — — opium brut, opium préparé et opium médicinal — ainsi que les alcaloïdes dont l'emploi provoque l'habitude, entre autres la morphine et ses dérivés; les feuilles de coca et ses alcaloïdes, spécialment la cocaïne; le chanvre indien et ses préparés.

Dans l'étude de la morphine on montre comme sa formule comprend une fonction phénolique et une fonction alcoolique d'où dérivent des ethers — oxydes et estères, ces derniers plus toxiques que les précédents. A propos des narcotiques de synthèse on cite la dolantine et l'on recommande un grand soin à l'admission de nouveaux narcotiques que les fabriques proclament presque toujours inoffensifs.

La dolantine a provoqué plusieurs cas de dolantinomanie; entre eux ceux de deux médecins portugais ainsi que le Professeur Dr. Barahona Fernandes en a fait part à la Societé des Sciences Médicales, en Juin 1944.

Toxicomanies et toxicomanes — On décrit les phénomènes d'intoxication par stupéfiants, mentionnant quelques particularités au sujet de l'héroïne, de l'eucodal et du dicodide.

Aprés une légère référence au traitement médical des malades on souligne le problème de prophylaxie qui intéressent très particulièrement les médecins, fréquents victimes des alcaloïdes qu'ils ont l'habitude d'avoir en mains. On cite le cas d'un médecin portugais morphinomane. On mentionne les soins qu'il faut avoir dans l'ordonnance des stupéfiants, conseillant à ne pas employer l'héroïne dans la thérapeutique.

Accords et conventions internationaux — On énumère et on fait un bref rapport des accords et conventions signés par les gouvernements dans le but de limiter l'emploi des stupéfiants pour usages médicaux et scientifiques.

On signale le succés obtenu avec ces instruments diplomatiques, entre autres, avec la Convention de l'opium de 1925.

On décrit le système de certificats d'importation et autorisations d'exportation qu'elle a créé, ce qui permet de suivre la livraison d'un produit, de son origine à sa destination, de même que la série de formulaires et statistiques qui servent de base à la fabrication et à la distribution de drogues nuisibles. Finalement, on cite le Protocole de rectification des conventions de 1925 et 1931 qui remet aux Nations Unis la compétence de la Societé des Nations en cette matière.

Trafic illégal et trafiquants — On expose quelques aspects du milieu dans lequel se multiplient les trafiquants et on met en relief les caractéristiques de ces criminels et les moyens dont ils se servent por réalizer leurs affaires. On dit que la suppression de la culture du pavot de l'opium et du chanvre indien provoque des difficultés d'ordre économique et social dans quelques pays. On rappelle ce que fut la campagne du gouvernement égyptien contre l'emploi de l'heroïne.

On montre comme le Portugal n'a jamais été milieu propice au développement du trafic illégal.

Contribution portugaise dans la lutte contre les stupéfiants — Dans ce chapitre on met en relief que la contribution portugaise commença aussitôt après la signature du premier instrument diplomatique sur l'opium signé à Changaï le 26 février 1909 et que le Portugal a publié immédiatement des réglements internes sur le commerce des stupéfiants. On rapporte quelques articles du réglement actuel, qu'on pense nécessaire moderniser pour éclairer les médecins sur les règles de son acquisition et les

formalités auxquelles doivent se soumetre les ordonnances qui en indiquent l'emploi.

Sur une carte et un graphique on démontre que la consommation portugaise est des plus faibles comparée à celle d'autres pays. Et on affirme que le peuple portugais, les travailleurs, sont entièrement hors du danger du vice des stupéfiants.

Les cas de toxicomanie sont rares et, à part très peu de cas de malades qui s'habituérent aux drogues, on ne connait qu'un ou autre cas de personne dite de société.

La participation du Portugal dans cette lutte s'étend á toutes les provinces portugaises d'outre-mer en Afrique, en Asie et en Océanie qui promulguérent des réglements semblables à ceux de la métropole. A part cela on régle le commerce de l'opium à Macao suivant l'Accord de Bangkok et on défend la culture du chanvre indien dans le Moçambique et à Angola.

DELEGAÇÃO DE SAÚDE DE LISBOA

SERVIÇO DE PROFILAXIA

Endemia de variola minor

(Santana de Carnota, 1948)

POR

JOSÉ CUTILLEIRO

O conhecido trabalho de Ricardo Jorge sobre alastrim (1927) foi factor decisivo para o reconhecimento (hoje quase geral) da existência de dois tipos de varíola como entidades epidémicas distintas. O primeiro destes tipos, a variola major, *corresponde à varíola clássica, à* variola vera *de Sydenham; o segundo, a* variola minor, *corresponde à varíola benigna existente sob forma endemo-epidémica em vários pontos do globo, e conhecida por diversos nomes conforme as regiões (alastrim, ammas, kaffir-pox, milk-pox). Se bem que haja imunidade cruzada entre os dois virus, e apesar da vacina conceder protecção contra ambos eles, a verdade é que a* variola major *e a* minor *apresentam características bem definidas como entidades independentes.*

Há, em primeiro lugar, a questão da gravidade: ao passo que nos surtos de variola major *a letalidade oscila entre 10 e 40 % (às vezes ainda mais), nos de* variola minor *não vai além de 1 %. É evidente que há formas benignas da primeira, assim como há graves, e até mortais, da última; mas o que é excepção numa é regra na outra, e, encarado um surto ou uma epidemia no seu conjunto, não se pode comparar a gravidade dos dois tipos de varíola.*

Mas, além desta faceta revelada pelo estudo de grande número de casos, outros há que a observação dum número reduzido de enfermos pode descobrir com facilidade. Assim, na variola minor *o período de incubação é frequentemente mais longo, não existe paralelismo notável entre extensão do exantema e seriedade da afecção, e, dada a localização superficial das lesões cutâneas, uma vez estas curadas e caídas as crostas, quase se*

não observam cicatrizes deformantes. O sofrimento dos enfermos acaba na remissão térmica que marca o fim do período prodrómico e o início do exantemático, porque não há febre de supuração; doentes com exantemas extensos, quase confluentes, apresentam-se com magnífico estado geral; e, uma vez passada a doença, torna-se difícil, em muitos casos, encontrar os deformantes vestígios da sua passagem, tão típicos — e infelizmente tão conhecidos entre nós — da variola major.

Em certos paizes, como os E. U. A. e a Grã-Bretanha, a variola minor *lavra endémicamente; em outros, como a India, é a* variola major *que domina; e há, finalmente, regiões como Marrocos em que os dois tipos coexistem. Nos dois primeiros paises, a benignidade da doença, associada ao receio da encefalite post-vacinal e a preconceitos de ordem diversa, faz com que muita gente recuse a vacina; mas basta a importação dum caso de* variola major *originando um pequeno surto com alguns óbitos, para que todos se alarmem e procurem vacinar-se. Foi isto que se passou em Glasgow (1942) e em New-York (1947).*

Não conhecemos trabalho anterior que assinale a existência de alastrim sob forma endémica ou epidémica no Continente Português. No seu já citado relatório, Ricardo Jorge refere-se à grande epidemia dos Açores, (15.000 casos numa população de 126.000 almas, em 1923-24) e diz ter observado um enfermo em Lisboa, proveniente da Ilha Terceira. Como não fez referência a casos secundários, tudo leva a crer que a partir deste caso importado se não originou qualquer surto.

No mais extenso estudo sobre variola publicado nos últimos anos entre nós, F. Fonseca, C. Amaro e A. Fernandes (1942) agrupam os seus 455 casos hospitalares, consoante a gravidade, em varíola discreta e varíola confluente, as quais se consideram, como é sabido, simples formas clínicas de variola major. *Em todo o trabalho não há qualquer referência à* variola minor.

O presente artigo descreve uma endemia de alastrim, que o autor teve ocasião de observar parcialmente, numa região do Distrito de Lisboa. O assunto foi objecto de relatório apresentado a quem de direito em 24 de Julho de 1948, e duma pequena nota apresentada à Sociedade de Ciências Médicas na sessão de 30 do mesmo mês.

Nos princípios de Junho, numa das nossas digressões pelo distrito, reunimo-nos com alguns dos clínicos de Alenquer, a fim de trocar impressões sobre problemas sanitários locais. Ao falar-se àcerca da incidência de varíola no concelho, ouvimos dum dos presentes a seguinte opinião: «É difícil saber se é frequente ou não. Observo, por vezes, doentes de febre tifóide cuja família me diz: «não o chamámos mais cedo, porque julgávamos que era sarampo ou bexigas.» Chocou-nos bastante esta indiferença pela varíola, e pensámos que havia na expressão ouvida certo grau de exagêro. O tempo se encarregou, contudo, de mostrar que a frase correspondia quase inteiramente à verdade.

Os factos

No dia 18 de Junho recebemos a notificação dum caso suspeito de varíola no Casal do Vale do Rei, freguesia da Carnota, Concelho de Alenquer.

No dia seguinte deslocámo-nos até lá, acompanhados do subdelegado de saúde, e de duas visitadoras sanitárias do Serviço de Profilaxia.

O doente era um homem de 22 anos (Júlio G.), não vacinado, que adoecera a 10-VI-48, com febre alta, cefaleias, dores lombares, e, 4 dias depois, aparecimento de exantema. Visto pelo médico a 15, este notificara o caso imediatamente.

O enfermo mostrava-se bem disposto, mas apresentava na face um exantema pustuloso, com numerosos elementos de cor leitosa, quase confluentes. O tronco estava poupado, mas nos ante-braços e dorso das mãos observavam-se elementos idênticos aos da face, não umbilicados, cercados dum halo róseo, e todos eles na mesma fase de evolução.

Feito um pequeno inquérito familiar, averiguámos ser o Júlio o 7.º caso da família G.

A marcha da doença nesta casa fôra a seguinte: a 6 de Maio adoecera com «bexigas» um dos irmãos do Júlio; 19 dias depois (a 25), caiam à cama, simultâneamente, mais 5 irmãos, de 7 a 17 anos de idade; e, finalmente, a 10 de Junho, fora a vez

do Júlio. Nenhum deles estava vacinado; e da família só escaparam à doença o pai, de 58 anos, a mãi, de 49 (ambos vacinados em criança), e um irmão de 26 anos, que fôra vacinado durante o Serviço Militar.

O que nos surpreendeu, contudo, nos convalescentes que tivemos ocasião de observar foi a ausência quase completa de deformações cicatriciais; em vez disso o que se notava eram pequenas manchas planas despigmentadas, cercadas por halo escuro. A sua distribuição era, de resto, a típica da varíola — face e extremidades distais, aparecendo o tronco consideràvelmente poupado. A história que referiam era, em todos, idêntica: 3-4 dias de febre alta, cefaleias, raquialgias, seguidos de uma súbita acalmia (correspondente ao aparecimento do exantema), que não mais desaparecia.

No lugar da *Gavinheira*, que fica aproximadamente a 150 metros do Casal do Vale do Rei, e que tem uma população de cerca de 60 pessoas, observámos em duas habitações mais doentes.

Na 1.ª casa Maria da Conceição, (irmã do Júlio) de 28 anos e sua filha Margarida, haviam adoecido 2 dias antes, com febre alta, cefaleias, dores lombares, e ainda não apresentavam exantema algum no momento em que as observámos. Nenhuma delas havia sido vacinada. Um filho de 9 meses fôra isolado logo que a mãi se sentira mal; o pai, de 42 anos, fora vacinado durante o serviço militar e sentia-se bem.

Na 2.ª casa, onde habitavam 5 pessoas (pai, mãe e 3 filhas) estavam duas crianças doentes: Madalena (7 anos) e Maria Tereza (8 anos). A primeira apresentava um exantema muito discreto, cujos elementos lembravam os da varicela, mas com localização típica de varíola; a segunda tinha ùnicamente febre alta havia poucos dias. Um irmão pequeno, de 2 anos, nada ainda tivera; a mãe sofrera de varíola em pequena (referia ela) *mas não apresentava cicatrizes notórias;* o pai, de 31 anos, sentia-se igualmente bem. Nenhuma destas pessoas fora vacinada.

Estas duas famílias da Gavinheira eram ambas parentes dos G., e deviam ter sido por eles infectadas.

Num outro casal, *Casal Bailão*, situado a cerca de 3 quilómetros do do Vale do Rei, perdido num outeiro muito longe da estrada, havia ainda mais um doente: Maria José, de 21 anos, não vacinada, e que referia um período prodrómico típico ao qual

se seguira o aparecimento dum discreto exantema. Nesta casa viviam mais 6 pessoas (7, 13, 17, 18, 40, 50 e 60 anos) das quais só uma (a de 40 anos) havia sido seguramente vacinada; dos 2 indivíduos mais velhos da casa não foi possível obter informação concreta sobre o estado de vacinação anterior; mas os 3 irmãos mais jovens nunca haviam sido vacinados anteriormente.

Vistos os casos de doença activa, interessou-nos depois averiguar donde provinha a infecção que atacara o primeiro enfermo da família G.. Segundo nos informou um dos irmãos, esse doente namorava uma rapariga no lugar de A-do-Sôpo, onde houvera « bexigas » anteriormente.

O lugar de A-do-Sôpo fica perdido numa encosta, a cerca de 20 minutos, a pé, da estrada que vai de Santana de Carnota aos Cadafais. É um lugar de casas pobres, de difícil acesso, e por lá vivem à roda de 150 pessoas. Falámos nessa tarde com a mãi do garoto que primeiro adoecera no lugar: o filho frequentava a Escola da Quinta do Amaral, e nesse local havia « bexigas ». A criança adoecera talvez em Fevereiro; 15 dias depois, a mãe e uma irmã pequena adoeceram também. Nenhum destes estava vacinado; mas o pai, que fôra vacinado em pequeno, escapou. Depois a doença alastrara pelo lugar, atacando numerosas pessoas. Ao mesmo tempo, contudo, havia, na terra varicela (a que chamam « bexigas doidas »). E perguntando à mãe se não teria sido essa a doença que tivera, disse-nos distinguir bem as duas afecções: naquela que tivera, o mau de passar *eram os 3 primeiros dias, porque logo que apareciam as bexigas desaparecia o mal estar.* Os convalescentes que observámos nessa tarde não apresentavam uma única « marca » de varíola. Um dos que tivera a doença há menos tempo mostrava na face, nos ante-braços e nas pernas numerosas manchas claras cercados dum halo arroxeado, mas sem uma única cicatriz deformante. Informaram-nos, contudo, haver no lugar duas pessoas que tinham ficado muito marcadas.

Enquanto procedíamos a este inquérito, as visitadoras que nos acompanhavam haviam instalado em casa dos G. um posto de vacinação: foram-se vacinando os contactos que foi possível encontrar (alguns deles trabalhavam longe), e dos lugares próximos ia chegando gente a vacinar-se. Ao fim da tarde tinham-se vacinado 76 pessoas, das quais 30 pela primeira vez.

A atitude desses camponeses era curiosa: mostravam não temer a doença, avaliando bem a sua benignidade; revelavam todos os casos que conheciam e ficavam muito gratos quando os observávamos; e julgamos que, salvo o receio de alguma lesão ocular (num dos casos anteriores parece que surgira uma complicação dessa natureza), o que mais os impressionava era a possibilidade de perderem uns dias de trabalho. Descrevemos-lhes todos os perigos da varíola, mas da *variola major;* e essa descrição, associada ao efeito psicológico causado pela chegada de pessoas que vinham de tão longe preocupar-se com eles, fê-los aceitar bem a vacinação.

Já de regresso parámos em Santana de Carnota, onde também houvera casos de varíola. Numa loja encontrámos um velho que nos disse: «Estas «bexigas» de agora quase não fazem mal. Lembro-me de umas que houve no lugar da Pipa, vai p'ra 30 ou 40 anos, e em que não escapou quase ninguém».

Medidas adoptadas

Pensámos toda a tarde na atitude a tomar em relação aos casos de doença. E atendendo à notória benignidade da afecção, à facilidade com que nos indicavam todos os casos de doença, ao acesso difícil de muitas casas, à docilidade com que haviam aceite a vacinação, resolvemos não os transportar para nenhum hospital de isolamento, deixando-os nas suas próprias residências, apenas com a recomendação de não permitirem visitas. Preferimos correr esse risco ao de passarem a ocultar-nos os casos, receiosos da hospitalização.

A única medida especial que tomámos foi para um são, a criança de 9 meses que fôra separada da mãe logo que esta adoecera; recomendámos que só a deixassem voltar quando aparecesse a vesícula da vacina.

O que nos pareceu fundamental foi intensificar a vacinação anti-variólica, pois a população estava pèssimamente imunizada. Com este fim determinámos que o Subdelegado fizesse publicar num jornal de Alenquer um aviso à população, exagerando-lhe propositadamente a gravidade da situação, e marcando dias para vacinar em algumas localidades próximas do Casal do Vale do Rei; de Lisboa viria uma brigada de vacinação que o auxiliaria na realização desse trabalho. E da propaganda no local (dado

que grande parte desse povo não sabe ler) encarregámos um dos irmãos G., o Herculano, que andara connosco de monte em monte a indicar-nos os doentes; ele ficou também com a missão de nos informar de qualquer novo caso que aparecesse. E até agora tem sido o mais dedicado e diligente colaborador que os nossos Serviços encontraram.

Evolução

Voltámos ao Casal de Vale do Rei 5 dias depois: o Júlio já se levantara e fôra passear.

Seguimos para a Gavinheira: a Maria da Conceição e a Margarida continuavam de cama, mas consideràvelmente melhor. O exantema aparecera a 20, a ambas elas, sentindo-se imediatamente aliviadas. O da mãe era discreto mas com localização típica. O da filha era bastante mais extenso, atacando sobretudo a face e os membros, e constituído por elementos de cor leitosa, não umbilicados, com halo vermelho em redor. A mãe estava apirética; a filha tinha 37°,4, mas a temperatura voltou ao normal nos dias seguintes. A Madalena e a Maria Teresa já estavam bem, e a segunda nunca apresentara exantema.

Nos dias 25 e 26 de Junho as brigadas foram vacinar para essa região, sob a direcção do Subdelegado. A visitadora Júlia Pimenta foi ao lugar de A-do-Sôpo fazer um inquérito epidemiológico, guiando-se por normas que estabelecêramos. Segundo esse inquérito (ver apêndice), dum total de 163 indivíduos, 50 tiveram *provàvelmente* varíola durante os meses de Fevereiro e Março de 1948. Desses 50 só 14 apresentavam cicatrizes deformantes; em 2 essas cicatrizes eram numerosas, mas nos restantes 12 eram raras e pouco evidentes.

Depois disto rara foi a semana em que não voltámos à região de Santana de Carnota, sós ou acompanhados das brigadas.

Num só dia, 1 de Julho, vacinámos em 6 locais: Cadafais, A-do-Sôpo, Casal de Vale do Rei, Palaios, Ribafria, Mato e Azedia. Mais de 500 pessoas foram vacinadas nesse dia, sendo 172 delas pela primeira vez. Este número considerável só foi possível alcançar-se graças à propaganda esforçada do nosso agente voluntário H. G., e à técnica que adoptámos: o carro que nos

transportava ia-nos distribuindo por várias localidades, onde cada um principiava imediatamente trabalhando; terminada a distribuição o carro regressava à primeira localidade onde ficara pessoal nosso, e aguardava aí que terminasse o trabalho para iniciar a recolha dos restantes membros da équipe, transportando-os e distribuindo-os de novo por outro grupo de localidades. Desta maneira foi possível vacinar ao mesmo tempo em 3 locais diferentes. Para se ter ideia do rendimento deste processo diremos que em 5 dias de trabalho das brigadas, vacinámos no Concelho de Alenquer 1328 pessoas, sendo 416 pela primeira vez.

A última vez que tornámos à região foi na passada 3.ª feira, 20. No Casal de Vale do Rei não houvera mais caso algum; o Júlio apresentava na face algumas cicatrizes escavadas e estava em tratamento em Lisboa, por úlcera da córnea, encontrando-se actualmente muito melhorado. Na Gavinheira, os convalescentes apresentavam, no sítio das pústulas, manchas planas, umas róseas outras claras, com halo escuro em redor.

A 9 de Julho surgira um novo caso, Adelina C., de 16 anos, que visitara a Maria da Conceição em 27 de Junho, e que nunca quisera vacinar-se (estava com sono, segundo ela nos confessou...) quando havíamos estado a vacinar em 2 dias diferentes, a 200 metros da casa dela. A marcha deste caso foi idêntica à dos anteriores na sua benignidade.

No casal Bailão houvera mais 3 casos: 2 irmãos da Maria José, que apesar de vacinados por nós contraíram varíola, o primeiro 5 e o segundo 12 dias após a vacinação, e o terceiro numa mulher idosa cujo estado vacinal se ignorava, mas que recusara vacinar-se. Os três enfermos curaram, se bem que o período prodrómico tivesse sido particularmente violento no terceiro, e a evolução da doença foi igualmente benigna em todos eles. É curioso notar que dos três irmãos da Maria José vacinados por nós, só 1 escapou, e este expôs-se sempre muito menos ao contágio que os restantes, porque fugia de casa amedrontado pela doença; nos outros dois deu-se simultâneamente a evolução da vacina e da varíola.

Comentário

Nas observações que acabamos de referir há, entre outros, alguns factos que merecem comentário. O primeiro é a elevada percentagem de pessoas por vacinar; o segundo é a existência duma endemia de varíola particularmente benigna, e que já se arrasta certamente há muito tempo. Estes dois factos estão intimamente relacionados, e até certo ponto interdependentes. É evidente que se os habitantes estivessem bem imunizados não haveria varíola; mas parece-nos também lógico admitir que se esta fosse de carácter grave obrigá-los-ia a chamar o médico, e procurariam vacinar-se para se defender. Ora a varíola de Santana de Carnota é uniformemente ligeira, e a sua benignidade não resulta do grau de imunidade dos indivíduos atacados (a maioria deles nunca fôra vacinada), mas está ligada à própria natureza do virus. Qualquer pessoa que como nós tenha visto os casos, a sua evolução, a ausência sistemática de febre de supuração, a raridade de cicatrizes deformantes, não pode deixar de recordar o magnífico trabalho de Ricardo Jorge sobre alastrim E a semelhança é tamanha que não é arriscado afirmar ser a varíola ùltimamente observada nessa região de tipo alastrínico.

Claro está que isto não diminui de forma alguma a importância do problema que se nos afigura primordial, e que é o da vacinação. Uma população mal imunizada está à mercê da varíola, seja esta *minor*, como neste caso — o que não trará graves consequências — ou *major* — o que será infinitamente mais sério. Por isso temos insistido repetidas vezes junto do Subdelegado para que intensifique a vacinação anti-variólica no seu Concelho. No que se refere ao estado vacinal os números citados dispensam comentários. Não se julgue que pensamos ser excepcional a situação de Alenquer; a população rural do nosso distrito está quase toda ela mal imunizada contra a varíola. E se pretendermos melhorar o panorama há que rever todo o processo de trabalho dos últimos anos, e que uma experiência como esta revela improfícuo.

Mas, além destes dois factos, sem dúvida importantes sob o ponto de vista de Saúde Pública local, um outro existe, de carácter mais geral, e que não devemos deixar de mencionar. Queremos referir-nos ao problema da difusibilidade do alastrim.

É opinião frequente considerar o alastrim como um tipo especial de varíola, caracterizado por gravidade menor e maior difusibilidade que a *variola major*. No seu já citado relatório, dizia Ricardo Jorge, falando do Alastrim: « *Dépassant actuellement l'ancienne variole, plus expansive qu'elle...* » A tendência habitual é atribuir estas diferenças a *qualidades inerentes ao próprio virus;* no que se refere à benignidade clínica tudo leva a crer que isto seja correcto; o mesmo talvez se não passe no que respeita à difusibilidade.

Na realidade, nos últimos tempos tem-se observado repetidas vezes que protegendo a vacinação contra ambos os tipos de varíola, sucede, contudo, que em presença de certas formas de *variola major* a protecção obtida é por vezes insuficiente; e até se aconselha aos indivíduos que se deslocam para regiões onde exista esse tipo de varíola, revacinações mais frequentes que o habitual no seu país de origem, onde a varíola existente é *minor* (Army Med. Dept., 1944). Quer isto dizer: reconhece-se, por um lado, que o virus da *variola major* tem maior capacidade de vencer a imunidade parcial de alguns vacinados, e provocar doença; admite-se, por outro, que o virus do alastrim (e o próprio nome é altamente sugestivo) é dotado de maior poder de difusão. Parece-nos desnecessário dizer que isto é absurdo.

Não se julgue, todavia, que discordamos da maior difusibilidade do alastrim; o que nos parece, contudo, é que a razão deste facto há que buscá-la, não numa propriedade inerente ao próprio virus, mas na benignidade da doença por ele provocada. As nossas observações são demonstrativas: em pleno período exantemático, infectante, na altura em que o enfermo de *variola major* estaria retido no leito pela febre de supuração, os nossos doentes levantavam-se, alguns deles visitavam parentes e amigos, e estes, por sua vez, não atemorizados pela doença, recebiam-nos. E aqui deve estar a chave do problema: na *variola minor*, embora o agente pareça dotado de menor agressividade, a difusão alcançada é certamente maior, porque o seu depósito (o enfermo) possui um raio de acção consideràvelmente superior.

Sumário e conclusões

1. Nos últimos meses, e possìvelmente já de há muito, grassa numa região do concelho de Alenquer uma endemia de varíola.

2. É impossível avaliar o número de casos ocorridos, mesmo só desde o início de 1948, mas tudo leva a crer que excede uma centena.

3. A doença é uniformemente benigna, não se conhecendo casos mortais; não apresenta febre de supuração, e raramente deixa cicatrizes deformantes.

4. Como consequência do anterior, a população não se alarma, só incidentalmente chama o médico, e poucas vezes procura defender-se pela vacinação. Não mostra, contudo, hostilidade para com o processo vacinal, e não oculta os casos existentes.

5. Atendendo aos factos anteriormente expostos, resolvemos não hospitalizar os doentes (o que poderia trazer como consequência o ocultar de novos casos), alarmar a população para lhe despertar interesse pela vacina, e levar esta até às pequenas localidades.

6. Dado o número considerável de indivíduos por vacinar, insistimos junto do Subdelegado para que intensificasse em todo o concelho, e duma forma permanente, a vacinação anti-variólica.

Apêndice

Inquérito epidemiológico retrospectivo no lugar de A-do-Sopo (37 fogos com 163 habitantes)

A. Casos de Varíola em Fevereiro e Março de 1948:

	IDADES						ESTADO VACINAL
	0–4	5–9	10–14	15–19	+ de 20	Ignora-se	
Casos	5	11	10	5	5	4	Não vacinados
	1	—	—	—	3	4	Vacinados

Total de casos: 50.
Com cicatrizes deformantes: numerosas, 2; raras, 12.

NOTA: Para distinguir a varíola da varicela, a visitadora baseou-se no facto de existir na primeira dessas doenças um período prodrómico de 3 dias com febre alta, dores pelo corpo, cefaleias, sintomas que se atenuam consideràvelmente ao aparecer o exantema.

B. Estado vacinal da população:

	IDADES						TOTAIS
	0–4	5–9	10–14	15–19	+ de 20	Ignora-se	
Vacinados	1	1	4	10	64		80
Não-vac.	14	17	14	9	6		60
Ignora-se	1	—	1	1	11	9	23
				Total geral . . .			163

VISITADORA SANITÁRIA

JÚLIA PIMENTA

BIBLIOGRAFIA

FONSECA, F., AMARO, C. & FERNANDES, A. — *Notas sobre varíola* — Med. Contemp. *59*: 33, 1942.

JORGE, RICARDO — *Alastrim et Variole* — Arq. do Inst. Central de Hig., *3*: 1, 1927.

MACGREGOR, A. S. M. — *The outbreak of Smallpox in Glasgow*, 1942 — Pub. Health Depart. of Glasgow, Sept. 7, 1942. Refert.ª in Bull. Hyg. *18*: 11, 1943.

War Office. Army Med. Dept. Bull. Suppl. N.º 18, Oct. 1–5, 1944 *Vaccination Methods revised* — Refert.ª in Bull. Hyg. *20*: 177, 1945.

WEINSTEIN, I. — *An outbreak of Smallpox in New York City* — Am. J. Pub. Health, *37*: 1376, 1947.

DELEGAÇÃO DE SAÚDE DE LISBOA

SERVIÇO DE PROFILAXIA

Surto de tuberculose simulando, inicialmente, febre tifoide

(Bemposta, 1948)

POR

JOSÉ CUTILEIRO

No dia 14 de Julho o Subdelegado de Saúde de Loures, Dr. Barbas de Albuquerque, comunicou-nos que no lugar da Bemposta estava tratando, havia dias, algumas crianças que lhe pareciam sofrer de febre tifoide; já notificara os casos, e, dado o início quase simultâneo da afecção nesses enfermos, resolvera mandar analisar a água do chafariz da localidade. Ao mesmo tempo referiu-nos haver ainda na Bemposta outras crianças doentes, sofrendo de afecção febril mal definida, apresentando algumas delas nódulos dolorosos nas pernas. A hipótese de eritêma nodoso apresentou-se-nos como a mais verosímil, e visto o problema logo de início se nos afigurar interessante, resolvemos observar imediatamente os enfermos, e tentar esclarecer a questão.

Bemposta é uma pequena povoação próximo de Bucelas, com cêrca de 500 habitantes. Nessa primeira tarde em que a visitámos, vimos 9 doentes. Em 4 deles a sintomatologia clínica era, de facto, muito semelhante à da febre tifoide, com febre alta, timpanismo, mioedêma, ponta de baço, e, num caso, dicrotismo. Mas além destes observámos 2 com eritêma nodoso no momento do exame, e 1 que o havia tido na semana anterior; este último doente apresentava ainda uma prova de tuberculina positiva (R. adesivo), feita 2 dias antes pelo seu médico assistente (Dr. Alves de Oliveira). Os 2 restantes sofriam de afecção febril com escassa sintomatologia subjectiva e objectiva.

Nessa mesma tarde informaram-nos também de que havia mais pessoas doentes com febre, não só na Bemposta, mas ainda noutra localidade próxima, Vila Nova.

Procurando um nexo entre estes vários casos, pertencentes a diversas famílias e residentes em locais diferentes, houve um que imediatamente surgiu: *Todos os doentes eram crianças em idade escolar, e todas frequentavam a Escola da Bemposta,* pequena escola mista com pouco mais de 30 alunos. Nas famílias a que pertenciam, os pais e os irmãos, mais novos ou mais velhos, continuavam de perfeita saúde; e era lógico procurar na Escola a origem dos seus males.

Tentámos falar com a professora mas ela viera poucos dias antes para Lisboa. Do que pudémos averiguar, contudo, concluímos que as crianças não consumiam na Escola um único alimento em comum. E a hipótese de trabalho que a partir de então se afigurou como única admissível foi a seguinte: todos os casos que havíamos observado eram de etiologia tuberculosa; a sua fonte de infecção fora a mesma, um doente contagioso que com eles convivera na Escola. Com esta ideia estabelecida procurámos a criada da professora e a proprietária do edifício onde funciona a Escola. Ambas elas eram pessoas de aspecto saudável, não referindo queixa alguma, e as suas declarações, no que respeitava à professora, foram desorientadoras: a primeira dizia que *desde Outubro* a Senhora tinha tosse e expectoração, o que se nos afigurava estranho, pois todos os casos de doença nas crianças observadas eram de início recente; a segunda não podia conceber que se suspeitasse da saúde da professora, que ela descrevia como trabalhando todo o dia, gritando às crianças com uma energia que um doente certamente não possui. E, como argumento decisivo, apresentava este: se a origem de todos os males fosse a professora, era absurdo que continuasse absolutamente saudável uma filha de 2 anos que com ela vivia.

Plano de trabalho

Partindo do princípio que todos os casos eram da mesma etiologia, e que além dos observados, e daqueles que eram do conhecimento geral, mais deveria haver na população escolar, estabelecemos o seguinte plano:

1.º — Exame clínico, radiológico e laboratorial da professora, visto haver muitas probabilidades de ser ela a fonte de infecção.

2.º — Exame de todas as crianças da Escola, anotando as doenças que haviam tido nos últimos meses, e fazendo em todas elas, mesmo nas aparentemente sãs, prova de tuberculina e exame radiológico.

Primeiros resultados

(Julho - 1948)

1.º — Pesquisa da fonte de infecção

No dia seguinte a professora procurou-nos no Centro de Saúde de Lisboa, sendo-lhe explicado o que pretendíamos. Trancrevemos a seguir um sumário da sua história clínica:

I. S. O. N., 31 anos, casada, professora.

História pregressa: No dia 17 de Abril constipou-se, tendo ficado até agora com tosse, expectoração e febre de quando em quando. Anorexia de há 2 meses para cá. Vista algumas vezes por vários médicos, estes disseram-lhe sofrer de bronquite e foi tratada como tal. Há cerca de 8 dias, fez em Lisboa uma radiografia do torax que vem acompanhada dum relatório onde se lê: ausência de lesões parenquimatosas.

A. P.: Sem interesse.

A. F.: Irmão falecido de tuberculose pulmonar há 5 anos.

Obs.: Indivíduo robusto, pálido; rouquidão; raríssimos sinais de bronquite à direita.

Apesar do relatório que acompanhava a radiografia, por todas as razões anteriores e ainda por a imagem hilar direita nos parecer suspeita, resolvemos observar a doente radioscòpicamente: e bastava fazer rodar o torax um pouco para a esquerda para se descobrir uma cavidade justa-hilar, com cerca de 3 cm. de diâmetro (Fig. 1).

Procedeu-se imediatamente ao exame directo da expectoração, que revelou abundantes bacilos ácido-resistentes.

A fonte de infecção encontrava-se identificada.

2.º — Exame da população escolar

Dos 36 alunos da Escola (indivíduos de ambos os sexos, cuja idade oscilava entre 7 e 14 anos) foi-nos possível examinar 35. Do que faltou, o seu médico assistente, Dr. J. Eduardo Vieira, facultou-nos gentilmente a história clínica e a radiografia do torax.

PROVA DE TUBERCULINA (R. ADESIVO)

Nos 35 alunos a quem fizemos a prova, 28 eram tuberculino-positivos, e 7 tuberculino-negativos. Como o enfermo do Dr. Vieira já possuia, à data do início do inquérito, radiografia do torax revelando adenopatia tráqueo-brônquica esquerda, não se lhe fez a reacção por desnecessária, mas considerou-se essa criança como tuberculino-positiva.

PROVA DE TUBERCULINA E SINTOMATOLOGIA CLÍNICA

Excluindo 7 tuberculino-negativos cujo exame radiológico do torax não revelou anormalidades, ficaram-nos 29 crianças tuberculino-positivas. Dentre estas 29, só 5 se limitavam a ser unicamente tuberculino-positivas, sem referirem história clínica sugestiva, e sem apresentarem alterações radiológicas.

Das restantes 24, só uma (S. M. F.) não tinha história de doença recente, apesar do exame radiológico ter revelado nódulo de Ghon e adenopatia de Botal. As outras 23 padeceram (e padeciam ainda muitas delas à data deste primeiro exame) de doença recente perfeitamente definida, e 19 destas apresentavam alterações radiológicas.

3.º — Exame de outros indivíduos expostos à infecção

Observámos clínica e radiológicamente o marido e a criada da professora, de 16 anos de idade, tuberculino-positiva. Este exame foi de resultado negativo. A observação da filha encontra-se resumida nas linhas seguintes:

M. T. N. S., 2 anos.
Tem passado sempre bem.
Obs. Optimo estado geral. Exame clínico negativo.
R. A. = positiva. V. S. = 42 mm. 1.ª hora.
Exame radiológico do tórax: hilo direito suspeito (Fig. 2).

Medidas adoptadas

A. — Fonte de infecção

Felizmente para todos, a professora tinha disponibilidades financeiras. Aconselhámos-lhe sanatorização imediata, e 4 dias depois da nossa primeira visita à Bemposta encontrava-se já em tratamento na Estância do Caramulo.

B. — Contactos

1. — Domiciliários. A filha da doente ficou sendo tratada no Centro de Saude de Lisboa. A criada (tuberculino-positiva mas sem sinais clínicos ou radiológicos de doença) ficou sujeita a vigilância juntamente com os indivíduos do grupo seguinte.

2. — Escolares. Dividimos os alunos em 3 grupos, adoptando para cada um destes uma atitude diferente.

   1. tuberculino-negativos (7): repetição periódica, durante alguns meses, da prova de tuberculina [o último contacto com a professora havia sida a 10 de Julho].

   2. tuberculino-positivos mas sem sinais clínicos ou radiológicos de doença (5): vigilância clínica periódica.

   3. tuberculino-positivos com sinais clínicos ou radiológicos de doença (24): a assistência clínica das crianças pobres que não tinham médico privativo (20) ficaria a nosso cargo, auxiliados pelo Sub-delegado de Saúde; as restantes 4 continuariam entregues aos seus clínicos assistentes.

A terapeutica instituida inicialmente nos enfermos que ficaram a nosso cargo consistiu em repouso, alimentação reforçada,

administração de calcio, Vitamina C e Vitamina D_2. A Comissão de Assistência de Bucelas e a Câmara Municipal de Loures cederam os medicamentos gratuitamente; o nosso Serviço forneceu leite condensado e farinhas lácteas.

Todos os enfermos (à excepção de 2 a que adiante nos referiremos) foram tratados no seu domicílio. Uma visitadora do nosso Serviço passou a ir à Bemposta 3 vezes por semana, para administração de medicamentos injectáveis, averiguação de temperaturas, pesagens, registo das queixas dos doentes e vigilância do esquema de tratamento preconisado, (repouso, etc.). Este trabalho da visitadora durou pouco mais de um mês; nos meses seguintes os doentes e as suas famílias já estavam suficientemente educados, e muitas vezes era o próprio enfermo quem registava a temperatura e o peso, por a mãe ser analfabeta.

A desinfecção da Escola ficou a cargo do Subdelegado de Saude.

Evolução do surto

A. — População escolar

NOVOS CASOS DE DOENÇA.

Dentre os 7 alunos *tuberculino-negativos* à data do início deste estudo, 3 « viraram » a reacção para positivo poucos dias depois, na última semana de Julho. Em 2 deles a « viragem » acompanhou-se de aparecimento de febre alta, eritêma nodoso, e alterações radiológicas evidentes (Figs. 3, 4, 5, 6 e 7); o terceiro apresentou astenia, anorexia e febrícula durante um mês.

É importante acentuar que dos 4 que até agora (7-12-48) permaneceram tuberculino-negativos, 3 haviam abandonado a Escola por motivos diversos alguns meses antes dos seus camaradas.

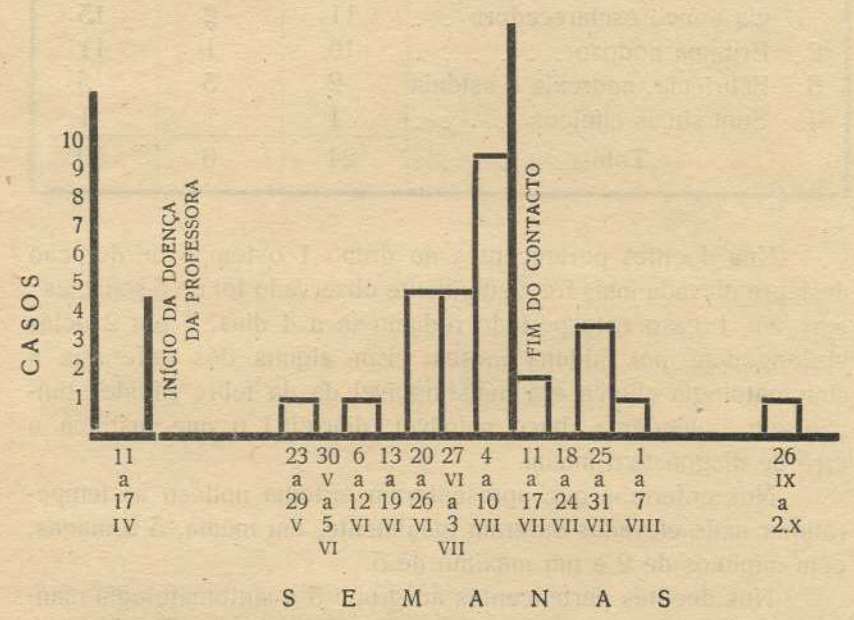
No grupo dos 5 alunos tuberculino-positivos, sem sintomatologia clínica ou radiológica inicial, 3 apresentaram posteriormente sinais de doença: em 2 deles o intervalo entre a prova positiva e os primeiros sintomas foi de 6 dias. No primeiro caso a doença manifestou-se por febre (38,5), seguida de eritema nodoso 17 dias

depois; no segundo, por temperaturas elevadas, vómitos, cefaleias, e, radiològicamente, pelo aparecimento de adenopatia hilar (Figs. 9 e 10). O terceiro aluno só em fins de Setembro apresentou anorexia e febrícula irregular, precedidas pelo aparecimento dum pequeno nódulo arroxeado, doloroso, numa das pernas (eritema nodoso?), mantendo-se neste estado durante um mês.

O gráfico I mostra-nos o início da doença, por semanas, em 29 casos, indicando simultâneamente o começo da afecção da professora, e a data em que deixou de estar em contacto com os alunos.

GRÁFICO I

Início da doença, por semanas, em 29 casos



FORMAS CLÍNICO-RADIOLÓGICAS

a) *período inicial*

A tabela I indica o aspecto revestido pelo período inicial da doença em 30 dos 36 alunos expostos à infecção.

TABELA I

Aspectos clínicos do período inicial em 30 casos, indicando os que apresentaram ou não alterações radiológicas

FORMAS CLÍNICAS	com sinais radiol.	sem sinais radiol.	Total
1. Febre alta, com sintomatologia pouco esclarecedora . .	11	2	13
2. Eritema nodoso	10	1	11
3. Febrícula, anorexia e astenia	2	3	5
4. Sem sinais clínicos	1		1
Totais	24	6	30

Nos doentes pertencentes ao grupo 1 o tempo de duração de febre elevada mais frequentemente observado foi de 3 semanas; mas em 1 caso este período reduziu-se a 4 dias, e em 2 deles prolongou-se por alguns meses. Em alguns dos enfermos a sintomatologia clínica era indistinguível da da febre tifoide (timpanismo, mioedema, baço palpável, diarreia) o que justifica o erro de diagnóstico inicial.

Nos enfermos que apresentaram eritema nodoso as temperaturas mais elevadas duraram igualmente, em média, 3 semanas, com mínimos de 2 e um máximo de 5.

Nos doentes pertencentes ao grupo 3 a sintomatologia manteve-se durante períodos de tempo muito variáveis (1 a 7 semanas).

Finalmente o enfermo do grupo 4 nunca referiu, durante este período inicial, queixa alguma, mas o seu exame radiológico revelou a existência dum nódulo de Ghon no campo pulmonar esquerdo, acompanhado de adenopatia de Botal e ligeira reacção pleurítica da base desse mesmo lado. (Fig. 13).

Em 24 dos 30 enfermos observaram-se alterações radiológicas. À excepção de 1 caso, que se limitou a apresentar um pequeno foco parenquimatoso numa das bases, a lesão dominante era de adenopatia traqueo-bronquica, só (10) ou acompanhada de foco parenquimatoso (13). Na maioria dos casos era muito escassa a participação parenquimatosa, só raramente se observando imagens como as reproduzidas nas figuras 8 e 17; a adenopatia assumia especial importância, não só pelo volume como pela multiplicidade (Figs. 11, 16, 21, 24 e 28), e as imagens lembravam por vezes as que habitualmente observamos em lactentes infectados.

A impressão que nos ficava, depois de ver as radiografias em conjunto, era a de estarmos em presença dum grupo de primo-infecções de gravidade notável.

b) *evolução ulterior*

De início observámos os enfermos de 10 em 10 dias, mas a partir de Setembro os exames tornaram-se mais espaçados. Sempre que o considerávamos necessário, os doentes eram transportados a Lisboa, a fim de serem submetidos a exame radiológico no Centro de Saúde. Independentemente destes exames eventuais, toda a população escolar a nosso cargo foi observada radioscòpicamente em Setembro e em Novembro-Dezembro de 1948. No primeiro destes exames fizeram-se radiografias ùnicamente àqueles que apresentavam, à radioscopia, alterações das imagens radiográficas anteriores; no segundo, todos os alunos foram radiografados.

Passado o período agudo, de temperaturas mais elevadas e sintomas mais evidentes, 10 enfermos ficaram clìnicamente bem, apiréticos e aumentando de peso.

A situação foi diversa nos restantes 16: em 10 deles a febrícula manteve-se durante o período médio de 1 mês, com mínimos de 15 dias e máximos de 3 meses, o peso estacionou ou sofreu ligeiras alterações — mas tudo isto acabou por passar espontâneamente.

Observou-se um ligeiro paralelismo entre evolução radiológica e evolução clínica nestes 2 grupos: no primeiro houve melhoria evidente em 7 deles e agravamento em 2; no segundo, o número dos que melhoraram radiològicamente reduziu-se a 5, ficando 4 no mesmo estado e agravando-se as lesões em 1.

Nos 6 outros enfermos o curso foi mais grave. Um deles foi hospitalizado por sofrer de pleurisia exudativa e ser impossível o tratamento domiciliário.

S. M. F., sexo masculino, 7 anos. No início do inquérito não referia queixas, a observação clínica era negativa, mas o exame radiológico revelava nódulo de Ghon à esquerda, com adenopatia de Botal, acompanhados de reacção pleural discreta (Fig. 13). Passou bem cinco semanas; ao fim desse tempo pleurisia esquerda (Fig. 14). Internado no Hospital de S. Roque em 24-9-48, onde tem permanecido até agora. Durante o internamento, sarampo em 12-11-48, sem que pareça ter-se agravado o seu estado. O derrame desapareceu (Fig. 15) o enfermo aumentou de peso, mas a febrícula ainda se mantém em Dezembro. [*Dr.ª Berta Manso Preto*].

Um outro doente, que nunca havia deixado de ter febre, foi internado por meningite tuberculosa.

D. C. L., sexo masculino, 7 anos. Início da doença a 7-7-48; quadro clínico similar ao da febre tifoide. R. A. positiva em 19-7-48. Radiografia do torax (21-7-48): infiltração parenquimatosa do 1/3 inferior do pulmão direito; adenopatia inter-lobar e para-traqueal direita (Fig. 17.). Nas semanas seguintes mantém febre (37,5–38), anorexia, palidez. A radiografia seguinte revela agravamento (?) das lesões (Fig. 18). A17-9-48, vómitos; observação clínica negativa salvo febre, a 22-9-48. Nos dias seguintes piora e é internado no serviço 2 do Hospital Curry Cabral, secção masculina, (Dr. Frederico Madeira) a 28-9-48. No momento da hospitalização referia febre, cefaleias, vómitos; plena lucidez; Kernig.

O primeiro exame do liquor revelou aumento da quantidade de albumina (0,97 $^{0}/_{00}$) sem subida apreciável do número de células. V. S. = 54 mm. 1.ª hora.

Durante os primeiros 20 dias recebeu diàriamente estreptomicina por via intra-raquídea (0,2 Gr.) e intra-muscular (0,8 Gr.). Os vómitos e as cefaleias passaram ao fim de poucas semanas, mas os sinais meníngeos acentuaram-se sem haver contudo perturbações da lucidez, e a febre manteve-se até meados de Outubro. As células no liquor aumentaram até atingir 215/mm³ a 1 de Outubro, principiando depois a diminuir mas alcançando ainda 95 em 15-11-48. Parece haver agravamento das lesões intra-torácicas (Fig. 19).

A partir de fins de Outubro a rigidez da nuca diminui mas o Kernig mantém-se cerca de um mês. Em meados de Novembro recomeça tratamento por estreptomicina (1 Gr. por dia, durante 20 dias, intra-muscular). No final desse mês os sinais meníngeos atenuam-se progressivamente até desaparecerem por completo. V. S. = 12 mm.

No momento actual (meados de Dezembro) a cura clínica é completa, o peso aumentou e há também melhoria notável das alterações radiológicas (Fig. 20). [*Dr. Amorim Ferreira*].

Três outras crianças, todas elas apresentando extensas adenopatias, mantiveram febre e anorexia até fins de Outubro. Resolvemos administrar-lhes estreptomicina (1 Gr. diário, em injecção intramuscular, durante 20 dias). Melhoraram todas apreciàvelmente.

R. A. R., sexo masculino, 8 anos. Início da doença a 23-6-48; quadro clínico similar ao da febre tifoide. R. A. positiva em 19-7-48: nódulo de Ghon na região para-traqueal direita; adenopatia hilar bi-lateral (Fig. 21).

Nos meses seguintes mantém febre vespertina (38), palidez, anorexia e peso estacionário. Radiografia de 9-9-48: aumento das adenopatias (Fig. 22). Bronquite na segunda quinzena de Outubro.

Começa tratamento pela estreptomicina a 24-10-48, terminando 20 dias depois. A febre desaparece e volta o apetite; nas semanas seguintes a palidez atenua-se e o peso aumentou. A radiografia feita em 25-11-48 mostra redução apreciável das adenopatias (Fig. 23).

M. G. D. C., sexo feminino, 7 anos. Adoeceu a 7-7-48 com febre pouco elevada e anorexia. Obs. em 14-7-48: emagrecimento; meteorismo, ponta de baço; miodema. R. A. positiva em 19-7-48. Radiografia do torax (24-7-48): complexo ganglionar hilar e para-traqueal direito (Fig. 11).

Nos meses seguintes mantém febrícula, anorexia, suores, palidez; o peso aumenta ligeiramente. Em 9-9-48 nova radiografia (Fig. 12).

A 24-10-48 começa tratamento pela estreptomicina. A febrícula desaparece, volta o apetite, a palidez torna-se menos acentuada. Continua melhorando desde então e está agora clìnicamente bem; radiològicamente as alterações parecem muito ligeiras.

E. P. M., sexo masculino, 8 anos. Início a 12-7-48; eritêma nodoso; expiração soprante na metade interior do hemitorax esquerdo, à frente. R. A. positiva, em 19-7-48. Radiografia do torax (21-7-48): complexo primário completo com infiltração primária (atelectasia?) (Fig. 25).

Nos meses seguintes anorexia, febrícula, peso estacionário. Em 9-9-48 nova radiografia (Fig. 26).

Começa tratamento pela estreptomicina em 24-10-48; apirexia, apetite. Radiografia de 25-11-48 (Fig. 27): acentua-se a deminuição de opacidade observada nos exames anteriores, mas há um forte repuxamento do mediastino para a esquerda.

Finalmente a primeira das alunas a adoecer, apresenta-se agora, após um periodo de acalmia de mais de 2 meses, com febre e tosse, provocadas por grande adenopatia retro-cardica.

C. D. C., sexo feminino, 14 anos. Adoeceu em fins de Maio com astenia, anorexia, febre pouco elevada. Um mês depois eritêma nodoso. R. A. positiva em 19-7-48. Radiografia do torax (24-7-48): empastamento e reacção hilar esquerda (Fig. 29).

Durante Agosto, febrícula e algumas vezes pontada torácica à esquerda; conserva, todavia, apetite e vai aumentaudo de peso. Em Setembro a febre desaparece e a doente mantem-se bem até princípios de Novembro. Começa então com tosse, febrícula e expiração sibilante. A auscultação revela algumas vezes sinais de bronquite esparsos, mas, mesmo quando estes desaparecem, a tosse, a expiração sibilante e a febrícula mantêm-se. Uma radiografia do torax em 1.º D. O. revela adenopatia tráqueo-brônquica do grupo da bifurcação (Fig. 30).

B. Outros indivíduos expostos à infecção

A criada da professora nada revelou de anormal em 3 exames radiográficos, o último dos quais em Dezembro.

A filha tem continuado sempre sem sintomatologia clínica; o exame radiológico permanece idêntico ao anterior. A V. S. baixou para 13 mm. na 1.ª hora.

Estado actual

No momento actual, à excepção de 3 enfermos (casos S. M. F., D. C. L. e C. D. C., atrás referidos) todas as crianças estão aparentemente bem: apiréticas, com apetite, peso aumentando progressivamente, muitas delas já retomaram os trabalhos escolares. Quem conheça, contudo, a gravidade das suas lesões não está completamente tranquilo: novas complicações poderão ainda surgir, se bem que as probabilidades desta ocorrência diminuam à medida que o tempo passa. Um período de 6 meses é insuficiente para avaliar em toda a sua extensão a gravidade dum surto desta natureza, e é nossa intenção prolongar ainda durante bastante tempo o exame periódico da população infectada.

Comentário

Quem se tenha dedicado ao estudo de problemas similares não pode deixar de ficar surpreendido pelo aspecto estranho desto surto.

O que primeiro impressiona é o *inìcio brusco*. O habitual, quando um tuberculoso contagiante actua sobre uma colectividade, é o aparecimento dos casos em rosário — um mês, um, no mês seguinte, outro, etc. Aqui não: o que se observou foi um começo quase súbito, quase explosivo, de tal forma que levou a pensar num surto de febre tifoide de origem hídrica.

O segundo facto extraordinário é a *extensão* atingida pela infecção: de 36 crianças em idade escolar, 32 (88,8 %) ficaram tuberculino-positivas, e esta percentagem é notàvelmente superior à observada por nós em jovens recrutas provenientes dos meios rurais (74,3 %), apesar de termos empregado nestes a prova de Mantoux, levada até 1 %. Acrescente-se ainda o facto de 3 das 4 crianças que permaneceram tuberculino-negativas terem deixado de frequentar a Escola alguns meses antes das suas camaradas, e ter-se-há uma ideia da enorme difusão atingida pela infecção entre a população exposta ao contágio.

O terceiro factor a destacar é a *gravidade* do surto: dentre 32 crianças tuberculino-positivas, 30 apresentaram sinais clínicos ou radiológicos da doença. Mesmo admitindo que as duas restantes eram tuberculino-negativas quando do início da exposição ao contágio (hipótese pouco provável, pois teríamos que admitir uma população em idade escolar *totalmente* tuberculino-negativa), e que nelas a reacção «virára» duma forma silenciosa — há que reconhecer que a percentagem de infecções inaparentes foi extremamente pequena (6,2 %). Se pensarmos (como nos parece mais verosímil) que essas 2 crianças já eram, à data do início do contágio, tuberculino-positivas, então a percentagem de infecções inaparentes reduzir-se-há a 0. Este facto é tanto mais estranho quanto se reconhece ser a idade escolar a época da vida em que a primo-infecção tuberculosa adopta com mais frequência um curso totalmente assintomático. Poder-se há dizer que, alarmadas as mães pelo conhecimento do que sucedera, começaram a vigiar mais cuidadosamente os filhos, notando as queixas e sinais que passariam despercebidos em período normal. Esta argumentação não tem grande valor, pois vemos, pela tabela I, que o número de casos nestas circunstâncias nunca poderia ir além de 6 (grupos 3 e 4).

Mas a gravidade do surto não se revelou ùnicamente pelo pequeníssimo número de infecções inaparentes: se bem que ainda seja cedo, e mais complicações post-primárias possam aparecer, pelo observado até agora verificamos que dentre os que apresentaram sinais clínicos ou radiológicos de doença, esta tem revestido, duma maneira geral, um curso particularmente severo (grandes adenopatias, pirexias anormalmente prolongadas, aparecimento de pleurisia exudativa e de meningite tuberculosa). Este facto contrasta com a marcha reconhecidamente favorável da primo-

-infecção tuberculosa quando contraída em idade escolar, e não é explicável pelo facto de se tratar duma população rural: num grupo de recrutas igualmente provenientes de meios rurais, observámos nós, em Lisboa, em 1944, que a « viragem » da reacção à tuberculina decorria duma forma relativamente benigna, ao contrário do que sucedera nos Açores, e atribuimos a diferença observada a outros factores que não a proveniência dos recrutas, idêntica em ambos os casos.

Na realidade, estas três características do surto (início brusco, grande extensão, notável gravidade) são compreensíveis se meditarmos um pouco nos dados fornecidos pelo inquérito. Em primeiro lugar, a doença da professora foi de curta duração, e pela história por ela referida não é absurdo admitir que se tratasse dum infiltrado que ràpidamente cavitou, conduzindo à eliminação de abundantes bacilos de Koch. Além de que, a época em que a doença apareceu (proximidade dos exames), o temperamento enérgico da enferma, o seu desejo de ter as crianças bem habilitadas (várias mães nos referiram o grande interesse que ela tinha no ensino), tudo isto a levava a estar longas horas junto das suas pequenas vítimas, falando-lhes, gritando-lhes mesmo, expondo-as constantemente a uma infecção macissa e repetida. Por sua vez os alunos escassa resistência específica deveriam oferecer: a tuberculose na região é pouco frequente e é natural que a maioria das crianças fosse tuberculino-negativas. O resultado desta infecção brusca, macissa e repetida, actuando sobre uma população altamente susceptível foi o surto cujas caracterfsticas principais acabamos de referir: *início súbito, grande extensão, notável gravidade.*

O caso da filha da professora não é tão extraordinário como parece à primeira vista; do que conseguimos averiguar no inquérito, o seu contacto com a fonte de infecção fôra, durante os últimos meses, apreciàvelmente menor que o das crianças da Escola.

Conclusão

Uma experiência humana como a que relatámos chama imediatamente a atenção para um problema magno da saúde da criança: a obrigação, que as autoridades sanitárias devem ter, de examinar rigorosamente todos os que pretendem dedicar-se ao ensino. O surto da Bemposta, é, certamente, um facto

excepcional nas suas características, pela convergência de diversos factores nem sempre coincidentes; mas tem o mérito de fazer meditar sobre a situação das nossas escolas, onde se devem passar muitos factos similares, embora revestindo aspecto menos dramático.

Na verdade, um tuberculoso contagiante leccionando numa escola primária oficial de Lisboa, habitualmente frequentada por crianças pobres, não provocaria uma catástrofe tamanha: a grande maioria das crianças pobres da capital é já tuberculino-positiva ao chegar à idade escolar (± 75 %, estatística do Centro de Saúde), e, portanto, mais resistente à infecção.

Certamente que a vacinação pelo B C G viria atenuar muito a situação, principalmente nos meios rurais onde a maioria das crianças em idade escolar é tuberculino-negativa, e tornaria impossível a repetição de factos como os relatados anteriormente; mas é bom não esquecer que, na tuberculose, a imunidade, quer natural, quer artificial, está longe de ser absoluta, e há sempre indivíduos que sucumbem ao contágio, sobretudo quando este é repetido e macisso.

O autor deste trabalho seguiu o único caminho que no momento presente se lhe afigurava viável: desde Setembro para cá todo o candidato às funções de professor primário é examinado radioscòpicamente na Delegação de Saúde de Lisboa e excluído quando portador de lesões tuberculosas que pareçam activas; em colaboração com o Inspector de Saúde Escolar de Lisboa, Dr. Daniel Monteiro, foram examinados da mesma forma todos os candidatos e alunos da Escola de Magistério Primário, e candidatos ao Ensino Técnico, e igualmente excluídos os enfermos; estuda-se neste momento a realização do exame radiológico de todos os professores primários oficiais da Cidade (mais de 700), devendo passar-se depois aos que se encontram esparsos pelo Distrito.

A prioridade da Cidade resulta ùnicamente das dificuldades existentes na execução deste programa na parte rural do Distrito; e parece-nos desnecessário acrescentar que, uma vez realizado este primeiro exame eliminatório, se torna essencial re-examinar periòdicamente os professores que continuem no activo.

*

* *

O autor agradece reconhecidamente ao radiologista dos Hospitais Civis de Lisboa, Dr. Idálio de Oliveira, o auxílio prestado na execução e leitura dos exames radiográficos; aos Drs. J. Eduardo Vieira e Alves de Oliveira, as facilidades concedidas na observação dos seus doentes; à Dr.ª Berta Manso Preto, do Hospital de S. Roque, e aos Drs. Frederico Madeira e Amorim Ferreira, do Hospital Curry Cabral, as informações referentes aos enfermos hospitalizados.

O Subdelegado de Saúde em Loures, Dr. Barbas de Albuquerque, foi, como sempre o tem sido, um colaborador entusiasta e dedicado deste Serviço; a visitadora sanitária Júlia Pimenta mais uma vez revelou as suas extraordinárias qualidades profissionais.

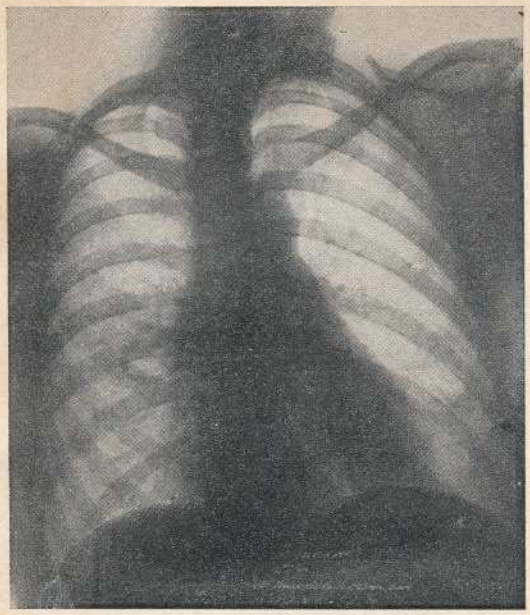


Fig. 1 — I. S. O. N. — 17 - VII - 48

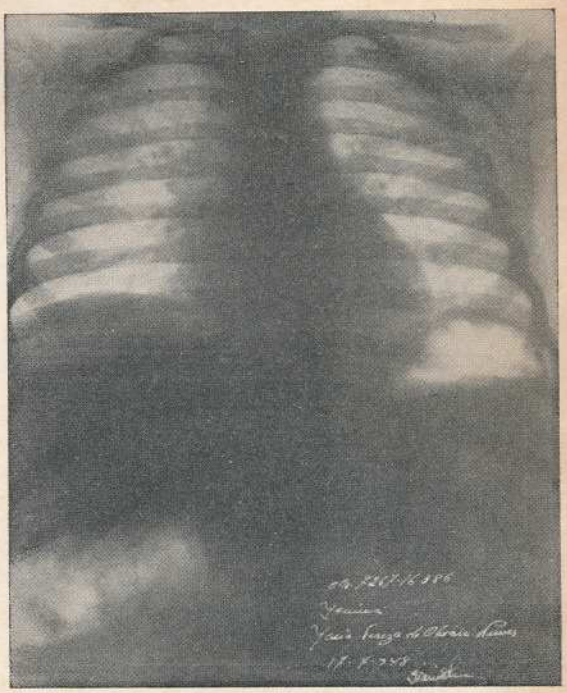


Fig. 2 — M. T. N. S. — 17 - VII - 48

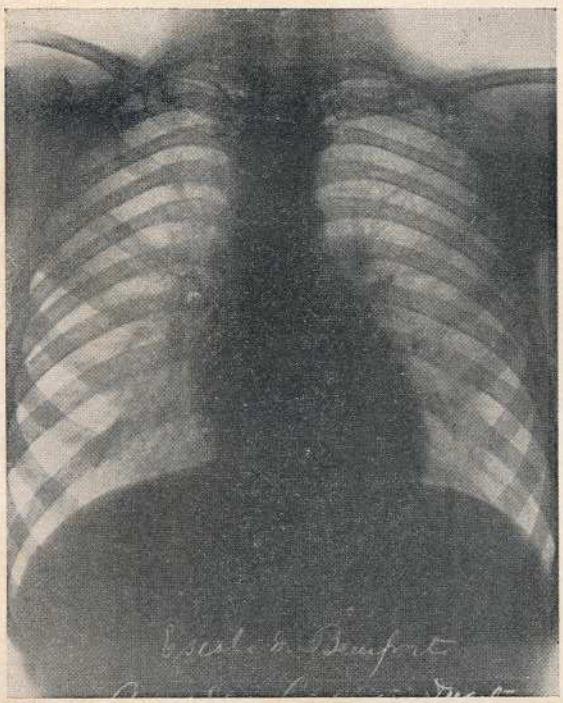


Fig. 3 — A. C. D. — 21 - VII - 48
Tub. neg.

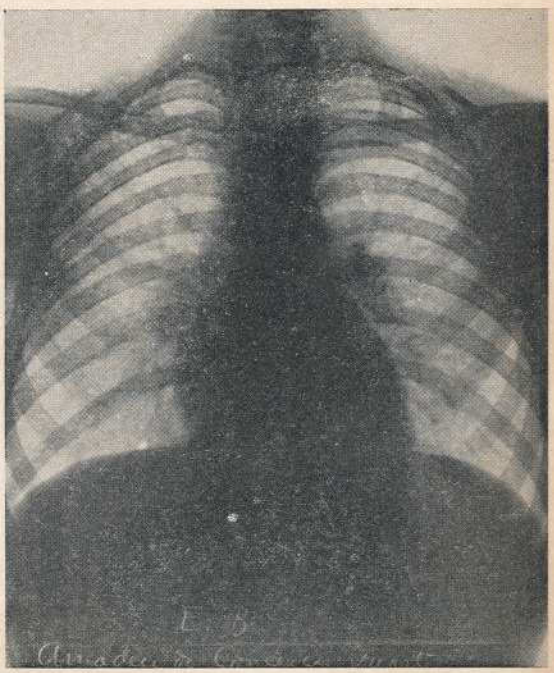


Fig. 4 — A. C. D. — 2 - VIII - 48
Tub. pos.

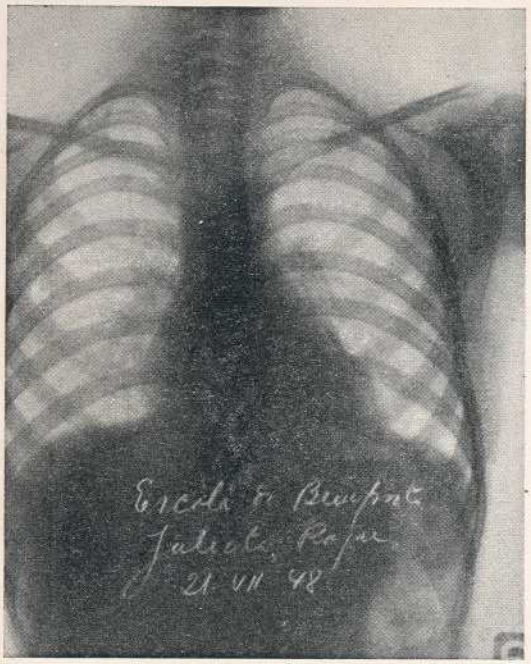


Fig. 5 — J. M. R. — 21 - VII - 48
Tub. neg.

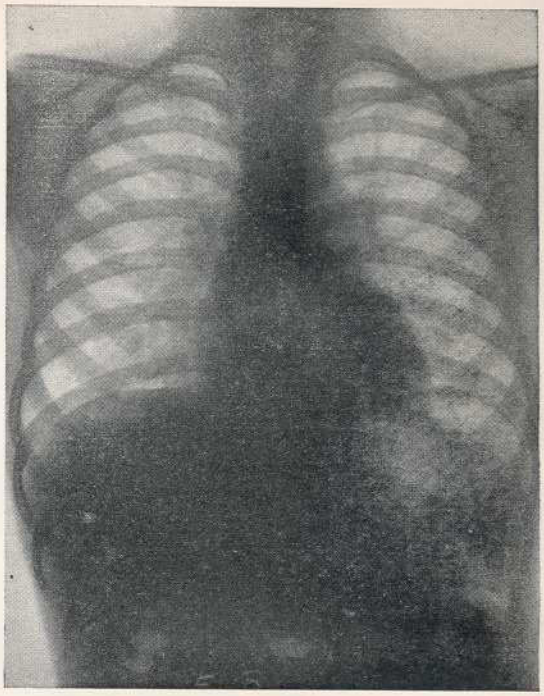


Fig. 6 — J. M. R. — 2 - VIII - 48
Tub. pos.

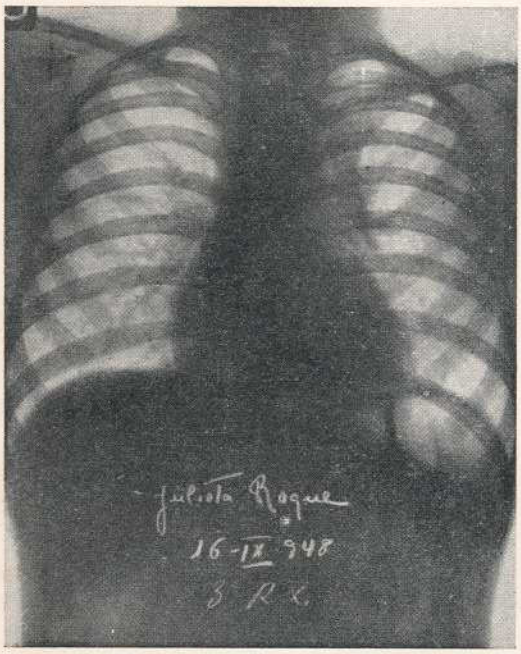


Fig. 7 — J. M. R. — 16 - IX - 48

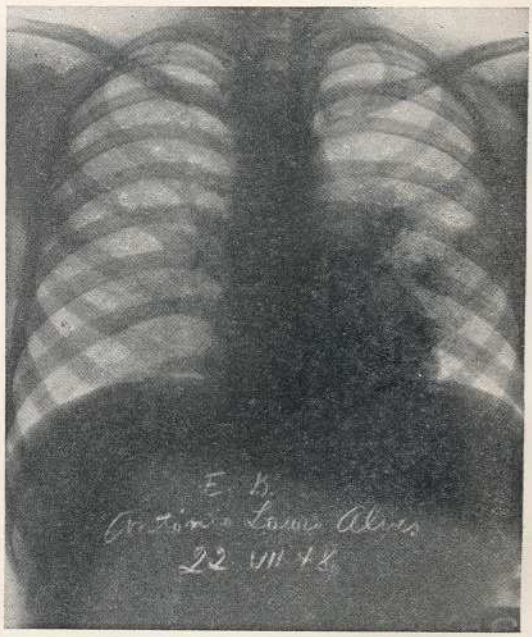


Fig. 8 — A. L. A. — 22 - VII - 48

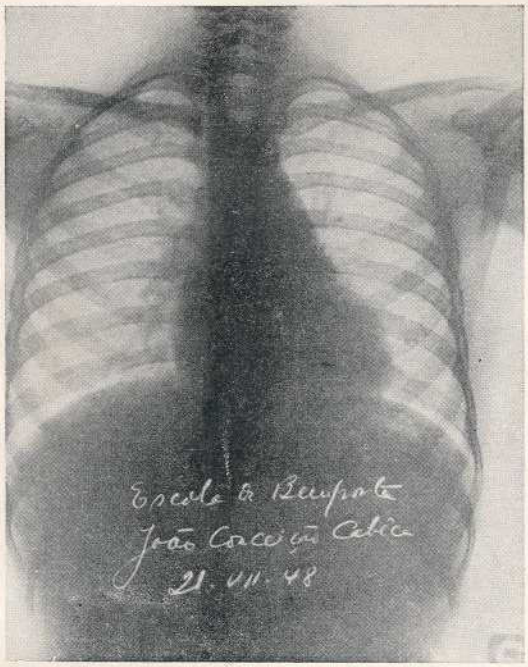


Fig. 9 — J. C. C. — 21 - VII - 48

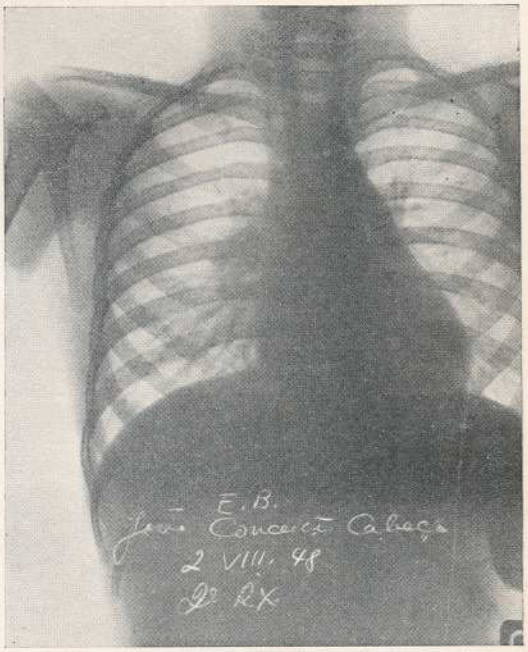


Fig. 10 — J. C. C. — 2 - VIII - 48

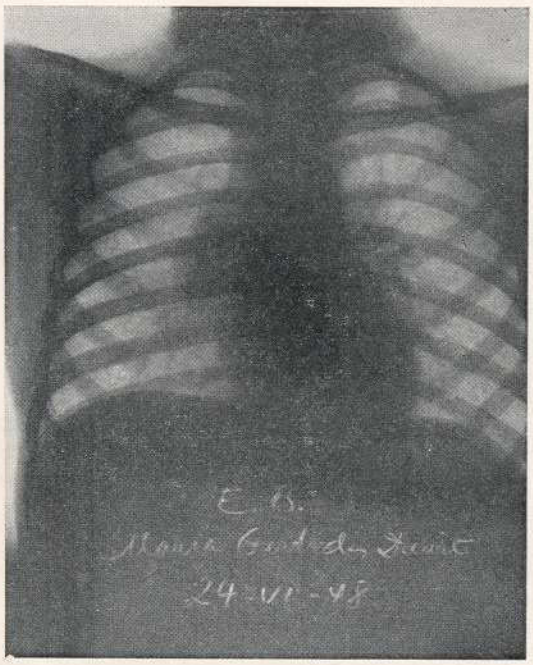


Fig. 11 — M. G. D. C. — 24 - VII - 48

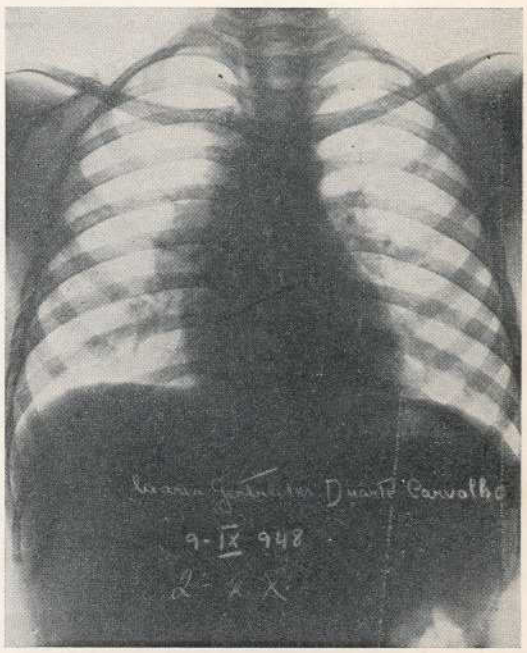


Fig. 12 — M. G. D. C. — 9 - IX - 48

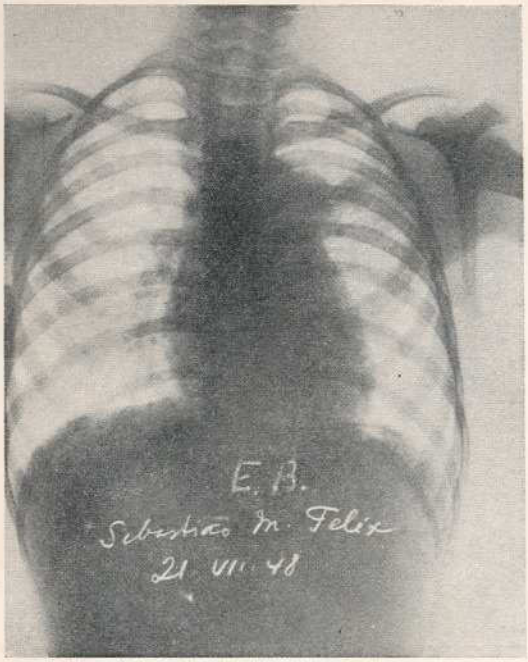


Fig. 13 — S. M. F. — 21 - VII - 48



Fig. 14 — S. M. F. — 9 - IX - 48

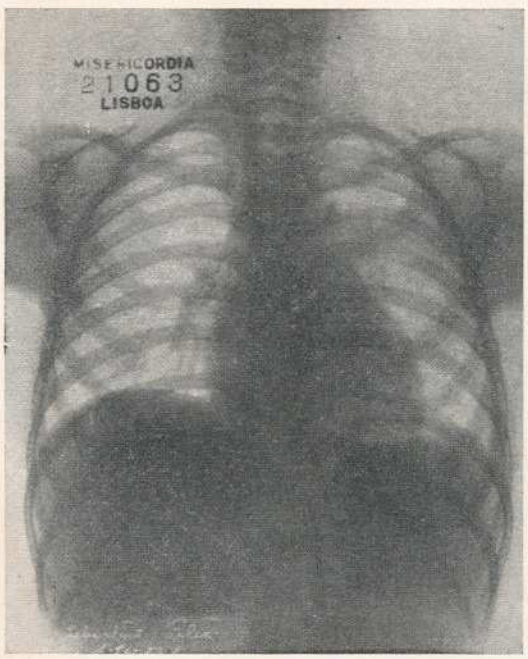


Fig. 15 — S. M. F. — 8 - XII - 48

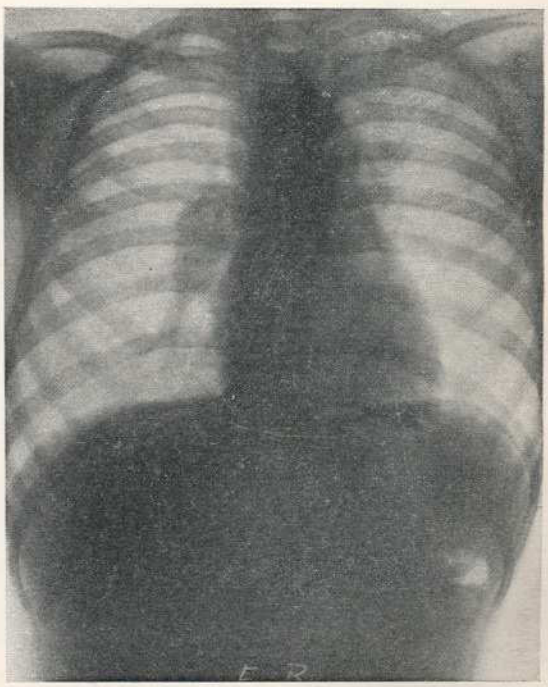


Fig. 16 — A. F. O. — 21 - VII - 48

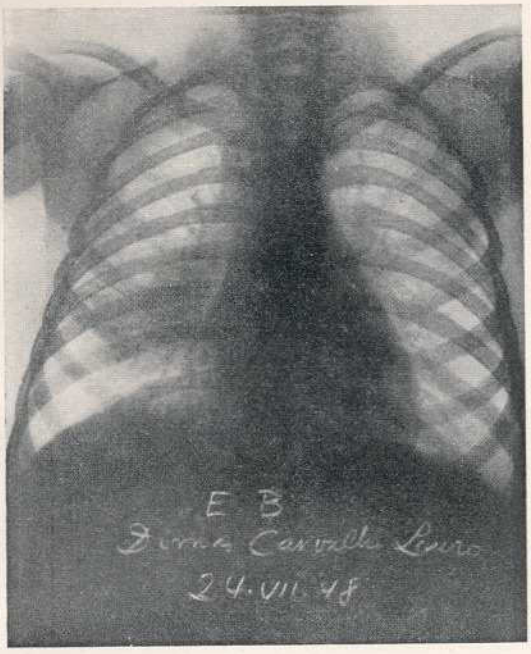


Fig. 17 — D. C. L. — 24 - VII - 48

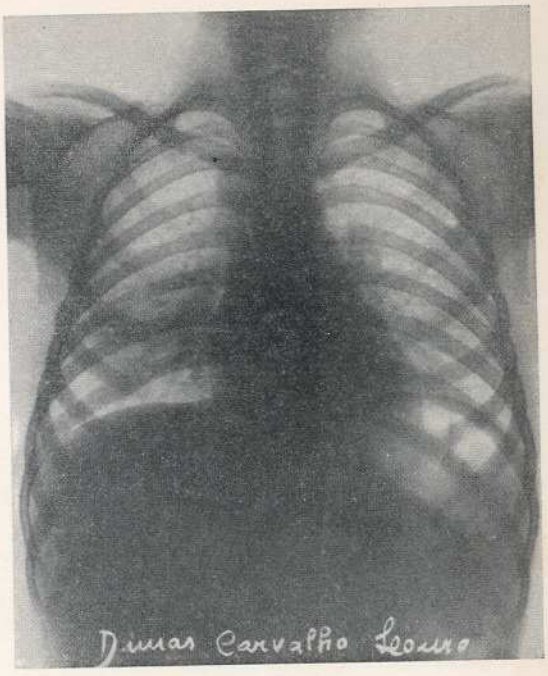


Fig. 18 — D. C. L. — 18 - IX - 48

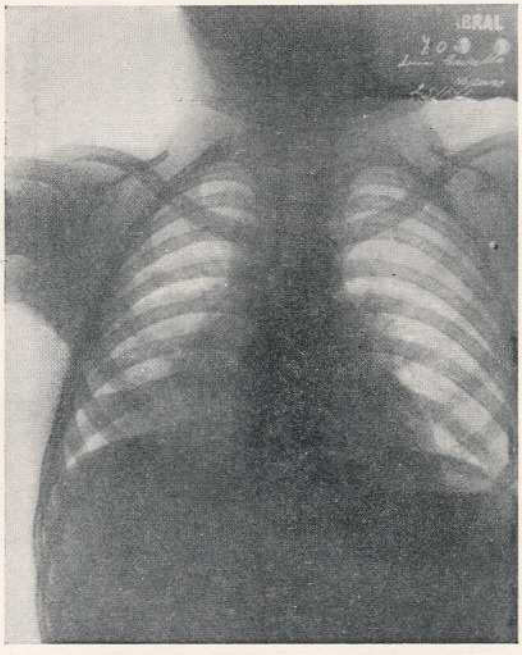


Fig. 19 — D. C. L. — 25 - XI - 48

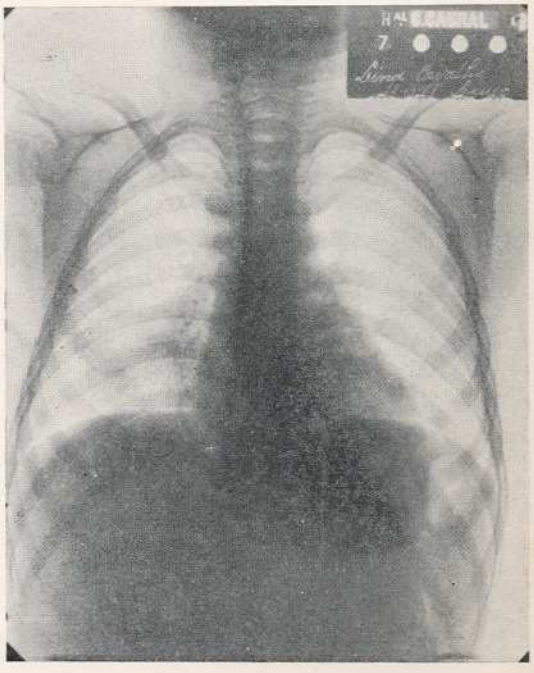


Fig. 20 — D. C. L. — 13 - XII - 48

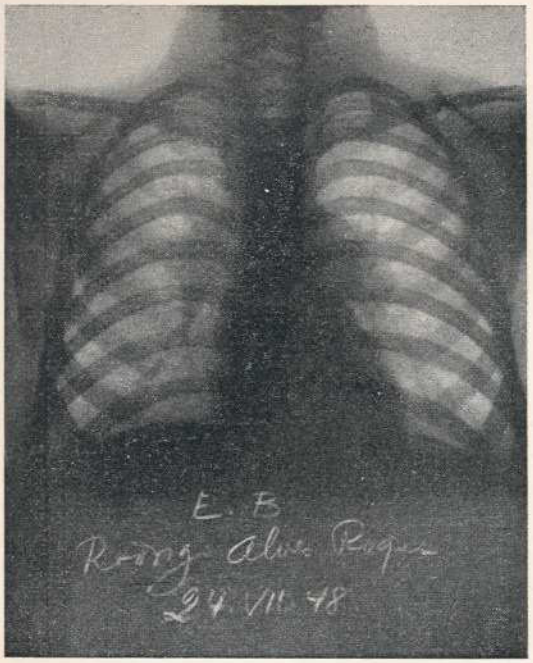


Fig. 21 — R. A. R. — 24 - VII - 48

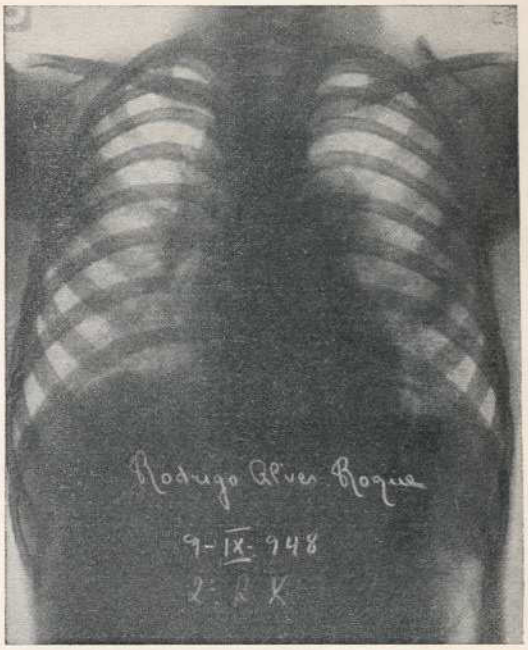


Fig. 22 — R. A. R. — 9 - IX - 48

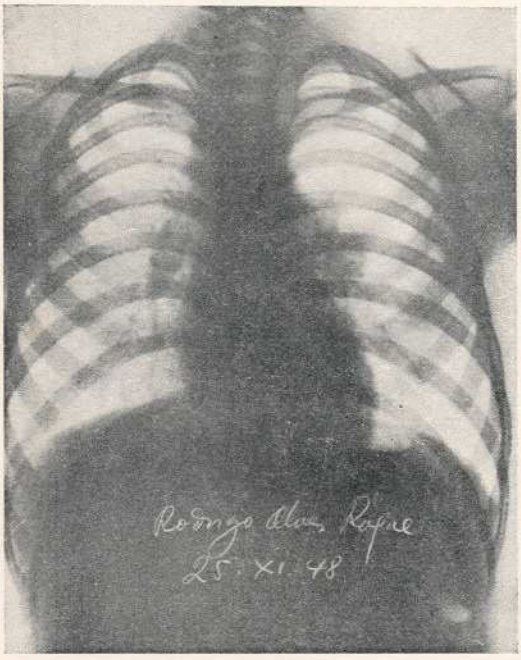


Fig. 23 — R. A. R. — 25 - XI - 48

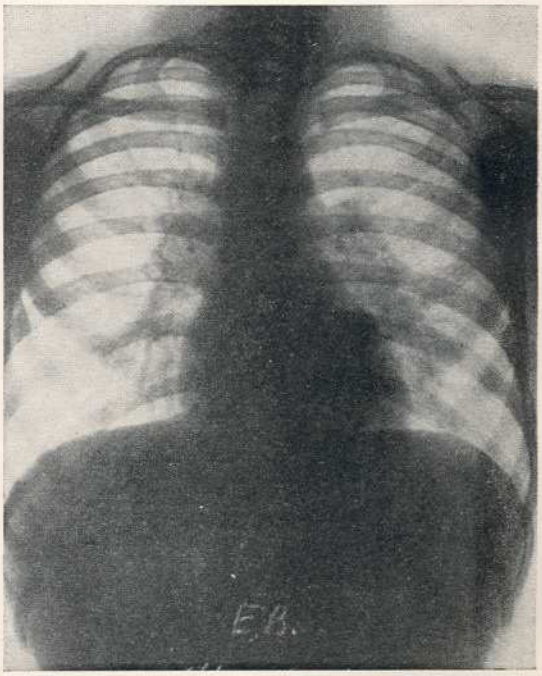


Fig. 24 — A. A. C. — 21 - VII - 48

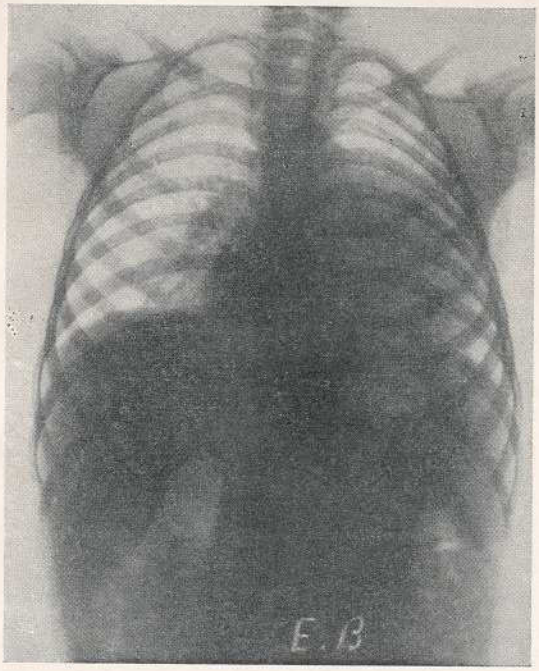


Fig. 25 — E. P. M. — 21 - VII - 48

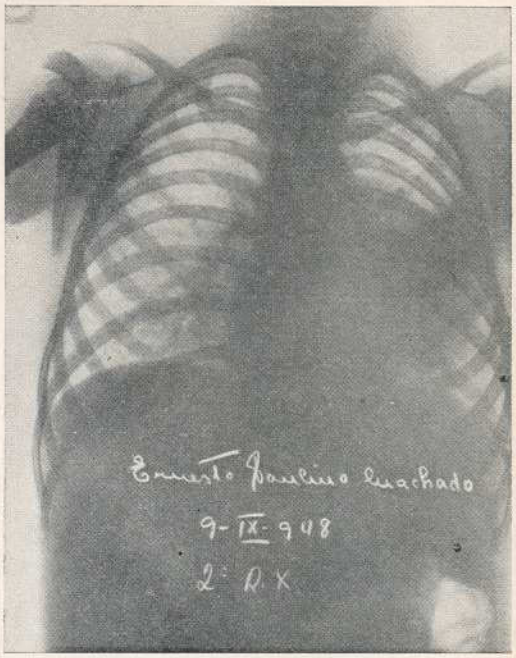


Fig. 26 — E. P. M. — 9 - IX - 48

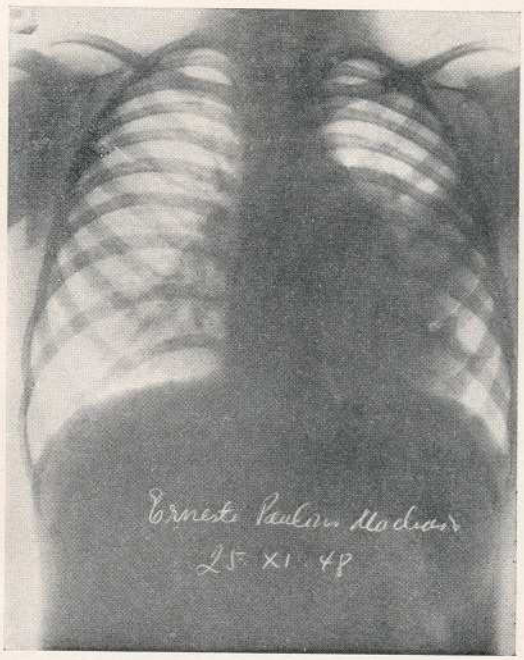


Fig. 27 — E. P. M. — 25 - XI - 48

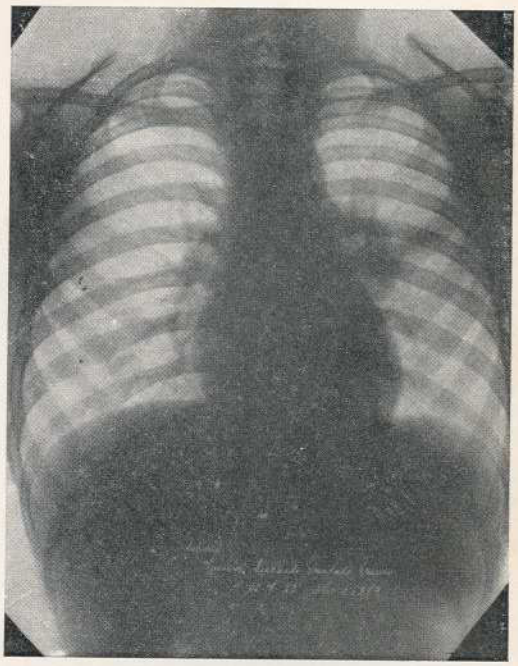


Fig. 28 — S. F. — 12 - VII - 48

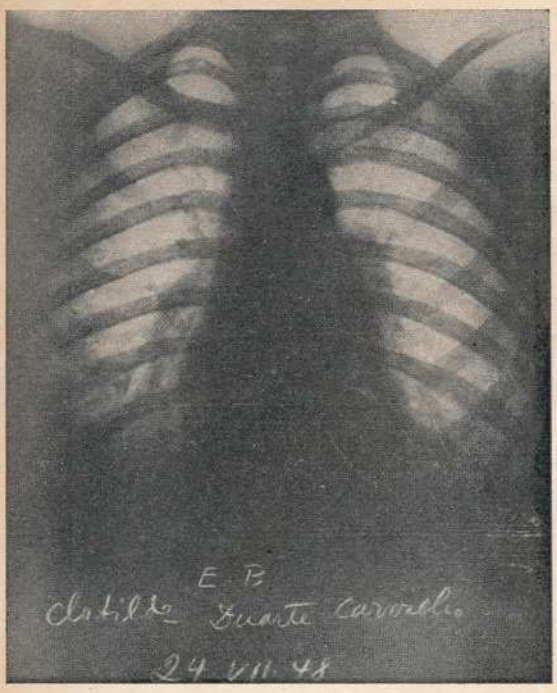


Fig. 29 — C. D. C. — 24 - VII - 48

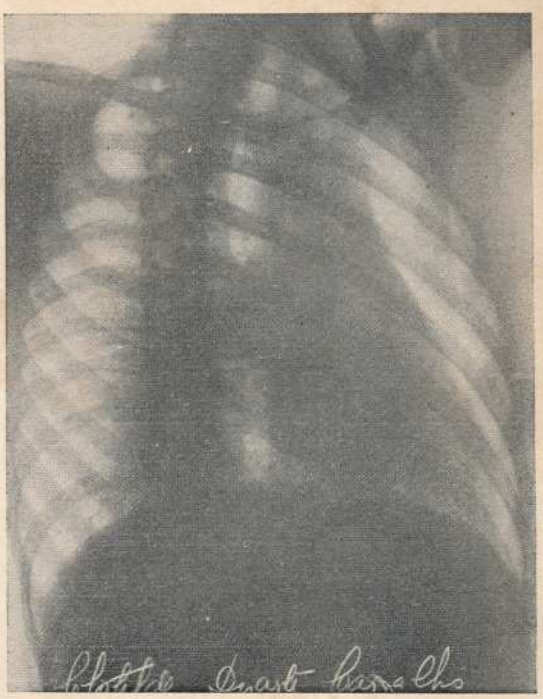


Fig. 30 — C. D. C. — 18 - XI - 48

LUGARES SELECTOS

1899

A Peste bubónica no Porto

A história da epidemia de peste que incidiu há pouco sobre a cidade do Porto — peste de que eu tive a desgraçada honra de ser o descobridor — não vem para agora o fazê-la.

Esta intrusão, no campo da Europa Ocidental, dum flagelo que há trezentos anos nos deixara em paz, é um fenómeno de magnitude, qualquer que seja o lado por que se encare; ou mèdicamente, como moléstia nova, embora ressuscitada, que cumpre perscrutar com os recursos da análise patológica moderna; ou sanitàriamente como doença popular, tanto a seguir nas suas causas e evolução, como a combater e prevenir com as armas da higiene moderna; ou socialmente, como praga difusiva que vem perturbar a vida física, moral e económica dum povo inteiro.

Todo esse complexo estudo não vem para agora, nem possível fora traçá-lo a quem se vê no acezo da praga; mas dia a dia se compila a sua crónica, e a seu tempo se desdobrarão as suas páginas, páginas de toda a espécie, sem esquecer as psicológicas — a história íntima das instituições, do povo e dos homens, perante o abalo desorientador da crise epidémica.

Virão, sabe Deus quando, como epílogo, se daqui até lá não secar a mão blasfemada que lhe traça agora o prólogo.

A custo quebro o silêncio imperturbàvelmente mantido para o público, no meu dever profissional de funcionário; e faço-o apenas para satisfação da curiosidade expressa de colegas, e para fixação de factos, que até aqui teem sido expostos menos completamente ou menos verdadeiramente. Nem dou sequer à exposição a amplitude e a ordenação que, na altura em que vai a epidemia, a massa das observações e experiências feitas me per-

mitiriam já. Edito tam sòmente, apenas com leves comentos, textos dos próprios documentos de ocasião, dos relatórios oficiais sucessivamente enviados às instâncias superiores. Só eles serviam para o meu fim actual que é este:

Como foi descoberta a peste no Porto? de que modo e em que data se encontraram os primeiros elementos da sua averiguação?

A mais não visamos pelo momento nestas poucas páginas, que não pretendem de nenhum modo exhaurir a ciência aplicável ao caso. São simples e modestas como a VERDADE; — também só a ela se buscava, só ela foi achada sem receio de erro, só ela foi dita sem quebra d'animo.

A humildade do investigador nada mais podia querer — a não ser o respeito pela probidade e inteireza de quem cônsciamente trabalha. Mas os que passaram e se riram do esforço, pequenino mas são, ou quiseram malsinar de nefasta uma obra de salvação, não conseguiram nem demovê-lo, nem removê-lo.

A 4-7-99 recebia eu um bilhete dum negociante da rua de S. João, chamando a minha atenção para uns óbitos que se tinham dado na Rua da Fonte Taurina. Estou já habituado a servir de objectivo a participações fantásticas ou verdadeiras deste género, assinadas ou não.

Mas, a qualidade da pessoa que a subscrevia, obrigou-me a tomar conta do caso.

Mandei examinar à regedoria as certidões d'óbito respectivas, que só tarde me costumam ser comunicadas para o efeito estatístico; resavam elas de moléstias banais. Apesar desta inocência nosográfica, mandei tomar informações no lugar por um empregado que voltou dizendo-me que tinham morrido pessoas e outras estavam doentes duma espécie de febre com nascidas debaixo dos braços. Não se tratava pois da banalidade prevista, o que me resolveu a fazer uma visita pessoal à Fonte Taurina, onde com as informações colhidas e os doentes ainda presentes me convenci logo estar em frente d'um foco epidémico de moléstia singular e nova.

Caso anormal e grave, dei imediatamente conta do sucedido ao sr. comissário geral de polícia, como autoridade sanitária, ao sr. vereador do pelouro, como representante da administração municipal e ao sr. director clínico do hospital para o internamento imediato e isolamento dos epidemiados.

Os serviços dependentes ou ligados à repartição de higiene, como o da desinfecção e limpeza viaria, entraram sem demora em acção; e no dia seguinte acompanhava ao local o sr. inspector de polícia, Feijó e o subdelegado de saude Joaquim de Mattos, sendo intimados os proprietários e inquilinos às beneficiações e limpezas das suas descuradas e imundas habitações, operações a que, diga-se de passagem, só procederam depois de instâncias repetidas.

Apurei dez casos, tres dos quais ainda subsistentes por ocasião da primeira visita; mas nas seguintes, pouco a pouco, e servindo-me de todos os meios de inquirição para desatar-lhes a língua a principio reservada, consegui desdobrar todo o quadro epidémico, desde o seu início que consegui alcançar. O caso primordial fora o do galego Gregório Blanco, donde bracejou o contágio para a grande maioria dos casos registrados em número de dezasseis. Foi o mais fructuoso que pode desejar-se este inquérito; será rara a história de epidemia pestilencial onde a primeira página fosse colhida com tanta nitidez.

Se alguma coisa interessa o estado de espírito do observador, devo dizer que, embora me compenetrasse da gravidade do acontecimento, reagia contra a suspeita de peste bubónica. Era inverosimil a invasão do Porto por moléstia tão exótica e remota; que a peste há anos se apronta para a conquista da Europa, sabem-no todos os que se preocupam com coisas epidémicas e sanitárias, mas que fosse este canto escuso, o mais afastado geográfica e comercialmente do berço da praga, chegava a ser um absurdo etiológico.

Ainda bem que esta consideração me não cerrou as fontes da diagnose.

O que via, confrontado com o que lia de novo ou de antigo sobre a peste asiática, não me deixou ao cabo de três dias a mínima dúvida.

Assim o comuniquei aos colegas íntimos, e nomeadamente ao director clínico do Hospital o meu amigo Guilherme Gonçalves Nogueira, assistente dos isolados no Hospital.

Foi tão imperiosa a minha crença que, tendo iniciado a observação a 6-7, a 9-7 a afirmava aqueles a quem devia conta dos meus actos. A responsabilidade que disso pendia sobre a minha consciência médica e profissional, sentia-a tamanha que pedi autorização aos srs. vereador do pelouro e presidente da

câmara para, sob plena confidência, comunicar a minha opinião à autoridade superior do distrito, o que fiz verbalmente no dia 11-7 e por escrito no dia 12-7 em ofício que foi transmitido ao ministério do reino.

Devotei-me ao estudo da epidemia nascente e desses primeiros trabalhos elaborei relatório completo que só pôde ser enviado a 28-7. Convém que se saiba que ao tempo trabalhava só; tinha de ser tudo — clínico, epidemiologista, bacteriologista e higienista. E ainda me via forçado ao serviço escolar, de que não tinha escusa — como assinalei no ofício de 18-7 — e a aguentar por cima uma impertinência burocracial inutilíssima.

Esse relatório, que abre a série dos agora publicados é uma demonstração formal, em face da clínica e da epidemiologia, do diagnóstico de peste bubónica; e é ao mesmo tempo a história flagrante do início da epidemia — caso inicial, contagiamento, infecção de casas, disseminação.

O andaço da Fonte Taurina durava aproximadamente um mês; o mal extinguia-se ou sopitava. Nutri as melhores esperanças de que a praga morresse ao nascer; mas a semente apegava.

À volta do foco brotavam pouco e pouco casos suspeitíssimos que me mantinham receioso, e não tardou o convencimento de que a peste avançava a passos lentos e espaçados, como é do seu uso e costume à primeira arremetida.

Este feitio epidémico, quando mais tarde e ainda hoje todo o mundo se meteu a discutir sobre a peste, foi tomado como um argumento irretorquível contra o diagnóstico; não se difundia com os característicos mortíferos duma praga assoladora, não era peste; e desgraçadamente o argumento não foi só batido nas academias que se formaram nos balcões das lojas e nas bancas dos periódicos, mas também baixou dos escritórios dos profissionais.

Estava dada a prova clínica e epidemiológica, que dia a dia mais se impunha com o advento de novos casos. *Vires acquirit eundo.*

Faltava a prova bacteriológica — o sacramento do laboratório.

Era um passo delicado para quem quer que fosse, e para mim perigoso.

Falharam as primeiras pesquisas, e falharam os casos. A 31-7 fazíamos colheita fecunda e dentro de oito dias adquiria por mim a irrefragável certeza de que tinha nos tubos de cultura

isolado o puro e legítimo bacilo de Versin. E dessa convicção dei parte superiormente a 8-8.

Quem ao depois visitou o laboratório municipal de bacteriologia e olhou para os recursos do seu pessoal e material, talvez se surpreendesse com a possibilidade do descobrimento, feito demais por um investigador que nunca vira o bacilo da peste.

Submeti o achado ao meu companheiro e amigo Câmara Pestana; devia-o à sua competência magistral e à sua situação oficial à frente dos serviços bacteriológicos do país, devia-o enfim, ao seu espírito de alta lealdade e autoridade científica. A sua confirmação foi imediata. A *Sociedade de Medicina e Cirurgia*, onde todos os elementos da questão foram postos e anuladas as duvidas dos recalcitrantes, apoiara com a autoridade da sua assembleia o diagnóstico. Não mais temi a exteriorização da minha certeza.

Ninguém é profeta na sua terra, e já a santa Sião lapidava os seus profetas. Pois podia lá admitir-se que no Porto houvesse homem de assás autoridade e capacidade para fazer um diagnóstico de peste? A maldade e a ignorância indígena ergueram-se para castigar o ousío; era um atentado contra o patriotismo português, que consiste essencialmente em repudiar e malsinar o que tem, homens ou coisas que sirvam.

E neste arranco apelou-se para os estrangeiros; eles viriam salvar a cidade das garras duns inscientes que, feitos gansos do Capitólio, deram a voz de alarme da epidemia pestilencial, mal ela despontou a ameaçar-nos.

E enquanto os sábios estrangeiros não chegavam, todo o mundo se poz a tecer diagnósticos de medicastra, a jogar picarescamente com febres tifoides e estatísticas sanitárias, a fazer e a desfazer casos de peste, a excretar sentenças de toda a casta, com um desplante, um alheamento e uma irresponsabilidade absolutamente inauditas, duma alta jogralidade em si, se não infiltrassem uma perniciosidade danosíssima.

Perante esta formidável e fecunda academia, que haviam de valer, já não direi os desdourados e difamados pesquizadores nossos, mas os próprios nomes consagrados da ciência europeia?!

Assim foi; as missões estrangeiras confirmaram totalmente, integralmente, tudo o que em matéria de diagnóstico e prognóstico fora aventado pelo seu descobridor.

E nunca outra coisa esperei — di-lo a minha atitude firme e serena, e sabem-no todos quantos me rodearam. Esperei a sentença. Está dada. Nada mais há que dizer.

Se surpreendi com rara fortuna a peste asiática, o que eu sinceramente não adivinhei, foi a peste nostras; não falo dessa entidade engenhada para etiqueta da epidemia. É da outra, temível, endémica, omnívora. Ó ingenuidade! Cri piamente de que ela faria tréguas perante a calamidade comum. Pois foi ela que se desencadeou, difundiu, avassalou tudo numa pandemia ferocíssima.

Mas esquecia-me já do que a princípio disse; e sobretudo esquecia-me de que fui a vítima inocente da multidão. E quando a multidão na sua demência cega procura o bode expiatório, não há senão que exclamar como na arena romana: *morituri te salutant.*

Não se reveja ironia da frase. Os que com responsabilidade consciente ou inconsciente prègaram as heresias, a quem fizeram mal, não foi a mim, que nem sequer abateram; foi ao povo e à cidade. Mal vai se a esta hora já não terão sentido arrependimento e remorso.

De princípio me compenetrei da melindrosa conjuntura. O exemplo dos médicos, e nomeadamente dos municipais, nas recentes epidemias das cidades asiáticas, não se quadrava com os mandamentos deontológicos que professo. Descurar a busca da verdade, cerrar-lhe os olhos, e só emitir juízos mentirosos mas suaves para o público, nesse pecado não delinquiria. Mas por muitos modos se emite a verdade, e ainda aqui me não acusa a consciência de imprudência ou leveza.

A quem devia eu conta da notícia? À autoridade sòmente. E esta obrigação não impendia só do cargo; dado que o não ocupasse da mesma forma procederia ainda. Compreendi muito bem que a existência duma epidemia de peste, mesmo iniciante, ia perturbar a vida da cidade e do país. Ora o papel de descobridor da peste não me conferia o de árbitro supremo da sociedade portuguesa. Essa missão só cabe, que eu saiba, ao governo. A ele participei tudo, na mesma compreensão do dever, que me manteve calado para o público.

Sabem os que comigo privam, e podem testemunhá-lo os cônsules estrangeiros e toda a imprensa do Porto, que sustentei uma reserva inalterável; o mesmo relatório de 28-7 não foi visto senão pelas instâncias oficiais.

Até que enfim, dias antes do decreto, todo o mundo soube que estava a peste no Porto. Fosse um mal ou fosse um bem, essa notícia não foi ainda filha da inconfidência da repartição municipal de higiene; sabem-no perfeitamente os que conhecem o curioso modo por que a imprensa conseguiu apanhar a palpitante nova.

Disse já que este modesto opúsculo não encerra senão as peças oficiais do descobrimento da peste e as suas primeiras notificações. A massa já considerável de observações e experiências fica pretermitida; assim como a apresentação e exame das providências e medidas sanitárias, em que há tanto que dizer. (1)

Apenas adito a estatística e um rol sucinto de todos os casos oficialmente registados, com um gráfico hebdomadario do assolamento epidémico e um mapa da cidade com a séde dos casos. Ilustram também a nota bacteriológica as excelentes fotografias, feitas sobre as nossas preparações primeiras pela reconhecida mestria do professor Plácido da Costa.

Temos feito as nossas investigações tanto no domicílio dos doentes, como nos pavilhões de isolamento do Hospital de Santo António e actualmente no Hospital do Senhor do Bonfim. Com Guilherme Nogueira, seu director, de começo que fomos companheiros nesta triste faina da peste; deu-nos a mais plena adesão e devoção com uma larguesa de espírito que só iguala o seu desvelo carinhoso pelos pobres empestados.

Tinham de multiplicar-se os trabalhos, a que não podia já fazer face sòsinho. Averiguação de casos, autopsias, análises bacteriológicas, etc. todo este serviço imediato duma epidemia, à

---

(1) Há quinze anos que com ensejo e sem ele aponto as horrorosas condições sanitárias do Porto; o painel tem sido feito por todos os modos, em descrições pitorescas, em números e cálculos e até em sermões. Trabalho perdido. O mesmo relativamente às deficiencias da mesquinha organização sanitária da cidade. Pelo que pessoalmente me diz respeito, para quem de boa ou má fé me pretenda censurar ainda por cima — há de tudo! — mostrarei ao que se reduz a esfera de acção do médico municipal dentro e fora da câmara, quais as suas atribuições e responsabilidades.

Diga-se desde já que o maior embargo contra o combate sanitário foi a obsecação pública, sustentada e assoprada por todas as maneiras, a tolher por completo toda a profilaxia directa da epidemia.

qual presida a pesquiza médico-laboratorial, carecia de pessoal auxiliar. Deparou-se-nos essa colaboração, dum modo para a qual não há possível elogio, numa dedicação ardente pela causa e até pela pessoa que com ela se consubstanciou, nos srs. Sousa Júnior e Balbino Rego, que durante o ano lectivo ocupara o lugar de aluno assistente deste laboratório. O sr. Ferreira Mendes veio-nos reforçar com um zelo idêntico no serviço de desinfecção pública.

Chegaram as comissões de estudo da maior parte das nações europeias, da Espanha à Rússia. A comissão portuguesa malogrou-se logo, o que para a profilaxia epidémica não foi pequeno inconveniente. Dela ficou o Prof. Câmara Pestana que se dedicou a trabalhos porfiados neste laboratório, onde, apesar da miséria do espaço e do material, sempre conseguimos dar hospitalidade a todos os bacteriologistas estrangeiros que a aceitaram. Devemos a muitos, senão a todos, um incentivo e um confôrto que não poucas vezes nos espiritou da revolta aniquiladora que por momentos se apossa mesmo dos mais firmes, perante a mais vasta e ignara injustiça que dar-se pode.

Mais uma vez transluziu a confraternidade universal dos que se ordenaram no sacerdócio médico.

Antes deles já me chegara o brado das sociedades de medicina de Lisboa, Porto, Braga e da classe médica do país. Era a defesa da mais alta das imunidades profissionais, tam intangível como a verdade, tam santa como o bem.

O meu nome não passava dum acidente nesta comunhão d'espíritos; pouco importava que fosse este ou aquele quem pelo momento personificava um direito e um dever da profissão e se via esmagado no seu cumprimento.

Mas o que pessoalmente me endereçaram, excedeu a defesa colectiva. Eu não soube agradece-lo, nem o saberei jamais.

Porto, 20-9-99

RICARDO JORGE

(« A Peste bubónica no Porto — 1899. — Seu descobrimento — primeiros trabalhos » — Prefácio. *)*

Aviso aos Ex.mos Facultativos da Cidade do Porto

Está o Porto invadido pela peste bubónica; assim o reconheceram os poderes públicos, devidamente instruidos pelas investigações feitas que sem contestação possível provaram a existência do morbo, evidenciado pelas demonstrações conformes da clínica, da epidemiologia e da bacteriologia. Benigna na maioria dos casos, pouco disseminada e reduzida na sua mortalidade, apresenta-se a pestilência com uma feição clínica-epidémica que deixa nutrir fundadas esperanças de nos libertarmos do flagelo. Nessa cruzada se empenha a administração sanitária, e em seu auxílio invoca o concurso poderoso e imprescindível da ilustre classe médica.

Cria o estado epidémico actual uma situação particular e delicada ao clínico; tem de contar para o seu diagnóstico e terapêutica com uma doença nova, até aqui para ele particularmente ignorada; e a esta missão e disvelo profissional do seu enfermo tem de associar o cuidado protector dos sãos que o rodeiam.

Impõem-se-lhe com igual império os dois deveres; à sua perícia e consciência cabe o irmaná-los sem a menor quebra. O médico reveste aqui, por investidura deontológica e legal, o papel do primeiro servidor da profilaxia colectiva, primeiro da ordem e na importância, porque sem a sua vigilância toda a obra da preservação pública será impotente.

Não pretende este aviso suscitar aos clínicos máximas e sentimentos que beberam com a instrução médica e dia a dia têm de provar na prática profissional.

Mais uma vez a classe médica se não desmentirá no exercício do seu mais que nunca salutaríssimo sacerdócio. O que apenas aqui se deseja indicar são os meios práticos de vincular a profilaxia anti-epidémica ao exercício clínico, da forma mais profícua para combate duma moléstia, que veio surpreender-nos e que ameaça a saúde de todos.

1.º **Diagnóstico e estatística.** — Logo que o médico estabeleça o seu diagnóstico de peste, participará sem delonga o caso ao médico municipal e director do posto de desinfecção,

em virtude do art.º 61.º do Dec. de 28/4/1894. Sem se saber o mais breve possível, onde surge o mal, não se poderão conjurar os efeitos; não tem nome o atentado praticado pelo médico, que sonegasse qualquer caso de peste. Como importa que o assinalamento do caso venha acompanhado de dados elucidativos para o estudo estatístico e epidemiológico, o médico encherá os dizeres do Boletim de participação que vai junto. Dado que no espírito do clínico surjam dúvidas sobre o diagnóstico, ou porque não se tenha ainda assenhoriado da fisionomia da doença ou porque ela revista formas insidiosas, abortadas ou anómalas, requisitará a verificação do mesmo serviço municipal que, reunindo todos os dados possíveis, resolverá se o caso se deve considerar ou não de peste bubónica, ou apenas suspeito.

Chama-se particularmente a atenção dos médicos para as formas abreviadas da peste, na duração ou na intensidade, que, sobretudo no início das epidemias, dão lugar a funestos enganos de que infelizmente já aqui houve demonstrativos exemplos. Tais são as formas septicémicas, que fulminam ou matam a breve trecho, sem que a sintomatologia exceda o aparato invasor de qualquer doença grave; toda a precaução é pouca em tempo epidémico para estas mortes despercebidas inopinadas, cuja natureza desastradamente se revela tardiamente pela aparição de casos consecutivos normais. Tais são ainda as formas atenuadas, em que o mal surge apagado, falho, duma benignidade acentuada ou duma duração efémera; quem se fiar na leveza do mal, porque entenda que só merece o nome de peste aquela que evolve com toda a plenitude sintomática, cometeu um erro pernicioso.

2.º **Medidas profiláticas** — Sendo o isolamento medida capital de resguardo contra a difusão epidémica, todo o facultativo usará do seu ascendente sobre o enfermo e família para que consinta o internamento do empestado no Hospital especial de Guelas de Pau, empregando todos os meios de coacção suasória que a sua consciência lhe ditar demonstrando o perigo que faz correr os seus próprios e a vantagem que para o próprio enfermo advém do tratamento hospitalar, principalmente quando na residência do doente, escaceiem meios, conforto e higiene. Conseguida esta salutar anuência, o clínico participará o caso ao serviço municipal, que se incumbirá de mandar proceder ao transporte e à execução das medidas respectivas. Dado que insistam em

manter o doente em casa, o clínico assim o designará na sua participação para que a autoridade tome as devidas precauções de isolamento que serão facilitadas pelo conselho e inspecção do facultativo. O doente e seu enfermeiro ficarão em compartimento onde não penetre ninguém da casa. As roupas sujas serão periòdicamente desinfectadas para o que o pessoal do posto entregará e levará os sacos respectivos.

O enfermeiro sempre que manipular o empestado deverá desinfectar as mãos com as soluções antisépticas de sublimado, ácido fénico ou sulfato de cobre.

Tem o médico de prevenir-se do contágio e de ser o vector dele, como tantas vezes acontecia para as moléstias zimóticas antes do advento das actuais doutrinas da infecção. Não deverá abeirar-se do doente sem se revestir duma longa blusa apropriada. O serviço municipal presta-se, para o clínico que não possua este vestuário, a fornecê-lo e a desinfectá-lo. A limpesa e a desinfecção das mãos após cada visita impõe-se com todo o escrúpulo. O médico cuidadoso, na iminência duma visita inopinada a um empestado, deve andar munido de desinfectantes concentrados como pastilhas ou soluções de bicloreto ou biodeto de mercúrio. Sempre que necessite banhar-se e desinfectar o fato, pode apresentar-se no posto de desinfecção, onde há instalação e serviço para tal fim.

Terminada a doença, o facultativo assim o participa para o efeito da desinfecção domiciliária e medidas subsequentes. Se há óbito, tem também de declará-lo imediatamente porque tudo quanto diz respeito a funeral, desde a lavagem do cadáver à inumação, segue normas diversas das habituais e que já se achavam devidamente prescritas.

Estas são as recomendações capitais a fazer neste momento à ilustre classe médica; as que se omitem serão supridas pelo bom senso, zelo do clínico, ou aclaradas quando sejam necessárias, pelos serviços públicos. Mais uma vez a administração sanitária, espera confiada que todos os médicos farão do seu ministério uma arma de defesa salvadora contra a calamidade pestilencial e que com tão eficaz concurso a tranqüilidade da saúde pública nos seja restituída.

(**Enviado pela autoridade sanitária do Porto**)

(Publicado na *Gazeta Médica do Porto,* de 20 de Agosto de 1899)

Primeiras instruções ao público sobre a epidemia (1)

Distribuidas pela autoridade sanitária do Porto

I — Perante a invasão duma epidemia, o estado de espírito da população é um elemento de primeira valia para debelação do mal e para atenuação dos seus efeitos imediatos.

O valor, a sensatez e a cooperação do povo são a alma de todo o combate contra as ameaças do flagelo. Tal como o indivíduo que, quando enfermo, nem deve encarar ao de leve o mal, nem tampouco tomar-se de desânimo, porque no primeiro caso com dano se despresa e no segundo enfraquece a sua própria resistência, assim a colectividade perante uma moléstia popular. Negar a existência do mal é a sugestão mais perniciosa que pode incutir-se; é criminosamente dar força ao inimigo; é um atentado contra a segurança pública. Cerrem-se os ouvidos a essa insinuação de falsa segurança; e busque cada um, de mãos dadas com todos, precaver-se a si e aos outros contra esta funesta praga. Exerça-se, porém, esta obra de resistência consciente sem trepidações nem sustos. O mal declara-se lento e benigno; se todos o quiserem será sufocado e todos os sacrifícios valem para consegui-lo. A população do Porto tem atravessado sem abalo crises bem mais temerosas; tais foram as difusivas epidemias do colera. São vivas ainda testemunhas da serenidade heroica do Porto perante a calamidade. Agora que o momento se não entolha tão perigoso, agora que a exterminação do mal é mais fácil, não desmentirá o Porto a sua tradição de tenacidade resoluta e generosidade de ânimo.

---

(1) — Foi vulgarizado tambem o sugestivo *Decálogo* aconselhado pelo Prof. J. A. Gramaxo: 1.º — Não ter medo. 2.º — Desinfectar a habitação. 3.º — Lavar-se cuidadosamente. 4.º — Vestir-se higiènicamente. 5.º — Não vigilar. 6.º — Não se fatigar. 7.º — Não se enfartar. 8.º — Não se alcoolisar. 9.º — Não se multiplicar. 10.º — Isolar-se.

(Publicado na *Gazeta Médica do Porto* a 20 de Agosto de 1899).

II — É a peste uma moléstia epidémica que se compraz, como nenhuma outra, com as más condições higiénicas. Ceva-se na imundicie; os menos limpos em si e no que os rodeia são predestinados. Uma série de precauções evidentes derivam deste princípio, que se cifram na máxima limpeza individual dentro da máxima limpeza doméstica. Abluções frequentes, roupa lavada, casa limpa, esfregada e asseiada. Escrupulise cada um neste ponto que terá prestado um grande serviço preventivo, não só a si mas aos outros.

Com a limpeza, a ventilação e arejamento da habitação e dos quartos.

III — A limpeza já é uma desinfecção mecânica. Há imundicies, como são os residuos domésticos e sobretudo as fezes das fossas, que têm de ser retidas algum tempo, que deve aliás reduzir-se ao mínimo, promovendo com frequencia a sua remoção; para estas a desinfecção chimica deve ser posta em prática. E o antiseptico mais adequado e mais económico é a **Cal** e o **Leite de Cal** com que deverão ser tratadas com frequencia as fossas, os canos, etc.

Afora o leite de cal, os desinfectantes mais recomendáveis são o **Sulfato de Cobre** a 5 % o **Ácido Fénico** a 5 % o **Sublimado Corrosivo** a 2 por mil.

Contra a infecção possível por contacto ou estada em meio pestifero ou suspeita de tal há que usar dos meios de desinfecção. As mãos lavar-se-ão com soluto de sublimado a dois por mil; na falta de um antiseptico na ocasião, recorrer-se-há à água, sobretudo quente e ao sabão ordinário e ainda à imersão em vinagre ou alcool. Deve haver todo o cuidado na desinfecção das mãos, não esquecendo a limpeza meticulosa das unhas com uma escova apropriada. As roupas desinfectam-se pela lixiviação em barrela ou pela imersão em sulfato de cobre a 5 %, durante horas; o processo radical é a desinfecção nas estufas.

IV — Evitar tudo quanto perturbe o funcionamento e a saude; água e alimentos de boa qualidade; cortar por desmandos; trabalho moderado, espírito despreocupado e animo afoito: — tudo isto gera um estado físico e moral, justamente tido por preventivo da peste ou de outra qualquer epidemia. Saber ter

uma vida equilibrada e justa é aqui, como sempre, a base de toda a higiene individual e de toda a profilaxia.

V — São os ratos atacados pela peste humana e desta se tornam disseminadores, contagiando e transportando a epidemia. A guerra aos ratos é uma medida capital contra a peste, e que se nos impõe aqui, pois que as indagações feitas demonstram que grassa também a peste nos ratos da cidade. Os meios da destruição são variados: — os mecânicos, com ratoeiras, especialmente as que podem estar sempre armadas e colher muitos animais; ministrar-lhes rolha frita em gordura, ou cal com farinha, tendo ao lado um prato d'água; emfim tóxicos, como bolos d'arsénico, trigo cosido em sublimado, estricnina, etc.

A destruição dos insectos, especialmente dos parasitas, é também utilíssima, pois que as ferroadas dos insectos são tidas por inoculadoras de virus pestífero.

VI — Sempre que se declare qualquer moléstia febril, busque-se imediatamente a assistência do médico.

O reconhecimento rápido dum caso de peste é um benefício para todos; para o próprio enfermo, que aproveita com o tratamento imediatamente instituído; para a sua família e para o público que só assim poderão proteger-se contra a infecção. A hospitalização é sempre recomendável; nas casas de má habitação e poucos recursos de tratamento, impõe-se como uma medida imprescindível. Declarado um caso de peste, sigam-se as prescrições do médico e as determinações da autoridade sanitária.

Mensagem dirigida ao Prof. Ricardo Jorge

(Sessão de 23 d'Agosto de 1899) [1]

Il.mo e Ex.mo Sr. — Nos tempos que vão correndo parece que um vento de insania passa por todos aqueles a quem a gravidade da situação parecia dever aperceber para uma luta que terá de ser insistente para ser profícua e infelizmente se poderá prolongar por muito tempo.

---

(1) — Da Sociedade de Medicina e Cirurgia, do Porto.

Não basta que por todos os meios se tente insinuar no público a insubsistência dum diagnóstico geomètricamente provado, não basta que sejam acolhidas com motejos medidas justificadas cientificamente; não basta que a calunia tente conspurcar quem só encontra estimulo para o seu zelo nos ditames do mais alevantado altruismo; como se tudo isto não nos degradasse e colocasse a nível dos povos para quem a civilização é uma palavra sem sentido, pelas ruas campeia infrene, soltando clamores de morte e de ruína, uma multidão a quem a inconsciência do perigo ou a má fé desvaira e perturba.

Notando apenas de passagem a incongruência da atitude dum povo para quem vem do povo e d'isso se orgulha, para quem tem ainda a felicidade de beijar as santas mãos calejadas do martelo que faziam a subsistência dos seus, para quem ao som da bigorna estudou e se fez homem, os signatários vem dizer-lhe o seguinte:

Senhor Ricardo Jorge: de há muito nutrimos por V. Ex.ª a mais entranhada admiração por trabalhos que em paízes mais cultos fariam a reputação dum homem. De há muito nos acostumou V. Ex.ª a deslumbramentos, desvendando-nos os mistérios da nevrologia, profundando o estudo das nossas águas minerais, investigando as causas do nosso deperecimento como povo e indicando-nos os meios de progredirmos para a higiene, ensinando-nos que a mais devastadora epidemia não poderá fazer mais vítimas no Porto do que a sua insalubridade produz.

Mas se o talento de V. Ex.ª nos incutia admiração, as circunstâncias actuais em que a peste nos invadiu, vieram-nos mostrar que a sua coragem cívica, a sua serenidade em meio da desorientação geral, a sua devoção pela causa pública, a compreensão nítida dos seus deveres igualavam o seu invejado e invejável talento.

Os abaixo assinados, protestando contra a campanha que de dia para dia se vai firmando, saudam respeitosamente V. Ex.ª e apresentam-lhe pùblicamente o testemunho da mais profunda consideração.

José d'Andrade Gramaxo, Guilherme Gonçalves Nogueira, Henrique Maia, José António Anciães Proença, Luis Corte-Real, J. Candido de Faria, Joaquim Arantes Pereira, J. Nunes da Ponte, João Augusto Ferreira, Joaquim

Moreira da Fonseca, Manuel Augusto de Queiroz e Castro, Francisco de Pina Vaz, António Florido da Cunha Toscano, João Baptista Pereira Júnior, José Guedes, Anibal Lopes Brou, António Joaquim da Rocha, Domingos dos Santos Pinto Pereira, Eduardo Correia da Costa Guimarães, Evaristo Gomes Saraiva, José Domingos de Oliveira Junior, Alcino Ferreira da Cunha, Francisco José Martins Morgado, António Augusto Chaves de Oliveira, Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos, Joaquim Augusto de Matos, Carlos Alberto de Lima, Augusto Henrique d'Almeida Brandão, António Ramos de Faria Magalhães, José António Moreira dos Santos, Eduardo de Sousa, Rodrigo António Teixeira Guimarães, Jeronimo Moreira, António Maria Flores Loureiro, Joaquim Augusto d'Araujo Castro, Alberto Almeida Magro, João António de Sampaio e Castro, Guilherme das Neves Rodrigues, Manuel de Morais e Costa, João Augusto da Cunha Sampaio Maia, Frederico Ferreira Correia Vaz, Amadeu Américo, Artur Ferreira de Macedo, Alberto Pereira Pinto d'Aguiar, José Dias d'Almeida Junior, Cerqueira Magro, José Augusto Ferreira Machado, Alves de Magalhães, Ilidio Monteiro, Alberto Alves de Freitas, Francisco José de Sousa Loureiro, José Joaquim Barbosa de Araújo.

Adesões recebidas

Joaquim Urbano da Costa Ribeiro, Roberto Frias, (1) Clemente Pinto, João Novais, Emídio Pereira da Cruz, Vicente Ferreira dos Santos, Francisco Ferreira Dourado, Francisco de Amorim Novais, Luiz Viegas, A. Mendes Correia, Tito A. Fontes, Avelino de Freitas (de Guimarães) José Carlos Godinho de Faria, J. S. Ferreira Figueirinhas, César Bianchi, Agostinho A. Souto, Rodrigo Marques d'Andrade, J. L. Alves Quintela, Agostinho de Faria (2), Júlio A. Lopes Cardoso, Joaquim Mário de Castro, Tito J. da Costa Malta, Joaquim José Ferreira, Rodrigo de Sousa Moreno, Narciso A. de Carvalho, Artur Maia Mendes, Júlio E. Franchini, F. Godinho de Faria, Joaquim José Dias Júnior, Joaquim Pinto Valente, Sousa Garcez, Baptista Dias, José Vicente de Araujo, Eduardo Pimenta. A. J. Morais Caldas, Francisco de Sousa Oliveira, Pedro Augusto Dias, Ferreira Mendes, Barbosa d'Araujo, Luiz Viegas, Tito Fontes, Júlio Cardoso, J. A. Lemos Peixoto, José António Serrano, Curry Cabral, Rui Canas da Costa e Silva, Tiago de Almeida, Joaquim José de Meira, António Baptista Leite de Faria, Abílio Torres, Joaquim Nogueira Leão de Meireles, Amândio Vieira Lisboa, etc., entre os quais clinicos de Melgaço, Monsão, Valença do Minho, Ponte da Barca, Vila Nova de Cerveira, Caminha, Ancora, Viana do Castelo, Barcelos, Vila Verde, Guimarães, Vizela, Paços de Ferreira, Penafiel, Santo Tirso, Póvoa de Lanhoso, Paredes do Douro, Paredes de Coura, Ponte do Lima, Famalicão, Entre-os-Rios, Celorico de Basto, etc.

(Publicado na *Gazeta Médica do Porto*, de 20 de Setembro de 1899).

---

(1) Morreram ambos em 1918 contagiados com tifo exantemático.
(2) Morreu em 1905, contagiado com peste.

A profilaxia da febre tifóide na técnica da salubridade (*)

Das 14 doenças de participação obrigatória, (1) uma das mais difusas, a febre tifóide, (2) é aquela a que em maior extensão se atende por medidas profiláticas não específicas. (3)

As regras mais simples e correntias de higiene, a mais singela rotina de salubridade, contribuem para evitá-la.

É clássico e inegável.

(*) — *Lição, em Abril de 1948, ao Curso de aperfeiçoamento para subdelegados de saúde, no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.*

(1) — Peste; Cólera; Febre amarela; Tifo exantemático e outras doenças do grupo exantemático; Febre tifóide e febres paratifóides; Varíola; Escarlatina; Difteria; Meningite cérebro espinhal; Poliomielite; Encefalite letárgica; Sezonismo; Lepra; Disenteria bacilar. (Tabela publicada no *Diário do Governo*, n.º 196, I Série, de 22 de Agosto de 1942).

(2) — Entenda-se desde já como incluídas na designação e para o efeito, as febres paratifóides clássicas. Mas além de ser mais simples o dizer, a verdade é que na rúbrica da Tabela — febre tifóide e febres paratifóides, as últimas contam-se entre nós por números ínfimos e sobretudo quando não associadas ao Eberth. E assim o dizer é o mais próprio.

Nos dois anos de 1937 e 1938 a reacção de Widal foi positiva, nas análises feitas neste Instituto, 196 vezes para o bacilo tífico e apenas 7 vezes para o paratífico A e 6 para o B. Notando-se que só duas vezes se mostrou isolado este último.

(3) — Entende-se serem medidas profiláticas específicas, vacinações, desinfecções, isolamentos.

Em publicação americana muito justamente divulgada (1) diz-se da febre tifóide (2), além do mais:

Modo de transmissão — Transmissão dos bacilos tíficos por contacto directo ou indirecto com o doente ou portador. Entre os meios indirectos de transmissão contam-se os alimentos, a água e o leite contaminados, os mariscos e, em certas circunstâncias, as môscas.

Período de transmissão. — Enquanto os bacilos tíficos aparecerem nos excreta. Usualmente, desde o aparecimento dos sintomas pròdrómicos, por todo o tempo da doença e recaídas, durante a convalescença, e por um período de tempo variável depois da cessação final de todos os sintomas.

Frequência — Disseminada por todo o mundo. Anteriormente endémica e epidémica nas maiores cidades da América do Norte e em muitas regiões rurais; ainda endémica nalgumas regiões rurais dos Estados Unidos, mas ocorrendo agora ordinàriamente sob a forma de casos esporádicos e em pequenas epidemias devidas a contactos e a portadores. Queda constante na incidência, particularmente nas regiões urbanas abastecidas com água de confiança e leite pasteurizado, e onde os excreta humanos são dispostos por forma a não contaminar os abastecimentos de água, os alimentos, o leite, ou a superfície do solo.

Profilaxia.

b) — Medidas gerais:

1. — *Protecção e purificação dos abastecimentos públicos de água; construção de abastecimentos particulares de confiança.*

---

(1) — « The Control of Communicable Diseases », 1945, Sixth Edition. Published by The American Public Health Association.

(2) — Das paratifóides diz-se exactamente o mesmo, salvo da — Frequência. — A frequência tem decaído com a da febre tifóide, sendo na maior parte da América do Norte relativamente rara, ocorrendo esporàdicamente ou num pequeno número de portadores locais ou contactos epidémicos, posto que seja provàvelmente mais comum do que se julga devido ao grande número de infecções não pesquisadas. A febre paratifóide A é menos comum do que a B.

2. — *Dispositivos sanitários para os excreta humanos.*
3. — *Pasteurização do leite e dos produtos lácteos e cura dos queijos por um período não inferior a 60 dias, à temperatura de 2º. C.*
4. — Limitação da pesca e venda de mariscos aos provenientes de origens aprovadas.
5. — Inspecção de outros abastecimentos e das operações de manipulação de alimentos.
6. — Prevenção da reprodução de môscas.
7. — Imunização das pessoas sujeitas a uma exposição fora do comum, por efeito da sua ocupação ou de deslocações, das que vivam em regiões de alta incidência endémica de febre tifóide e daquelas às quais se possa sistemática e económimente aplicar a imunização, como as pertencentes a fôrças militares e as que vivam em Instituições.
8. — Despiste e inspecção de portadores tíficos e sua exclusão dos trabalhos de manipulação de alimentos.
9. — Instrução dos portadores convalescentes e crónicos, em matéria de higiene pessoal, particularmente quanto aos dispositivos sanitários dos excreta, lavagem das mãos depois da utilização da retrete e impedimento de actuarem como manipuladores de alimentos.

c) — Medidas em caso de epidemia:

1. — Exclusão dos abastecimentos de leite suspeitos de ser a causa da epidemia, até ao reconhecimento e eliminação da origem da contaminação do leite.
2. — Exclusão dos abastecimentos de água suspeitos, até que se assegure a sua adequada protecção e purificação, a menos que toda a água destinada a lavagens, cosinha e para beber, seja antes fervida.
3. — Educação de todo o público e particularmente dos manipuladores de alimentos, a respeito das fontes de infecção e dos modos de transmissão.

— No caso português e nas condições de trabalho de V.as Ex.as, subdelegados de saúde concelhios, médicos municipais quase todos, o que lhes é possível fazer que seja útil como profilaxia da febre tifóide e seja técnica e rotina de salubridade?

Permitimo-nos primeiro lembrar a V.as Ex.as que no Código Administrativo se dispõe o seguinte:

— como obrigações de Câmaras Municipais, deliberar:

Art.º 46.º

10.º — Sobre a fruição e aproveitamento das águas públicas que por lei estejam na sua administração;

12.º — Sobre a limpeza das povoações e asseio exterior dos edifícios;

Art.º 47.º

1.º — Sobre a captação de águas potáveis, construção, conservação, limpeza e desobstrução de fontes, reservatórios, aquedutos e condutas;

2.º — Sobre a construção e conservação de redes de distribuição pública de água para consumo domiciliário;

6.º — Sobre o estabelecimento e instalação de centrais pastorizadoras ou de centrais leiteiras para tratamento, acondicionamento, distribuição e venda do leite destinado ao consumo público directo, observada a legislação especial.

Art.º 49.º

1.º — Sobre a protecção da água potável destinada ao consumo público contra as causas de inquinação e conspurcação;

2.º — Sobre o estabelecimento de redes de esgotos adentro das povoações;

3.º — Sobre a remoção, despejo e tratamento de lixos, detritos e imundícies domésticas;

8.º — Sobre a construção e conservação de matadouros, frigoríficos e peixarias municipais;

10.º — Sobre a construção e conservação de lavadouros;

11.º — Sobre a construção e administração de estabelecimentos de banhos públicos e de águas medicinais;

12.º — Sobre a instalação de obras de saneamento;

15.º — Sobre fiscalização e melhoramento das condições higiénicas das «vilas» existentes nas cidades, pátios, saguões, serventias, escadas e seus vestíbulos e residências dos porteiros;

16.º — Sobre a colaboração a prestar às autoridades sanitárias em tudo o que lhes seja solicitado no interesse do concelho.

Como obrigação de Juntas de Freguesia, deliberar:

Art.º 253.º

9.º — Sobre a construção, conservação e reparação de fontes para o abastecimento dos moradores da freguesia.

— Tudo são, claramente, disposições que interessando à saúde pública, podem ajudar a solucionar de algum modo o problema que estamos encarando: a profilaxia da febre tifóide na técnica da salubridade.

É um bom conselho o que figura no n.º 7 das indicações americanas referidas. E penso que seria uma boa orientação limitar porventura à última parte — imunização das pessoas às quais ela se possa sistemática e econòmicamente aplicar — a vacinação anti-tífica regular na maior extensão do nosso país, até que seja possível ir mais longe; e como é com a medicina militar a imunização em aquartelamentos, seria pois com V.as Exas a das outras instituições e habitações colectivas. É o caso da população escolar e de todas as instituições de Assistência infantil.

Sem embargo embora de aqui e além se aproveitar uma condição regional ou outra, para uma imunização eventual intensa ou para uma vacinação mais ou menos regular e completa de uma área populacional.

É um bom conselho aquele n.º 7, mas não é matéria de salubridade.

Sabem V.as Ex.as como está ainda longe das suas possibilidades qualquer prática que atenda ao disposto no n.º 6.º do art.º 47.º do Código Administrativo, à pastorização do leite; porventura a vinda, cada dia mais próxima, de electricidade barata, o facilitará; e facilitará por certo a instalação de frigoríficos e o funcionamento de matadouros, de mercados, de peixarias.

Há um capítulo importantíssimo da defesa contra a febre tifóide em que não é possível ainda a V.as Ex.as nenhuma intervenção geral, e esse é o dos portadores.

Só no campo limitado do exame médico dos que trabalham com leite e lacticínios (só esse exame e o dos que manipulam farinhas estão previstos) se poderia desde já pensar em regular e condicionar em conformidade o atestado. Mas isso mesmo, como seria difícil.

Mas nada existe que abranja as criadas de servir — porventura valioso factor de casos de febre tifóide — e os cosinheiros e outros trabalhadores das cosinhas de hotéis, de restaurantes, de casas de comidas, de pastelarias, etc.

Podem V.as Ex.as condicionar a salubridade das cosinhas, mas não podem evitar que da comida se ocupe um portador de bacilos tíficos.

E é livre a venda de mariscos e semelhantes (salvo as ostras) uma vez que o produto, ou melhor dito o animal esteja são. Se não tem alterações, se está vivo, nada impede a sua venda e o seu uso, mesmo pescado em águas poluídas ao máximo.

A salubridade começa é certo a surgir. Vejamos como.

Pois necessàriamente na fixação das condições sanitárias daquelas referidas cosinhas de estabelecimentos públicos, condições de iluminação e de limpeza, de arejamento e de lavagem de superfícies lisas e impermeáveis; e também na fixação das condições de funcionamento de todas as instalações que rodeiem aquelas cosinhas e onde o pessoal se limpe e lave antes de trabalhar e mude o fato em vestiário decente; instalações onde encontre retrete e urinois bem instalados, retretes onde não conspurque as suas roupas, havendo onde se coloquem as que se usam tirar, assegurando-se a limpeza dos próprios locais e a dos corpos e, em final e mais que tudo, a das mãos. Cuidando-se sempre de sabão e toalhas, tanta vez em falta, tanta vez imundas.

E é também matéria de salubridade o que evite que em águas poluídas se fartem e engordem crustáceos e moluscos à custa da própria riqueza alimentar que as imundícies ainda representam e que necessàriamente os podem sujar e inquinar.

— Mas é possível, apesar de tudo, ir mais longe na execução de medidas de salubridade que em termos de rotina, em trabalhos do dia a dia, previnam a febre tifóide?

Vejamos.

— Será possível a V.as Ex.as lutar contra as môscas, fazer a prevenção da reprodução desses insectos?

Em muitas localidades não é difícil verificar que a densidade das môscas é muito maior em certos pontos. Há casas de jantar e cozinhas, quintais e retretes de pensões, onde elas surgem dominantes. Há travessas, há quelhas de povoações, onde a môsca só foge de onde cada pé pisa o pavimento.

A pulverização, repetida a curtos intervalos e em duas épocas de cada ano, de pós ou de líquidos hoje tão frequentes e cuja base são o D. D. T. e o piretro, reduzindo o número, reduzindo-o quando as môscas são novas, reduzindo-o quando adultas e antes

da postura, é prática valiosa e de uma sugestão incomparável. É fácil. E é barato, dada a mínima porção precisa do tóxico.

É pouco? São alguns locais, dentro de algumas terras? Sem dúvida; mas é possível e é bom trabalho e útil.

E mal irá se por seu prestígio junto das Câmaras ou por seu zelo junto dos Serviços lhes faltar, meus Colegas, o material preciso e quem eventualmente o distribua sob a vossa direcção, condição necessária para a eficiência e para a garantia dessa forma tão singela de profilaxia.

— Sem dúvida todos V.as Ex.as conhecem a colecção de sete folhetos de Higiene Rural da nossa Direcção Geral. Intitula-se um deles « Retretes rurais »; outro « Fossa séptica ».

É muito difícil conseguir aquilo mesmo que neles se pede e se indica? É, sem dúvida. Mas em certos momentos V.as Ex.as têm possibilidade de marcar a sua posição e é quando de construções novas, sempre que não há esquecimento das autarquias locais, e são ouvidos sobre os projectos.

Mas por outro lado há casos em que ao funcionamento de certos estabelecimentos é possível levantar grandes dificuldades. Hotéis, pensões, restaurantes, em zonas de veraneio, em praias, de um modo geral, dependem dos Serviços de Turismo.

Temos percorrido muita vez e muito largamente vastas extensões da nossa terra. Podemos assegurar que muita vez o que desgraçadamente é uso chamar « instalações sanitárias » são de facto sentinas, no sentido estercorário do termo. É pena. Se as Câmaras não poderam ajudar-nos, será possível que os Serviços de Turismo não recebam de braços abertos a nossa ajuda?

Muita vez será possível, por simples conselho, indo ao encontro dos proprietários, conseguir que na sua casa nova eles adoptassem para despejo da sua retrete uma fossa modesta como é afinal a daqueles referidos folhetos.

E muita vez será possível promover a instalação de uma singela retrete rural.

Mas mais fácil ainda é a propaganda de melhores estrumeiras, é fazer ver que é melhor o estrume das que não deixam perder no solo e perder no ar tanto produto essencial; das que são menos permeáveis e são cobertas, de terriço ou mato que seja.

Há já muito médico veterinário municipal e estão bem servidas de engenheiros agrónomos muitas regiões.

Pois, meus senhores, trabalhando com esses outros distintos e indispensáveis técnicos sanitários, é que se irá caminhando no sentido de um melhor aproveitamento dos excreta, de fezes, de urinas e de lixos, humanos e de animais. Conseguindo-se assim começar a dificultar a conspurcação dos alimentos por germes patogénicos, em hortas sobretudo; e a do próprio leite; mas sobretudo evitando-se a conspurcação da superfície do solo.

Será mais difícil a vida da môsca. Mas será mais importante a protecção alcançada para as águas de abastecimento.

— São as águas potáveis dos abastecimentos públicos e particulares o factor que há mais de um século se assentou como sendo o mais importante na propagação da febre tifóide.

Será possível a um subdelegado de saúde concelhio, a cada médico municipal, actuar no sentido da protecção e da defesa dessas águas? Actuar por modo seguro, simples e pouco susceptível de provocar atritos?

Vejamos ainda.

Há por toda a parte e muitas vezes isso se verifica entre nós, uma marcha de febre tifóide que pode dizer-se ser essencialmente uma série de surtos, intervalados de meses mas em geral de anos e a que uma endemia surda e rotineira dá ligação. É um rosário de pequeninas contas marcado a espaços por contas maiores, a que é devida maior atenção e respeito.

Esses avultamentos da febre tifóide surdem muita vez, surgem quase sempre, da água que ocasionalmente se inquinou.

Avultam mais ou menos conforme uma imunidade e resistência naturais se mostram valiosas; a primeira resultante da endemia e das epidemias anteriores, a outra simples condição essencial biológica de todos os seres vivos.

Com portadores ou sem eles; porque veio de fora um convalescente e um doente até; porque só nesse momento por desgaste e estrago de canalizações a água foi atingida; porque só então a cultura invadiu terrenos maninhos em que a água, acessível embora, não era atingida por patogénicos; de qualquer modo, a epidemia de origem hídrica, massiça ou não, aparece.

Mais frequente do que as epidemias de outras origens, quase sempre mais brusca do que elas, ou melhor dito, mais rápida na sua evolução completa, a febre tifóide partida de uma água de uso é, pode dizer-se, a única que alarma.

É por velhas razões de tradição e de hábito, alarma a médicos e a povos tanto mais quanto maior é o meio em que se verifica ou se considera.

Facto banal e velho como as gentes nos meios rurais, impressiona sobretudo nas grandes vilas ou nas cidades. Situação já muita vez vista por um médico rural ao fim de vinte anos de trabalho, é cada vez mais e felizmente, motivo de reparo para os que ainda se não habituaram a tal e sobretudo é motivo de persistente e grande desejo de melhoria para quem recebe de todos os lados, ao longo de cada ano, as relações de casos que se somam por milhares, com centenas de óbitos.

Essas dezenas de milhares de dias de trabalho perdido em cada ano, essa perturbação grave da vida de tanta família, só impressiona, pode dizer-se, quando por se ver de longe se pode ver em conjunto.

É possível fazer alguma coisa? com valor prático? trabalho fácil? É possível.

Inúmeras vezes a água é atingida porque se tornou acessível a escorrências dos terrenos na conduta ou na própria captação.

É evidente que onde existam ainda fontes de mergulho, e há muitíssimas, e onde a água se tire de poços por mergulho de vasilhas, e tal se vê por todo o lado, o caso é outro, e necessàriamente, se se trata de um abastecimento público, há que fechar pelo menos o mergulho da fonte e pôr-lhe uma bica até que se alcance melhor solução; ou que fechar tambem o poço e pôr-lhe uma bomba.

Em cada cem casos, de uns ou de outros, só será possível acudir, em cada ano e mesmo assim precàriamente, a meia dúzia? Queremos crer; mas não importa.

Pior será que na consciência de todos nós esteja por seguro que em cada ano os 1.300 médicos municipais, os 270 subdelegados de saúde, não alcançarão porventura por sua exclusiva acção e prestígio, a melhoria possível dessa mesma meia dúzia.

Nem se diga que lhes falta além do prestígio como médicos, que todos têm, bem merecido de todo o sempre, o prestígio local, na administração e na política, que em muito concelho lhes pertence também e justamente.

É um pedido que lhes estamos fazendo; um primeiro pedido. É um apelo de ajuda.

O outro é tão importante, pelo menos. E, com ser de mais modesto e apagado trabalho, é contudo a própria essência de uma prática de salubridade.

Venho apenas pedir a V.as Ex.as, e vejo em V.as Ex.as todos aqueles subdelegados de saúde de quem disse: (1)

— « Nunca nos falhou a ajuda pronta, a informação segura, a dedicação sem pensamento sequer na perturbação momentânea da sua vida de trabalho, por parte de tanto colega, subdelegado de saúde concelhio a quem um dia com aviso ou sem ele, fomos procurar na sua Vila, fomos encontrar no local marcado ou forçámos a acompanhar-nos através do seu concelho.

Sempre os vimos desde logo dominados pelo desejo de servir a sua região, sempre nos informaram com lealdade sem igual. Nenhum interesse, respeitável embora, lhes tolheu o ânimo. E médicos como nós, sempre na sua companhia era em final a vida populacional, o aspecto demográfico, a necessidade de amparo, que servia de eixo à conversa, sendo o estímulo maior nas nossas decisões.

Desses subdelegados de saúde que os dois vogais da Junta foram encontrando e conhecendo há dez anos, contados por dezenas deixaram já o serviço 90, e, desses, 20 pela morte.

Passam na nossa lembrança muitos desses colegas; e com eles muitos mais, ainda no serviço. Quantos mais velhos do que nós, novos outros. Trabalhando às vezes em vilas sertanejas de concelhos arredios e pobres, modestos o mais possível. Outros em grandes centros e mesmo em desproporção com o meio, representantes perfeitos daqueles médicos que da elegância da figura à da palavra, deram à classe a aura que teve na segunda metade do século XIX.

A citação de todos seria impossível, a referência de alguns seria injustiça ».

Como dizia, venho pedir-lhes, venho apenas pedir-lhes que, pouco a pouco, mas persistente e obstinadamente, verifiquem o estado dos abastecimentos de água das suas terras, das terras dos seus concelhos, de quantas lhes for possível, de algumas. Sem esperar pela determinante de uma epidemia. Como se segue uma criança num Serviço de Puericultura; como se revê o inscrito num Dispensário; como se repete e reactiva uma vacinação preventiva; regularmente.

É essencial que se mantenha o *statu-quo* inicial previsto para cada captação de água potável; que as zonas de protecção se

---

(1) — *Dez anos depois.* — 1943 — Junta Sanitária de Águas.

conservem; que o mato, o pinhal ou a charneca, se não desbravem, em termos de prejuizo.

Basta passar de longe em longe, desde que se conheçam bem as condições locais.

É essencial por outro lado que as aduções, as canalizações, as caixas de água, as juntas de passagem e de derivação, as câmaras de perda de carga, as passagens sob caminhos e ribeiros, sobretudo ribeiros intermitentes que tanta vez são na orla das povoaçõs linhas de água e vasadouros de escorrências, é preciso, diziamos, que todo esse sistema se conserve protegido. E para isso há tão sòmente que vigiá-lo, o que tanto monta dizer como percorre-lo de vez em quando.

Há-de escapar muita vez um pormenor ou um acidente grave? Sem dúvida. Mas inúmeras vezes se evitará a tempo, um aproveitamento prejudicial das terras em volta, e se acudirá a tempo, remediando-o, e reparando-o, ao estrago que provocou a inconsciência ou mais ainda o simples decorrer do tempo pelo envelhecimento dos materiais.

Também bastará passar de longe em longe, desde que se conheçam bem trajectos e pormenores.

Se tudo se fizesse, haveria a tempo o conhecimento de pequenas deficiências de fácil remedeio. E evitar-se-ia, como tanta vez sucede, que só vem a conhecer-se o que implica grandes e dispendiosos trabalhos.

CARLOS D'ARRUDA FURTADO

Inspector Superior da Direcção Geral de Saúde

Higiene e Medicina Social Concelhias

I — Honroso convite. Escolha dum assunto de interesse prático, fugindo a pedantismos e a utopias. «Pequenas coisas» despresadas; necessidade de se atender a elas. A saúde dos habitantes da província — maioria dos portugueses. Modelos estrangeiros inexequíveis, embora dando boas sugestões e bons exemplos.

Quando o brilhante, equilibrado e aliciador Presidente do Conselho Regional do Porto, Sr. Prof. Ernesto de Morais, me honrou com o convite para colaborar no 2.º Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, organizado pela Ordem dos Médicos, vindo aqui fazer uma lição ou uma conferência, à minha escolha, não foi o assunto escolhido desde logo o que ora trago, embora fosse no mesmo género.

Veterano encanecido nas lutas a favor da Medicina Social e da Higiene, há mais dum quarto de século que prego no deserto da indiferença pública e da lentidão oficial, agora felizmente em via de se transformar em actividade cada vez mais fértil e prometedora.

Ao Porto, aliciado pelo Dr. António Emílio de Magalhães e pelos professores Almeida Garrett e Mendes Correia, já trouxe por mais duma vez depoimentos, cujo único mérito foi o de se fundarem em ensaios, bem modestos aliás, e em observações atentas, embora sem pretenderem ter esgotado quanto há a observar em tal campo.

---

(1) Lição proferida na Faculdade de Medicina do Porto em 5 de Novembro de 1948, no II Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário.

Posto agora em frente de Colegas que vieram aqui para de algum modo aperfeiçoarem os seus conhecimentos médico-sanitários, não vou ter evidentemente o mau gosto de tentar balbuciar lugares comuns, dizendo... o que com mais ou menos falsa modéstia é de uso dizer-se para alcançar a benevolência dos ouvintes.

Estou aqui porque pessoas de responsabilidade me convocaram. E não faltei porque — igualmente responsável — era meu dever vir.

Trata-se de servir a classe e nunca regateei esforços que só de mim dependam para a servir, modestamente embora.

Ao escolher porém um assunto para me desempenhar do honroso encargo, confesso que hesitei.

Não no género do tema a escolher, pois sendo o Curso dedicado essencialmente a colegas que vivem em concelhos da província, de mau gosto seria fazer-lhes uma fala sobre assuntos que não tivessem utilidade prática. Fui sempre contrário à orientação que, com a ilusória ideia de dar nível alto a cursos de aperfeiçoamento, se serve do pretexto para exibições eruditas, aliás fáceis em quem dispõe de revistas caras, e preparação de *curriculum vitae* em locais onde ninguém pode contestar ou pedir contas, sem aplicação na vida prática dos médicos que a elas assistem.

O balanço do esforço dispendido com tal critério é em geral reduzido a fórmula simples pelos que regressam às suas terras: — Muita ciência, mas pouco senso... Muita vaidade, mas pouca utilidade...

Por isso nem por sombras me passou pela cabeça trazer aqui qualquer estudo original, nem dar conta de novidades não consagradas pela experiência portuguesa, nem, muito menos, «fazer figura» com um discurso literário, que «marcasse».

Consciência da fraqueza das minhas forças em local onde acorrem tantos de categoria elevada? Quem dá o que tem a mais não pode ser obrigado. Mas, fugindo àqueles inconvenientes, tive de correr o risco de ser banal. De falar de coisas que toda a gente conhece e toda a gente entende.

Pois bem! Não receei esse risco. Estou há muito convencido de que um dos males de Portugal é todos os nossos compatriotas serem excessivamente inteligentes e quererem ser constantemente sábios e originais.

Ora a verdade é que, devido a isso, há conceitos, instituições e práticas que precisam de ser revistos, com justiça e sem vaidades vãs, com espírito crítico construtivo e sem procurar vexar os que erraram ou fizeram coisas incompletas por falta de quem os apoiasse.

As «pequenas coisas», devem merecer cada vez mais atenção, deixando-nos de «coisas pequeninas», daquelas que levam à maledicência e à intriga e por elas à esterilidade e que são tanto do agrado dos medíocres, dos falhados e dos invejosos a quem as «pequenas coisas» causam tantas vezes horror.

Não queiramos criar Ciência todos os dias, mas trabalhemos para que as ciências já adquiridas há muito, tenham enfim entre nós a aplicação devida.

É inglório tal trabalho? Sem dúvida! Mas lembremo-nos de que o seu despreso torna-se no grão de areia que trava a cada passo a aplicação da Ciência que tanto envaidece certos preguiçosos da nossa raça, muitos dos quais aliás não demonstraram ainda possuí-la, a não ser por palavras.

Posto isto, explicarei porque escolhi para tema a «Higiene e Medicina Social Concelhias».

Antes de mais: — Porque este curso é destinado essencialmente a médicos da província. Que me perdôe algum colega porventura presente e que o não seja.

Em segundo lugar: — Porque é tempo de nos lembrarmos de que a maior parte dos portugueses vive fora de Lisboa, Porto e Coimbra; fora mesmo de cidades, em vilas, aldeias ou campos. Que os colegas que se ocupam da defesa da sua saúde não têm a cultura profissional tão inferior à dos que vivem nos grandes centros como pode deduzir-se de certas palavras vaidosas proferidas no «Chave de Oiro», no «Monumental» ou na «Central»...

Não se tomem como de lisonja aos presentes estas minhas palavras... Nunca na minha vida fui lisonjeiro. De resto, aos médicos da província, queridos camaradas que muito prezo, porque também fui médico rural, aos colegas aqui presentes, algumas verdades vou dizer-lhes que não são positivamente de lisonja, visto estarmos em família. O que são é palavras amigas, dum amigo que vê os lobos a quererem atacar a nossa nobre classe e lhes quer dizer, como o tem dito já mais de uma vez aos colegas das cidades, qual o modo de evitar, não só que eles a devorem, mas que lhe mordam sequer.

E, como estamos em família, quero, em compensação e para lhes mostrar que é como amigo que lhes falo, dizer-lhes que admito e, mais, estimo a contradita e estou, no fim da desataviada fala que vão ouvir, às ordens de todos — por ordem, bem entendido — para lhes esclarecer dúvidas, desfazer mal entendidos e principalmente aprender — pois com ninguém aprendi tanto na minha vida do que com os que *vivem* a profissão médica, como sanitaristas, como clínicos ou como mestres, e não com os que apenas fazem ideia, por leituras, da maneira como ela é vivida (se o é) na França, na Inglaterra, nos Estados Unidos, na Alemanha, na Áustria, na Itália, na Rússia...

II — Cursos de aperfeiçoamento, portugueses e estrangeiros. Seu interesse. Conceito de Higiene, em geral correcto, mas conceitos errados de Medicina Social. A moda e a confusão. Verdadeiras características da Medicina Social, que a distinguem da outra medicina colectiva. Serviço Social. Suas características. Medicina preventiva organizada.

Posto isto entremos finalmente no assunto.

Já tive a honra de organizar e dirigir três cursos de aperfeiçoamento para subdelegados de saúde e de colaborar numa reunião de delegados; segui par e passo todas as lições feitas nos cursos de aperfeiçoamento sobre doenças infecto-contagiosas brilhantemente realizados sob a direcção do Prof. Fernando Fonseca; acompanhei de longe, interessado, os Cursos de férias e de especialização realizados pela Faculdade de Medicina de Coimbra, e em Lisboa e Porto, os cursos sobre Pediatria, Sifiligrafia, Cirurgia de urgência, etc., organizados nos Hospitais Civis de Lisboa.

Conheço programas de cursos estrangeiros e com particular pormenor os feitos em Espanha, com um vastíssimo programa e exito. Com os ensinamentos da experiência pessoal e alheia vou ocupar a atenção dos que me escutam sobre alguns problemas da Higiene e Medicina Social concelhias.

Conheço documentadamente a nossa Higiene Municipal e o que se está a esboçar em matéria de Medicina Social no nosso País.

* * *

Antes de mais é indispensável fixar conceitos e princípios.

Sobre a significação de *Higiene* todos os médicos cultos estão de acordo, variando as definições, com maior ou menor felicidade, mais ou menos sugestivas, mas unânimes na ideia de lhe atribuir a defesa da saúde integral e o estímulo da robustez.

Não é raro todavia encontrar quem, com rótulo da Higiene, para atrair a confiança e simpatias, mais não cuide do que pugnar pelo que interessa à sua vaidade de aprendiz de sábio ou de inventor, por vezes ocultando ou disfarçando preguiça para grandes esforços... Pior, porém, é quando o rótulo é cartaz de reclame seja ao que for de material ou de negociável de onde lhe resulte um lucro monetário. E então é frequente quererem limitar o seu « ponto de vista » a certa Higiene, tratando de ignorantes ou de imbecis os que, livres e desinteressados, não os apoiam ou contrariam o desvio de verbas orçamentais de sectores tanto ou mais importantes e a cada passo mal subsidiados...

Seria fácil e fértil, embora dolorosa a documentação do que dizemos, que explicaria aos pouco informados a origem de certa maledicência, de dadas campanhas e até de algumas atitudes chamadas... políticas.

É que nem sempre a « Higiene é a diplomacia da medicina » como lhe chamou Chavigny.

Mais complicado e por vezes... conspurcado é o conceito de *Medicina Social*. Mas que admira, se a própria noção de *Sociologia* como a de *Economia Política*, anda a cada passo a ser vítima de adulterações! Se constantemente se ouvem médicos falar de *socialização* da medicina, confundindo-a com simples organização hierarquizada do exercício da mesma, por sinal mais de uma vez não passando da manutenção em tempo de paz da orgânica preparada durante a guerra, com todas as suas vantagens, defeitos e êrros, mas subsidiada, como em geral o não é em épocas pacíficas.

Por sinal também que, por via de regra, é medíocre, mal remunerada e suprindo as insuficiências por despotismo esterilizador da técnica, mas ainda apetecida por certos visionários utopistas que se dizem, alguns, anti-militaristas e sinceros e legítimos admiradores da liberdade.

Tem-se confundido tanto *Medicina Social* com *Higiene Social* que as suas fronteiras são por vezes difíceis de compreender, tanto mais que a orientação essencialmente preventiva de ambas de algum modo lhes dá um ar de família muito unida...

Mais grave tem sido a confusão de *Medicina Social* com *Medicina Colectiva.*

Bem sei que o campo da *Medicina Social* está a incluir cada vez mais sectores, começando subtilmente pelo dos acidentes no trabalho e doenças profissionais, onde atinge por vezes largo e justo espaço, para o da assistência, hospitalar ou domiciliária, o do mutualismo, etc.

Os seguros na doença se fossem bem organizados, como já tão pitorescamente no-los descreve Júlio Verne num dos seus romances ao mostrar-nos o agente duma companhia a defender um cliente das oportunidades do suicídio, contra o qual se havia segurado, esses seguros seguiriam, se assim estivessem montados, uma técnica essencialmente viva e preventiva. Infelizmente tal não sucede em geral e a medicina preventiva, ao ser feito o exame médico prévio dum candidato, apenas defende o cofre da companhia e em todo o decorrer do período em que o segurado paga, raro faz seja o que for (nem em simples conselhos profiláticos) que lhe defenda a saúde, limitando a acção a querer convence-lo ilusòriamente de que tem assegurado o pão na velhice ou, em caso de acidente, a sua família fica ao abrigo da miséria.

O que vale é que, cumprida como um rito a formalidade de «fazer um seguro», o interessado, tomado o impulso inicial, vai pagando resignado a sua cota e não pensa mais no caso. Tais companhias, tais segurados!

Não se fala nos seguros portugueses em *Medicina Social.* Podiam-na praticar, mas não pode ter esse nome a que se limita a instalação de postos de socorros, ou de postos de consulta, médicas, tanta vez apressadas, onde mais vezes se vê actuar um enfermeiro sòzinho do que um médico. Deve por isso chamar-se-lhe «enfermagem social»?...

A designação de «social» está na moda e é preciso evitar-se, pelo menos no que diz respeito à Medicina e para defesa material e moral dos médicos, que se abuse de tal designação.

A *Medicina Social* verdadeira, que inclue a *Higiene Social,* tem características próprias, inconfundíveis.

Pode em qualquer serviço de assistência médica, colectiva ou até individual, haver qualquer coisa de medicina social, em esboço, periódica e fugazmente?

Sem dúvida! Mas, se pode olhar-se o lado social seja do que for, isso não dá o direito a ninguém de chamar Medicina Social ao que não passa de Medicina Colectiva, que, quando praticada com competência, zêlo e pontualidade, é tão respeitável como ela.

A *Medicina Social* tem de ser, não efémera, mas fundamentalmente social. É principalmente preventiva. Colaboram nela, não só médicos, mas outros elementos da sociedade, sem os quais ela é incompleta e improfíqua. Incide particularmente, embora não exclusivamente, como se sabe, sobre certas doenças às quais, pela sua generalização, mortalidade, incremento constante, ou consequências nefastas para a família, fábrica, repartição, etc. e repercussão até na descendência, foi dado (quem quiser que discuta se bem ou mal) o nome de doenças ou flagelos sociais, como a tuberculose, a sífilis, o alcoolismo, o cancro, os reumatismos, as doenças do coração, a mortalidade e morbilidade infantis, e, em certas regiões, o sezonismo, o tracoma, a anquilostomiase, a lepra, etc.

Outra característica da Medicina Social é a de utilizar sistemàticamente, como colaboradoras preciosas indispensáveis, as assistentes ou auxiliares sociais e as visitadoras, isto é, agentes do que (bem ou mal também) se convencionou chamar *Serviço Social.*

Tal porém como é vulgar chamar «Medicina Social» ao que é medicina colectiva, assim também é frequente apelidar-se de «Serviço Social» o que não passa de assistência improvisada.

Uma característica é também exigida quer a uma quer ao outro, quando correctamente desempenhados: a perfeita preparação científica e social dos seus agentes, quer médicos quer não médicos.

É claro que não é difícil simular uns e outros e os médicos serem apenas clínicos, embora competentes por vezes, e as agentes do serviço social senhoras de boa vontade e considerável vocação também. Ao vê-los trabalhar, contudo, ou ao ler os seus relatórios, fàcilmente se revela a improvização quando não a autêntica caricatura do que se arremeda.

Às vezes basta um pormenor para os denunciar; no médico, a falta de pontualidade, obrigando os que os procuram a longas

esperas nos dispensários, falseando e iludindo uma das características fundamentais desta instituição, eixo de toda a acção médico-social, qual é a de evitar que os operários e demais trabalhadores que a eles acorrem percam tempo e deixem de o frequentar, por lhes fazer falta esse tempo ao serviço próprio ou ao dos patrões; ainda no médico o ser-lhe indiferente a administração do dispensário, a sua contabilidade, estatística de movimento, inquéritos sociais, etc., limitando-se à clínica estreme, mesmo quando atenta e não apressada, e transformando a assistente social ou a visitadora em enfermeira improvisada ou simples escriturária, não a sabendo, enfim, aproveitar, quando competente.

Na visitadora denuncia a sua incapacidade ou má direcção e insuficiência das ordens que recebe o pretender fazer um inquérito social sem sair do dispensário, sentada numa cadeira, transformada em reporter sedentário e reduzindo a auto tudo o que os interessados lhe ditam, sem visita local nem averiguação da autenticidade das informações.

O *Dispensário* é o órgão fundamental da Medicina Social, como a consulta externa o é da clínica, onde se faz a triagem dos doentes. Se tem porém, esta função, o trabalho do dispensário é fundamentalmente preventivo e educativo, só sendo curativo quando a terapêutica é elemento essencial da prevenção, como na sífilis, por exemplo, interessando mais à defesa dos grupos sociais da família, fábrica, oficina, repartição, etc. do que à cura pessoal do doente, só por si. Em contraste, na consulta externa, hospitalar ou não, o que interessa essencialmente é a cura imediata ou rápida posterior, ali ou noutro estabelecimento, do doente, sem querer saber do meio de onde ele provém, nem dos seus recursos, encargos, etc., o que para o médico é então quase indiferente e só lhe faria perder tempo.

É claro que se a mentalidade do médico for hirta e, ao ser colocado à frente dum dispensário, se limitar a ser clínico, pode ser muito competente como tal, mas o que não pratica é *Medicina Social* pròpriamente dita.

São por vezes difíceis as fronteiras da Medicina colectiva e da social? Sem dúvida. O que importa porém é não as confundir de tal modo que se dê indiferentemente um ou outro nome a qualquer delas.

III — Características da Medicina Social e da Higiene concelhias. Estratégia e táctica sanitárias. Topografias médicas — o «reconhecimento do terreno». Seu conceito e técnica. Preparação dos chefes sanitários. Administração sanitária. Formação médica universitária sólida. Especialização. Perigo de esta ser precoce. Qualidades dos chefes. Necessidade da sua formação como tal. Formação de equipes.

Em que medida e como é possível praticar a Higiene e a Medicina Preventiva num concelho da Província?

É o que vamos procurar agora analizar.

O primeiro trabalho, indispensável a quem bem quiser trabalhar na Higiene e na Medicina Social concelhias, é o de conhecer o campo de acção em que vai agir.

Seria absurdo que um Chefe de Estado Maior não conhecesse a topografia do terreno em que vai ordenar uma acção militar, ou que um comandante de companhia não fizesse o reconhecimento prévio antes de dar ordens aos seus homens para um ataque.

Não menos absurdo seria (e é vulgar vê-lo fazer) e não conhecer o seu concelho quem está a orientar a estratégia e a tática sanitária respectivas.

Por isso todo o sanitarista concelhio — o Subdelegado de Saúde — deve começar por estudar o seu concelho para compreender bem as responsabilidades que lhe foram confiadas e bem se desempenhar das suas funções. E deve estudá-lo com método e não à toa, à mercê de informações de acaso.

É elementar e intuitivo que apure quantos habitantes têm a saúde confiada à sua guarda, e destes quantos são de cada sexo, quantas crianças na idade da amamentação, pré-escolar, etc.; quantos velhos, quantos inválidos, e causas da sua invalidez (cegos, surdo-mudos, loucos, paralíticos, etc.), quantos tuberculosos, leprosos, tracomatosos e outros que a doença afasta das oficinas, dos estabelecimentos comerciais, da vida social, enfim, para defesa colectiva da população.

É natural que apure quais as doenças agudas e crónicas que predominam na região e os focos averiguados ou supostos

donde elas irradiam, quer dentro do concelho, quer nos vizinhos ou mesmo longínquos. Isso deve levá-lo a investigar a vida dos habitantes, as suas migrações, periódicas ou esporádicas, ou centros onde fazem o serviço militar, os portos onde tocam como marinheiros ou embarcadiços, os campos para onde se deslocam para trabalhos agrícolas, etc.

Não seria lógico que ignorasse as vias de comunicação que ligam a sede do concelho às freguesias, às aldeias, a todos os núcleos habitacionais, e não se interessasse pelo modo como estão agrupados, construídos, abastecidos de água e géneros alimentícios, etc. esses povoados.

A começar pela sede, a sua sensibilidade profissional de sanitarista exige que esteja ao facto do tipo de construção das casas de habitação e seus anexos, da boa ou má escolha de locais, com a iluminação e a exposição ao sol, secura ou humidade, ventos predominantes ou abrigo deles, materiais de construção, disposição de compartimentos, cubagem e arejamento destes, boa ou má iluminação, cohabitação ou proximidade de animais domésticos, existência ou não de água canalizada e de latrinas, destino dos lixos e das águas residuais, proximidade de focos insalubres e em particular de estrumeiras e outros chamarizes de môscas, etc.

O que se diz da sede é aplicável a todos os lugares habitados.

A origem e boa defesa de águas das fontes, a existência ou não de canalizações de esgotos, de fábricas e quaisquer lugares de trabalho e estabelecimentos insalubres, incómodos e perigosos.

Não menos importância tem a averiguação das condições naturais climatéricas, abundância ou falta de chuvas, grandes calores ou grandes frios, composição geológica, existência de pântanos, rios, lagos, etc.; a disposição orográfica influindo no clima, na produção, nas vias de comunicação, na vida enfim.

Desfiando pouco a pouco tudo o que é natural ser apurado, os pormenores surgem lògicamente e compreende-se porque é que, já fez um século e meio, membros ilustres e bons observadores da nossa classe e, há mais de dois séculos, o nosso notável compatriota Ribeiro Sanches, aliás então exilado em terra estranha, preconizaram o estudo do meio para bem se promover e confiar consciente e conscienciosamente, a « conservação da saúde dos povos » à guarda dos médicos.

A esse estudo se convencionou dar o nome de «Topografia Médica». Bem, mal dado? Isso é secundário.

O que importa é que quem vai dirigir num concelho os serviços de Saúde Pública e superintender em tudo o que interesse à defesa da saúde da população, sendo nele o representante do Director Geral de Saúde e por ele do Governo e da Nação para esse efeito, quem vai ser o chefe dos serviços de Higiene e Medicina Preventiva na área que, demais a mais, escolheu e por vezes alcançou aguerridamente, contestando direitos a várias concorrentes, estude prèviamente o meio em que vai trabalhar.

* * *

O chefe dos Serviços de Higiene e Medicina Preventiva; o chefe!

Este título só por si exige alguma meditação.

Os recentes, ruidosos e trágicos acontecimentos internacionais obrigaram toda a gente a pronunciar a palavra, principalmente na sua tradução italiana e alemã. Poucos porém se deram ao trabalho de analizar qual a significação das palavras *Duce* e *Fuhrer*, quais as responsabilidades, modos de acção, qualidades defeitos e características dos bons chefes, não apenas dos militares e políticos, de glória efémera como os sonhos e ambições o são sempre, mas dos grandes chefes que marcaram a sua posição na história da Humanidade, dum país, de Portugal, duma província, duma região, do próprio concelho de cada um.

Entretanto, tal como os homens de ciência têm coleccionado os ensinamentos da Física, da Química, da Fisiologia, da Anatomia, etc., etc., assim também tem havido estudiosos que se têm dado ao trabalho de reunir e avaliar metòdicamente tudo o que permite dizer o que é um bom chefe, evitando confundi-lo com o que apenas quere a glória fácil de mandar, o despotismo, a violência arbitraria e ridícula.

Vejamos algumas das características dos chefes aplicáveis aos subdelegados de saúde.

Não é aqui lugar para profundar o assunto, que infelizmente tem merecido pouca atenção à classe médica, sendo essa indiferença e a ignorância que dela tem resultado uma das mais importantes causas da falta de força e prestígio da Medicina em Portugal.

Já iniciámos uma campanha nesse sentido, que por falta de tempo não podemos ainda continuar, (1) tendo posto em destaque a importância do estudo da sociologia, da prática da deontologia e dos sólidos conhecimentos da administração para se alcançar a formação de chefes e equipes, para bem orientar e por conseguinte bem servir a classe.

O chefe em Medicina Social, em Higiene, como em qualquer ramo de actividade social, tem que prender-se com vistas largas, ter espírito de justiça, ser firme nas suas convicções, ser activo, calmo e prudente, ter iniciativa sem ser utopista, ser generoso sem ser transigente em questão de princípios e coisas fundamentais, ser capaz de tomar decisões rápidas, sem precipitações nem leviandades, saber conhecer o que há de essencial, sem se prender com pormenores escusados, dando aos subordinados o prazer e glória até de se ocuparem deles, procurar antes convencer do que mandar pelo gosto de dar ordens, mas saber dar estas e fazê-las cumprir, não as dando inexequíveis, ser bondoso, ter tacto, ser bom observador e procurar ser bom psicólogo estudando o modo de ser dos seus colaboradores, evitando vexá-los, mas não hesitando em meter na ordem o que pretenda vexar e calcar um camarada, respeitando sempre a dignidade alheia e tanto mais firmemente quanto mais humilde e desprotegido da sorte for o que se pretende humilhar.

Citamos apenas algumas das qualidades do chefe, que um médico ao dirigir qualquer instituição deve ter sempre presentes. Em particular chamaremos a atenção para uma que é por assim dizer a *chave* e o segredo do exito num dispensário, instrumento fundamental da Medicina Social Moderna, a *pontualidade*, que, junta à *assiduidade* deve ser o timbre de todo o médico que trabalhe em qualquer instituição, a par da *atenção* dada aos doentes e aos seus problemas médico-sociais, que abrangem igualmente os ainda sãos, expostos todavia a contágios e a outros malefícios. A *memória* deve ser sempre amparada, auxiliada e aliviada com um bem elaborado ficheiro, simples e sóbrio sem pormenores inúteis.

---

(1) — « A formação dos chefes em Medicina » e « Uma ciência esquecida: — a Deontologia; uma ciência ignorada: — a Sociologia; uma ciência despresada: a Administração ».

Tudo isto contribue para o bom raciocínio médico, social ou sanitário, e para o exito e economia de tempo e de dinheiro.

O médico português perde muito tempo por não conhecer os bons princípios de administração e em contra partida anda com frequência apressado, dando restos desse tempo, a cada passo mal gasto, encarecendo o seu valor, não dedicando aos problemas a atenção devida, trabalhando apenas clìnicamente, deixando inteiramente ao pessoal a orientação social dos casos, dispersando-se e dispendendo excessivo tempo a dizer mal dos que... fazem o mesmo que ele afinal e merecem iguais censuras por não se aperceberem, uns e outros, da causa comum do mau rendimento dos seus serviços.

Restos de tempo, restos em toda a parte, e ciência, são as únicas coisas que o preocupam. Restos de tempo, porque não tem mais, porque é mal pago, porque o «nível de vida» que pretende atingir exige tudo aquilo.

Ora se houvesse boa organização, se ele soubesse administrar bem ao mesmo tempo o seu tempo e os seus proventos esse nível de vida subiria incomparávelmente mais. O nível de vida e o seu prestígio profissional. Quanto à ciência, é preciso que ela deixe de ser cartaz ou pretexto para muita preguiça e muito sofisma.

O médico não faz excepção à regra geral de administração, segundo a qual, ao dirigir um serviço não precisam de pôr-se em prática mais do que 10 % de aptidões e capacidades técnicas. O que tem de ter, sim, é vistas de conjunto, compreensão nítida de todos os problemas, conhecimento de serviços congéneres, dos motivos do exito e falência das instituições e ensaios, de coisas enfim que só em pequeno grau têm de interessar aos enfermeiros, às assistentes sociais, às visitadoras e até aos médicos que com ele colaborem, clínicos gerais ou especialistas.

Tem em compensação de possuir capacidade administrativa, saber prever, saber fazer orçamentos e ordenar as despesas, sensata e prudentemente, ter uma boa contabilidade e saber garantir a conservação e defesa do material à sua guarda e a saúde dos seus subordinados, evitando-lhes tão dedicadamente a fadiga escusada como a preguiça ou a doença.

Falando em breves palavras das qualidades que um médico, como chefe, deve possuir e cultivar apenas, quero chamar a atenção para o assunto, limitando-me a aconselhar o estudo das biografias dos grandes chefes médicos e não médicos e a leitura

dos livros de Fayol, Chavigny, Lamirand, Taylor, Wilbois, Guinon, etc.

É tempo de os médicos portugueses se ocuparem destes assuntos, se querem, já não direi realizar, mas compreender a Medicina Social, que tantos confundem com a simples clínica, com a técnica das respectivas especialidades, com o exito de clientela alcançada a cada passo sem grande ciência, com técnicas defeituosas acompanhadas de lamentável deontologia...

* * *

O médico que trabalhe em Medicina Social, urbana ou rural, citadina ou concelhia, tem de ter uma sólida formação científica, nunca inferior à do clínico geral.

Essa formação científica é-lhe assegurada, justo é dizê-lo, pelas 3 Faculdades de Medicina. Entretanto é vulgar ouvir o contrário a quem não conhece o assunto. As ciências básicas da Medicina, a Anatomia, a Histologia, a Fisiologia, a Anatomia e Histologia patológicas, Fisiopatologia, a Semeologia, a Patologia, e, a seguir, a Clínica Médica, Cirúrgica ou Especial com a Medicina Legal e a Higiene continuam a ser a base das ciências médicas. O profundar de certos meios de esmiuçar o diagnóstico ou o tratamento, como a Radiologia, as Análises clínicas, a Electricidade médica ou as especializações, não pertencem já à formação. A aquisição, com treino suficiente, de certas técnicas, gerais ou especiais, igualmente.

Entretanto é a confusão de uma coisa fundamental — a formação — com a informação constante e progressiva (aliás por vezes de aura efémera) o que leva os superficiais a criticarem injustamente as Faculdades e — o que é peor — certos Professores a colaborar nessa maledicência, por vezes lamentàvelmente, diante dos próprios alunos, esquecendo, todos esses, os seus inevitáveis telhados de vidro. Há insuficiência pedagógica de alguns, vocação errada mesmo ou preguiça noutros? Chega a haver quem, segundo a velha e pitoresca fórmula coimbrã, « se reforme em lente »? Confirma-se às vezes a observação de o alcançar da cátedra ser o alcançar da irresponsabilidade pois ninguém em Portugal pede contas aos catedráticos? É possível. Não julguem porém esses, que são excepção, que ficam gloriosamente impunes perante a posteridade. Uma vez aposentados ou mortos, desaparecida a

influência pedagógica, disciplinar, política ou até... financeira ou amorosa que lhes dava força, ficam expostos a uma pena que desapareceu da praça pública por decreto de lei, mas não desapareceu da justiça dos contemporâneos — o pelourinho — a sanção da opinião pública, justa, e implacável.

Mas, repito, essas excepções lamentáveis nada prejudicam a afirmação categórica, fácil de documentar, de que a formação médica continua a ser bastante apreciável nas três Faculdades de Medicina.

Honra seja a todas elas!

Há todavia pormenores da cultura dos que pretendem dedicar-se à Medicina Social que não podem continuar a ficar à mercê de leituras de acaso e ao auto-didatismo.

Estão nesses casos os princípios de sociologia e pedagogia social, a legislação médico-social, a assistência, a administração, entre outros, que merecem as atenções de todos os que conscientemente se dedicam à Medicina Social e fazem parte dos programas dos cursos de assistentes sociais e até de visitadoras.

Do seu desconhecimento pelos médicos resulta a cada passo as instituições serem dirigidas verdadeiramente, não por eles, mas pelas suas subordinadas, ou, o que é peor, os médicos, por glória de mandar, impedirem por incompreensão a acção das agentes do serviço social, transformando-as em escriturárias ou improvisando-as em enfermeiras.

As circunstâncias portuguesas exigem que, a par da formação médica universitária, se faça uma formação sanitária especial post-formatura, sem que o espírito seja distraído ou solicitado por outros estudos ou preocupações, com a orientação essencialmente prática e fundada em observações, trabalhos e experiências e erros portugueses, de tudo colhendo ensinamentos. Essa formação geral teria como uma das suas finalidades a de criar sensibilidade sanitária e permitiria seleccionar vocações e aptidões.

Não se limitaria a alcançar em livros e em lições conhecimentos mais ou menos complexos e brilhantes, fáceis de decorar e dando jus a um diploma, antes ambicionaria criar um núcleo de homens de acção a aproveitar para os cargos de delegados e subdelegados e outros lugares técnicos dependentes da Direcção Geral de Saúde, para fazerem parte de brigadas sanitárias, etc. Tais cursos devem funcionar em Lisboa, Porto e Coimbra mas em condições que lhes assegurem austeridade, uniformidade e eficiência.

IV — Má reputação sanitária criada injustamente aos subdelegados de saúde. Causas do facto. Formação sanitária insuficiente, desordenada, devida a auto-didatismo. Haja menos teoria, mais criação de hábitos, de fé e de entusiasmo e confiança em si. Obstáculos que opõem à acção sanitária; modo de os evitar. Iniciativas locais a favor da Medicina Social. Arte de as fazer vingar. Auxiliares a aproveitar. O que se pode conseguir. Assistência, Previdência, Higiene, Educação, Serviço Social.

Diz-se muito mal dos subdelegados de saúde e em geral injustamente.

Injustamente, não porque se possa afirmar que não há insuficiência ou falta de cumprimento zeloso dum ou doutro em certas ocasiões, mas porque em geral os acusam precisamente do que eles fazem bem feito.

Caso curioso, quem mais os ataca são médicos, e, com particular crueldade, médicos novos.

Conheço grande parte dos subdelegados de saúde portugueses e posso afirmar que eles não são maus como se diz, embora não possam deixar de se ressentir da dependência em que estão, através das câmaras, das influências e paixões locais e da circunstância inibidora da acção sanitária que é a clínica, embora o exercício desta faça compreender melhor a higiene.

O que não aprenderam nos cursos aprenderam-no à sua custa pela vida fora, lendo, trocando impressões com colegas, vendo, observando, aproveitando com críticas e intervenções inoportunas, intempestivas ou ilegais, à custa do serviço, enfim. Podiam ter-se evitado muitos erros? Sem dúvida.

O que é certo, porém, é que tal auto-didatismo permitiu que possa dizer-se sem favor que grande parte dos subdelegados de saúde não é pior do que, em circuntâncias semelhantes, o são as autoridades sanitárias correspondentes de outros países.

Não é pior do que eles no que respeita à cultura médica e até à cultura sanitária.

Quanto à acção...

* * *

Quanto à acção sanitária os subdelegados de saúde portugueses muita vez são insuficientes por serem excessivamente teóricos, por serem pouco metódicos, por não terem espírito de équipe ou por serem apaixonados. *(Honny soit qui mal y pense...)*

Por serem apaixonados pela chamada política local, indispondo-se com pessoas que, ao mandarem nas Câmaras e apaixonadas também por sua vez, não perdem oportunidade de lhe serem desagradáveis e os contrariarem... chamando «política» à sua atitude. Ainda vivem alguns por esse país fora que começaram por ser franquistas, uns, regeneradores, outros, aderiram à República para serem respectivamente democráticos e camachistas ou sidonistas, depois comunistas ou situacionistas de 28 de Maio e agora são salazaristas ou monárquicos. Esse vício tão português, que leva, principalmente na província, a arregimentarem-se os homens (e às vezes as mulheres, por sua própria iniciativa) em grupos rivais, independentemente por vezes de qualquer idealismo, só porque os que lhes são antipáticos por qualquer motivo se instalaram em partido determinado, tem sido a causa da ineficácia da acção de muitos subdelegados de saúde inteligentes, cultos e cheios de muitas outras qualidades.

Falta de espírito social, de espírito verdadeiramente sanitário, acima de paixões locais.

Ficou na história o caso dum, que tive o prazer de conhecer, formado no Porto por sinal, e que vivendo em certo concelho da fronteira que tinha uma área junto desta, separada do resto por um rio, em ocasião em que havia cólera em Espanha e estava organizada, à moda da época, a defesa sanitária da raia, na véspera dumas eleições, participou superiormente que havia casos de cólera do lado de lá do rio, impedindo assim os eleitores de permitirem uma vitória eleitoral, aos seus adversários, doutro modo inevitável... O governador civil regenerador, (se bem me recordo) com quem ele se conluiou, foi depois deputado democrático e o nosso simpático colega (porque o era) creio que veio a ser camachista.

É claro que foi demitido logo que a manobra foi conhecida em Lisboa e os vencidos poderam ter influência... Demitido telegràficamente!

* * *

Um erro vulgar é o de os subdelegados se apaixonarem por certos aspectos da higiene, inexequíveis ou de difícil realização pelas Câmaras, e não procurarem pôr em prática outros que as circunstâncias permitem efectivar.

Tem havido subdelegados, não politiqueiros, aliás, que passam a vida a insistir com vereações de toda a espécie de ideias políticas que se sucedem, para que as Câmaras instalem águas e canalizem esgotos na sede dos concelhos respectivos, desejos justos aliás, mas exigindo dinheiro que as municipalidades não têm, ou iniciativas arrojadas com que os vereadores não têm coragem de arrostar, e entretanto perdem oportunidade de vacinar a população, de fiscalizar a salubridade de hotéis, restaurantes e oficinas, de tomar a iniciativa da fiscalização racional dos leites de acordo com os médicos-veterinários, de averiguarem e participarem à Inspecção de Epidemias a existência de doenças infecto-contagiosas, de cumprir, enfim, as obrigações fundamentais de qualquer subdelegado de saúde — aquelas principalmente que só dependem do seu esforço, da sua iniciativa, do seu brio, da sua «carolice» — se a tivessem.

A falta de zelo e oportunidade de averiguação e participação de doenças infecto-contagiosas já tornou possível que em certa aldeia um clínico, aliás hábil, *coleccionasse* uns cinquenta casos de febres tifoides sem participar um só, epidemia que se apurou ser de origem hídrica e que, uma vez conhecida, foi ràpidamente debelada. Essa autêntica inconsciência profissional, porque este verdadeiro crime social provou-se que não foi cometido com intenção de matar, pois creio que a doença, embora aparatosa e diagnosticada clìnicamente desde o primeiro caso pelo médico assistente, ou não vitimou ninguém, ou raras vítimas causou, esta *simples* inconsciência profissional é das maiores manchas que actualmente maculam a classe médica portuguesa, incluindo-se no número clínicos distintíssimos, sábios, de larguíssima clínica, de grande vaidade alguns e, certos deles, críticos violentos do que entendem que os outros não fazem bem mas que, em face de tão simples acto, que todo o médico consciente pratica na América, na Alemanha, na Inglaterra ou na Rússia (países muito citados por uns ou por outros) não cumprem o seu

dever porque são indisciplinados profissionais, ilógicos políticos, caprichosos como estrelas de cinema, meninos de birras como quaisquer crianças malcriadas ou anormais. O pior é que não é só na província que se encontram e alguns são pessoas de enormes reponsabilidades médicas e sociais, com planos *salvadores* em matéria de saúde pública... O que julgam é desdoiro, descida do seu trono, o cumprir um dever profissional elementar...

E entretanto, pessoalmente são todos *excelentes rapazes*, embora alguns, já ultrapassados os 60 anos, andem há 40 a semear tais exemplos como portadores de bacilos inconscientes...

* * *

Um derivativo eficaz para os desgostos que as vereações dão a alguns subdelegados, não canalizando águas nem esgotos, e que raros subdelegados se lembram de aproveitar é o da Medicina Social concelhia. E é pena, porque seriam muito úteis, dariam uma excelente lição sobre os recursos da Medicina, tornar-se-iam simpáticos, embora pudessem provocar algumas invejas inevitáveis, e não tinham de roubar muito tempo à clínica desde que fossem metódicos.

Nada de planos megalómanos, dependentes de grandes despesas, em terras pobres. Nada disso. Simples ensaios! Feitos com competência, precedendo estudo cuidado, com zelo, com pontualidade.

O « exame do terreno » no concelho mostra que há grande mortalidade infantil, muita tuberculose, muita sífilis, muito alcoolismo? Pois bem! Comece-se por lutar contra esses males sociais. Para principiar monte-se um *dispensário*. Mobilizem-se as generosidades locais, em nome da caridade ou da filantropia, não importa. Utilize-se o prestígio alcançado na clínica e na vida social, organize-se um grupo de beneméritos, peça-se auxílio à Câmara, à Misericórdia, a qualquer outra instituição local, a pessoas ricas, a empresas prósperas, a toda a gente. Todos terão a ganhar com a iniciativa. Aliciem-se as senhoras, fáceis de emocionar em face do sofrimento alheio. Instalado o dispensário, assegure-se a nomeação duma visitadora ou duma assistente social, se for possível, uma verba para os medicamentos indis-

pensáveis. Nessa altura peça-se auxílio ao Estado, em face da realidade e exequibilidade dos esforços locais.

O resto vem por acréscimo, é mais simples.

O subdelegado, ou outro médico, por ele *aliciado*, não estão iniciados na Medicina Social? Não faltam em Lisboa, Porto e Coimbra, nas Faculdades ou fora delas, médicos competentes que os iniciem gostosamente, nem instituições que possam servir-lhes de modelo.

O dispensário averigua que as circunstâncias exigem a criação dum lactário, duma creche, duma cantina, a organização de colónias de férias, ou de qualquer outra instituição?

Criem-se, a pouco e pouco, as que se puderem criar.

Haja fé, haja boa vontade, haja inteligência na organização, e tudo irá surgindo como por encanto. Evitem exibições pessoais, mas nunca encubram seja o que for do esforço, da generosidade, do trabalho desinteressado, e qualquer colaboração seja de quem for — mesmo do nosso maior inimigo.

A bola de neve crescerá. Não pode falhar, desde que haja fé, vontade persistente e espírito de justiça!

* * *

A Higiene e a Medicina Social concelhias são afinal coisas muitas simples e muito fáceis. Não exigem ciência transcendente, embora não dispensem, como vimos, uma rigorosa e perfeita formação médica; não exigem « corpos de baile » de especialistas, mais ou menos recém-nascidos para as especialidades, ou feitos à pressa, mas o exercício escrupuloso da Medicina total. Tal qual como a clínica. A técnica geral é que é diferente. Há que aprendê-la, que compreendê-la, que reconhecer a sua utilidade. O seu carácter preventivo fundamental é indispensável. A Medicina Preventiva continua a ser a única Medicina com que os pobres podem verdadeiramente contar em todo o mundo, mesmo nos países que dizem ter melhor assistência. Essa Medicina é essencialmente educativa. O grande eixo da Medicina preventiva é a educação sanitária, clara, verdadeira, calorosa, oportuna. Essa educação tem de ser principalmente obra do médico e das agentes do serviço social — as assistentes sociais, as auxiliares sociais, as visitadoras.

O que é imprescindível é o subdelegado de saúde e todos os médicos que com ele colaborem terem espírito social que os guie. Não apenas a palavra.

A socialização da Medicina em Portugal seria a sua destruição catastrófica.

A Medicina Social com que alguns a confundem será a sua salvação no futuro se for bem posta em prática. Vale a pena fazer a experiência nos 300 concelhos do País? Entendo que sim, para honra e proveito da honrada classe médica portuguesa.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Obras oferecidas ou permutadas em 1948

Agressividade das águas de abastecimento — Carlos Coutinho e J. Antunes Gonçalves.
Le typhus exantématique au Portugal pendant les années de guerre — Carvalho Dias.
De que se morre no Ribatejo — Renato Simões Gameiro.
A raiva — António O. Carmona Rodrigues.
A propósito de medicina social — Fernando da Silva Correia.
Um século de medicina escolar em Portugal — idem.
A classificação sanitária das estâncias hidroclimáticas — idem.
O estudo do meio social. Topografias médicas — idem
O papel moderno do subdelegado de saúde — idem
Cartas abertas a um jovem médico — Velho Galeno
Mulheres de médicos — idem
A medicina termal portuguesa na época da Restauração — Jorge de S. Paulo. Revisão, prefácio e notas por Fernando Correia
Esbôço de uma topografia médica do concelho de Sousel — Arquimínio Simões Eliseu
A micro-radiografia ao serviço da profilaxia da tuberculose — Casanova Alves
Fiscalização das doenças contagiosas de 1940 a 1943 — Carvalho Dias
Higiene rural — folhetos da Direcção Geral de Saúde Pública
Métodos estatísticos — George W. Snedecor
Serviço social e cardiologia — José Lopes Dias
Alguns aspectos sanitários de um distrito rural — idem.
Achegas para a biografia do Doutor Domingos Barreiros Leitão — idem
A luta anti-venérea no norte da Europa — Mário Cardia
A luta anti-venérea em França — Mário Cardia
Dispensário de Higiene Social do Porto — relatório do seu director — Mário Cardia
Normas gerais para o tratamento da sífilis — Aureliano da Fonseca
O leite e os seus produtos — Fernando Vieira de Sá
Vacinação anti-tuberculosa pela B C G — Augusto da Silva Travassos
O sentido da acção médico-escolar sob o ponto de vista individual e social — Cortez Pinto

Tipos de fichas do Dispensário Popular de Alcântara
La Reforma Médica
Boletim de estatística — Oslo
Actualidade Biológicas — Instituto Rocha Cabral
Travaux de Laboratoire — idem.
Ocidente — n.º 117 a 128
Boletim epidemiológico de Angola
Boletim mensal do Iustituto Nacional de Estatística
Boletin de la Oficina Sanitária Panamericana
Medicamenta
Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé
Health Bulletin — Austrália
Current List of Medical Literature — U. S. A.
Resumo mensal das observações meteorológicas do Observatório Infante D. Luís
Boletim mensal das observações meteorológicas do Arquipélago da Madeira — Observatório Infante D. Luís
Análise (Editada pelo Instituto Francês em Portugal) — n.º 12 e 13
Boletim do Instituto Português de Oncologia
Bulletin d' Hygiène — Montréal
Boletim Geral das Colónias
A Criança Portuguesa — Boletim do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira
Bulletin de l' Institut National d' Hygiène
Endeavour — n.º 25, 1948
Jornal dos Farmacêuticos
Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa
Pecuária — Anais dos Serviços de Veterinária e Indústria Animal. Angola 1944/45/46
International Whaling Satistics — Noruega
Bulletin de l' Union International contre la Tuberculose — n.º 1 e 2 de 1948
Anuário Estatístico de 1946
Arquivos da Clínica Oftalmológica do Hospital Militar Principal — 1944/45
Cadernos Científicos — Instituto Pasteur de Lisboa
Acta Médica Turcica — n.º 1
Revista Turca de Higiene e de Biologia Experimental
Revista de Medicina Veterinária
Boletim do Ministério da Saúde — Turquia
Arquivo de Anatomia e Antropologia — 1946/47
Estatística Sanitária da Armada
Boletim do Comissariado do Desemprego
Indice Cultural Español
Anuário Demográfico de 1947
Boletim Clínico dos Hospitais Civis de Lisboa
Arquivo de Patologia — publicado por F. Gentil e M. Athias. 1944/45/46,47
Bollettino dell' Istituto Sieroterapico Milanese
Os sumos de frutos — Paul Boulet
Boletim da Casa de Portugal — Pôrto Alegre
Acta Endocrinologica e gynaecologica — 1948
Boletim da Assistência Social

Cafés torrados nacionais — Direcção Geral dos Serviços Agrícolas
Subsídios para o estudo do pimentão e do fabrico do colorau — Direcção Geral dos Serviços Agrícolas
Açúcares portugueses. Contribuição para o seu estudo — Direcção Geral dos Serviços Agrícolas
Boletim Clínico e de Estatística do Hospital Colonial de Lisboa
Revista Clínica do Instituto Maternal
Portugal Médico
Archives de l' Institut Pasteur d' Algérie
Anuário Estatístico do Império Colonial
Revista da Faculdade de Ciências — Coimbra
Notícias da Suécia — Legação da Suécia
Notícias Farmacêuticas
The Rockefeller Foundation
Arquivo de Trabalhos da Faculdade de Medicina do Porto
Boletim da Comissão de Fiscalização de Águas de Lisboa
Anais do Institudo de Medicina Tropical
Comunicações do Instituto Seroterápico do Estado — Copenhague
Foreami — Fonds Reine Elisabeth
Acção Médica — Anos IX a XII, 1945/46/47
El cuatricentenário de la Fabrica de Andreas Vesalius — Paz Soldan
La Obstetricia en Lima a fines del Virreinato y comienzos de la Republica — idem
O uso clínico da estreptomicina — folheto da Casa Merck
Notas Terapêuticas — Publicações de Parke Davis Inter-American Corporation
Jardins Escolas João de Deus — Catálogo
O Ocidente em face da Rússia — Secretariado Nacional de Informação
Boletim Pecuário — n.º 1, 1947
Repositório de Trabalhos do Laboratório Central de Patologia Veterinária — vol. VI, n.º 1 e 2
Le Professeur Felix Mesnil — Edmond Sergent
Tractado da vaccina — Luís José Cândido
Franco y la cultura — Labor del Estado Español (1934-1947)
A survey of the epidemiological services in Canada — 1948
Como se venceu a guerra na Europa e no Pacífico — relatório do general G. Marshall
O ácido fítico das farinhas de consumo na Ilha da Madeira — Celestino Maia
Notícia sobre parasitismo humano por «Balantidium coli» em território português — Celestino Maia
Studies on Schistosomiasis — National Institute of Health
Bibliografia Médica Portuguesa — 1946
Anais de Marinha — n.º 12 de 1947
Campanha nacional contra a lepra — Ernani Agrícola
A profilaxia da tuberculose pulmonar pela vacinação de Calmette e Guérin — Casanova Alves
A Saúde Escolar — n.º 27 de 1939 e n.º 32 de 1940
O Serviço de Inspecção de Toleradas — no ano de 1947 — A. Tovar de Lemos
Dispensário de Higiene Social de Lisboa — rel. de 1947 — idem
État actuel de la chimiotérapie par les antihistaminiques de synthèse — M. Perrault

Resumo da actividade dos Serviços da Inspecção Geral das Indústrias e Comércio Agrícolas — Janeiro a Abril de 1948

Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra. Suas actividades no ano de 1947. — João Porto — M. da Luz Sanches

Hospitais Civis de Lisboa. Elementos económicos e estatísticos — Gerência de 1946

Os primeiros dez anos de previdência social nos Estados Unidos — J. Altmeyer

Boletim do Sindicato Nacional dos Médicos-Veterinários — n.os 7 e 8 de 1947

Anuário de 1947 — Dinamarca

Aperçu de la situation économique en 1947 — Oslo

Arquivos Clínicos das Estâncias de Vidago e de Sálus — II volume, 1948

Swedish Public Health Institute — n.º 6, 1947

Boletim dos Hospitais da Universidade de Coimbra — Vol. X, 1947.

Relatório do Conselho de Administração da Caixa de Previdência do Ministério da Educação Nacional

Arquivos da Escola Médico-Cirúrgica de Goa — Ano de 1947

Instituto de Higiene de Oslo — publicações

Tuberculose — Boletim do I. A. N. T.

LUGARES SELECTOS

O Professor [1]

On parle sans cesse de modifier les programmes et les méthodes. Rien, en effet, n'est plus facile, mais on oublie que ce qu'il faudrait modifier surtout, ce sont les professeurs chargés d'appliquer ces programmes et ces méthodes, et c'est là une tâche de longue haleine, dont personne ne s'est nullement soucié jusqu'ci.

GUSTAVE LE BON

As instituições científicas não se preparam sómente no papel; é indispensável criar d'antemão os elementos adequados, e mórmente os elementos pessoais.

J. SILVESTRE RIBEIRO

Tem a máquina docente por *primum movens* — o professor: é ele quem está investido do elevado papel de propinar o ensino, — ele, quem afere o aproveitamento do aluno e garante, ao cabo do tirocínio escolar, a sua aptidão profissional, — ele, enfim, a quem incorre o imprescindível dever de recolher, cultivar e fomentar os progressos incessantes da ciência a que dedicou a sua carreira pública do magistério.

Estas três funções professorais — a pedagógica, a selecciona-dora e a científica — embora essencialmente irredutíveis, estão relacionadas pelos nexos da mais íntima solidariedade, formando

---

(1) Do *Relatório apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública*, na sessão de 1 de Outubro de 1885 — por Ricardo de Almeida Jorge, do qual já se publicou outro capítulo no n.º 5 deste Boletim.

a tripode vital em que assenta o consenso unificado e poderoso duma perfeita organização docente. A boa escolha, operada pelo tribunal escolar, de funcionários sociais a que se autentica um diploma de fé pública, depende fatalmente dum ensino regrado, suficiente e pleno; e a seu turno, essa instrução e essa selecção são um produto do saber, actividade e consciência do professor. Inversamente, por uma racional reciprocidade, a competência do lente manter-se-á didacticamente estéril e até sujeita a definhamento, se não for aplicada totalmente e indefessamente à sagrada difusão do saber, à adaptação educativa pelo ensino oral e prático das escolas públicas.

À luz dimanada desta trindade de caracteres primaciais, em face destes mandamentos básicos da religião escolar, é que há-de aquilatar-se o estado d'uma corporação docente e dum ramo especial de ensino, é que há-de graduar-se o nível intelectual e pedagógico dum país.

A medicina portuguesa, sobre a qual ora incide a nossa análise, sob o ponto de vista das suas funções científicas e ensinantes, e encarada nas instituições oficiais em que se ministra e cultiva, satisfará a essas normas de bom organismo pedagógico?

Emergem os alunos do aprendizado escolar nas exigíveis condições de suficiência prática? A carta de pleno e legal exercício tem o valor intrínseco correspondente à letra, e oferece as garantias de confiança pública, absolutamente necessárias numa profissão, como a médica, em cuja habilitação o Estado, no cumprimento de indeclináveis deveres, intervém absolutamente para coarctar o abuso duma incompetência funesta?

O ensino é professado a toda a altura do desenvolvimento progressivo das ciências médicas? Manejam-se na aula todos os métodos de prática pedagógica, todo o arsenal de demonstração experimental e de adextramento técnico?

Enfim a congregação professoral e escolar será um meio ubérrimo, onde se gere em toda a plenitude a ilustração científica e a consciência profissional, onde surjam homens de têmpera intelectiva que sejam o orgulho de uma escola da nação e até da ciência, pela riqueza dos seus conhecimentos, pela fertilidade e valia das suas produções, onde enfim se aprimorem aptidões, frutifique o trabalho, tercem emulações dignas, e se acumulem labores de verificação e descoberta, tributo copioso para a formação dum tesouro científico nacional?

Muito embora dôa fundamente a todos os da minguada falange que professam ardentemente a religião universal da ciência e a hereditária da pátria, com firmesa de critério e desassombro de verdade se conclame, que a resposta a essa inquirição severa não pode ser a afirmativa, já não direi formal, mas nem dubitativa. As condições vitais que se encerram nos quesitos desse inquérito, não só permanecem longe da linha recta de perfeição, mas orçam pelo *minimum* tolerável.

Vanglórias danosas e optimismos levianos podem muito embora apregoar mirificiências ilusórias; são meras empolas tão sopradas que arrebentam pela pressão intestina dos maus gases. Esses quadros duma belesa postiça de *maquillage* não seduzem ninguém de ânimo dedicado e sincero. *Rien n'est beau que le vrai;* e só esta é que é verdade boa e prestadia.

Longe a ideia malévola de que, ao exarar tal propósito, me empolgue a intenção criminosa de malsinar o professorado médico, infligindo-lhe o descrédito e o menoscabo; não, essa degradação nossa prende com causas activas no passado e no presente, em grande parte extra-individuais, que imprimiram às organizações docentes a atrofia teratológica actual por um processo de hereditariedade degenerativa e de adaptação deformadora. É um simples fragmento, uma face da patologia generalizada que selou os seus perniciosos efeitos em toda a ensinança portuguesa.

Não será ousadia dizer-se até, que é precisamente o professorado médico um dos que mais luta por desenfermar de vez, um dos que mais anceia por perder estes ares vergonhosos de valetudinário trôpego.

Permitam-nos a pequena vaidade de que é entre nós que melhor se debuxa uma crise benéfica, uma reforma desejada de hábitos e de espíritos.

A existência deste núcleo débil de diferenciação e progresso não obsta porém a que de um modo impugnável se assente que o nosso professorado médico não tem o grau de validade, exigido pelas necessidades impreteríveis do ensino e pelo decoro do país cuja ciência representa e promove; que estamos consideràvelmente inferiores aos confrades das outras nações, infelizmente mesmo das menos aquinhoadas no convívio intelectual dos povos.

Em verdade se diga, e em boa fé se proclame. Seja essa confissão leal e sincera a alma de toda a tentativa de reforma.

Ampliar os quadros de ensino, criar e desdobrar cadeiras, amontoar pessoal, erguer bons e apropriados edifícios, armar laboratórios, enriquecer museus, orçamentar com larguesa e regulamentar com minudência, tudo isso serão melhoramentos, mais formais que fundamentais, quase inúteis e estéreis, se essa restauração escolar não for até ao âmago docente, ao elemento professoral.

Toda a reforma, digna deste nome, toda a reforma vivificadora e progressiva, é assim que tem de iniciar-se; di-lo a análise, verifica-o o exemplo, confirma-o a história da instrução pública dentro e fora do país.

Imagine-se um organismo infestado de vício diatésico com os membros fracturados e chaguentos. Desperdicem tópicos nas feridas, esgotando a farmácia, alinhem apósitos e enrosquem ligaduras, manejando com perícia hábil toda a mecânica operatória, que será baldado, embora indispensável e correcto todo esse complexo terapêutico, enquanto se não satisfizer à indicação primacial de atacar a propatia que se cunhou em toda aquela série de lesões. À diatese, *in primo loco*, o tratamento radical e específico; o contentivo, o mecânico, venham imediatamente depoz eles.

Ora qual é a natureza e a patogenia desse morbo constitucional?

O professor de medicina presta serviços simultâneamente, a particulares que se habilitam por ele ao grangeio duma profissão mais ou menos lucrativa e considerada, e ao Estado que pretende fornecer ao público bons e dignos assistentes clínicos e que se honra por possuir escolas florescentes, por fomentar a existência de sábios de reputação firmada e eminente com os quais se glorie o país. Tudo isto, significando altas qualidades de inteligência e dedicação, obrigando a um labor quotidiano incessante, requer uma remuneração condigna, exige recursos materiais que permitam desassombradamente essa aplicação ininterrupta, e animem essa devoção íntima pela causa do ensino. O valor intrínseco do trabalho estará, aqui como em todos os ramos da actividade humana, na relação directa do valor dos honorários.

O «custoso metal que as falas doira» não é um simples tropo ajustado a lusitanismos fulgidos de frase; é uma realidade aplicável ao ensino. A boa instrução requer esse *custoso doirado*.

Quem diz professores, diz mestres; ora entre nós os dois termos não são sinónimos. Salvante excepções honrosas, serão bem poucos aqueles que se possam apelidar tais. Ordinàriamente ao tomarem posse da cadeira que a lei muito arbitràriamente lhes designa, vão ser aprendizes nas disciplinas que professam, e ainda que pretendam elevar-se, qualquer que seja a dedicação, à devida suficiência e elevação do magistério, a pobresa do meio científico tende a gorar-lhes todos os esforços e a abatê-los por melhores que sejam os seus desejos e os seus protestos.

Emfim o professor vem já gafado de origem, desde os bancos de escolas; e o tempo que devia decorrer até à cátedra no manejo real do ensino e no aproveitamento prático, é totalmente desprezado pela ausência de graus intermédios.

Numa palavra, tudo se conspira para a não existência dum professorado perito e distinto — *más condições económicas, más condições científicas, más condições de origem ou de recrutamento.*

Condições Económicas

L'inteligence c'est le levier avec lequel on remue le monde, mais son point d'appui est l'argent.

BALZAC

A importante e fundamental questão dos honorários professorais, é forçoso assentá-la francamente, sem reticências nem ambages, num campo positivo e prático, de onde formalmente se desterrem todas as abusões sentimentalistas; fora com traçados pergaminhos de aristocracismo de toga, nada afectadas exempções impudicas, nem de legendária e tragicómica soberbia do divo Hipócrates pelas dádivas ricas d'Artaxerxes.

Desdenhemos falsos prismas deformadores, e esmerilhemos o caso através da lenta correcta da ciência económica.

O professor dispõe dum capital intelectual, em parte nativo, em parte adquirido, à custa de grosso dispêndio material e desvelada aplicação de espírito. A lição e o ensino são o produto directo, no campo da instrução, dessa capacidade científica, mas para que tal obra seja realmente útil e fecunda, impõe-se como condição indispensável, ao professor um trabalho assíduo, não só para dar à lição as mais apuradas qualidades necessárias para a

boa transmissão do saber, como para valer à natural depredação do seu intelecto, enriquecer o seu tesouro de conhecimentos, e adextrar a sua perícia docente.

É claro que não é por mero apostolado que tal capital se grangeia, nem que tal trabalho se exercita; não, essa adaptação, esse *training*, tem essencialmente por móbil a aquisição duma arma eficaz no *struggle for life*. O estímulo para a habilitação professoral que é ele senão o princípio tácito da concorrência económica e social?

Mais simplesmente, o professor explora econòmicamente o seu cérebro, tal qual como o obreiro os seus braços; troca a sua lição por valores materiais, que lhe promovam a satisfação das suas necessidades e o seu bem estar.

Como os seus serviços são de primeira ordem na funcionalidade social, a remuneração monetária do professor deve ser condigna das qualidades excepcionais dos seus merecimentos e adaptada ao estado económico do seu meio; e, por outro lado, se a colectividade aufere directamente proveito do ensino médico, a ele compete esse encargo comum de subsistência.

O professor é pois um obreiro assalariado nas oficinas da administração pública; o professor é, econòmicamente olhado, um *workman* de que o Estado é o *employer;* mas na série de serviços industriais, comerciais e administrativos que o Estado se confiou, o magistério ocupa os graus mais subidos da jerarquia, devendo constituir um corpo d'élite, por honra e benefício do país, tanto na gradação do conceito oficial e público, como na graduação da cifra orçamental.

Statuído que em nome de legítimos interesses, em nome do próprio aperfeiçoamento do ensino, a remuneração professoral deve ser das mais bem aquinhoadas entre os ordenados que a gerência governativa dispensa aos seus servidores, advem uma delicada questão de distribuição.

Na fixação dessa taxa retribuitiva no quadro do ensino, entra sòmente, como elemento determinador fixo, a natureza genérica do serviço? O valor individual do professor não deverá intervir, como um factor variável, modificando dentro de certos limites o valor correlacto da quota? Numa palavra, o ordenado deve ser uma tarifa uniforme, egualisada para todos, correspondente à homogeneidade de funções, ou deve variar, adaptando-se à justa proporcionalidade do saber, do talento e do trabalho?

Em boa tese, a solução é fácil. Todos sabem que no trabalho industrial os salários dos operários, empregados num mesmo ramo, não são idênticos. O chefe da oficina gradua-os pela sua perícia e actividade, fixando a quota diária de retribuição, guiado não só por um sentimento elementar de justiça, como pelo benefício dos seus interesses pessoais; estas legítimas diferenças estimulam o operário a aperfeiçoar e multiplicar o seu trabalho. Lucram os dois, o operário e o patrão.

Assim do professorado; equiparar na mesma percentagem o desleixado com o laborioso, o excelente com o medíocre, é além duma desegualdade revoltante, a própria negação do aperfeiçoamento do ensino; é regeitar um dos incentivos capitais do progresso professoral, fundado numa luta digna pelo prémio pecuniário dos esforços pessoais.

Muitos tenham de ser chamados, mas poucos os escolhidos.

Esta selecção melhoradora, animada pela concorrência, que tende colocar à frente duma corporação e dum ensino homens eminentes, imprimindo-lhes um relevo brilhante, seja instigada por mais alguma cousa material do que o simples amor da glória. Venha a coroa de viridentes laureis, mas entresachada de bagas de oiro; o brilho etéreo do esplendor do génio concretize-se nas superfícies lampejantes de bom metal. A triste mediania, já não direi a legendária enxerga e a ratinhada esmola deixaram há muito de ser o apanágio da glória; a palheta, o poema, a invenção, a música, são, em a nossa era económica e em a nossa constituição social, farto capital de pingues reditos. Porque não há valorizar-se também a glória que a todas sobreleva, a glória científica e professoral?

Esta graduação galardoadora do professorado esteiar-se-ia em duas ordens de provas igualmente fecundas e geralmente co-demonstrativas. As produções científicas, as contribuições valiosas para o ramo de cultura em que o professor se arrolou, todos os seus trabalhos práticos e materiais, testemunhos do seu saber e laboriosidade, dariam o elemento capital para distribuição equitativa dos honorários. O outro factor seria fornecido pelas próprias lições, pelo aplauso, pela concorrência, pelo aproveitamento dos seus ouvintes e discípulos.

Le théatre c'est la foule, disse o maior escritor do nosso século, sintetizando no dito as bases da crítica dramática. Assim do professor, simultaneamente actor e autor que tem de engenhar

da sua leitura, da sua experiência e do seu talento, os dramas complexos da ciência, e exibi-los com todos os recursos da arte pedagógica no honroso palco da cátedra. Tem de encarnar, com todo o poderio da análise e da observação, a creação científica, dar-lhe forma e exteriorizá-la tão distintamente que deixe uma impressão grata e duradoira no espírito ávido dos espectadores.

A concorrência espontânea do aluno, o seu entusiasmo pela palavra eloquente e sábia do mestre, o seu aproveitamento real, serão um termómetro exacto do valor activo do professor.

Homens tais, representação viva do melhor ensino, deve o Estado premiá-los por intermédio da corporação docente de que fazem parte, a qual deve ser a primeira a render-lhes preito de homenagem e de estima.

Se o aluno porém busca o professor dilecto, se lucra imediatamente com a melhor instrução que tal mestre lhe propina, forneça ele também um segundo elemento remuneratório, ministrando assim ao professor um excedente de receita correspondente à qualidade superior dos seus merecimentos catedráticos.

Creada uma escala variável de gratificações e pagas, para que o sistema remuneratório atinja ainda o máximum dos seus benéficos efeitos, o professor deve ficar solto e livre para alocar os seus serviços na instituição escolar onde melhor lh'os remunerem, e esta a seu turno com a liberdade de aliciar a melhoria do seu professorado, acenando-lhe com melhoria de vencimentos. Não busca o melhor operário a oficina de melhor salário, e não angaria o estabelecimento os bons serviçaes, chamando-os a si pelo aumento de ordenados?

Haja mercados abertos onde o obreiro do ensino encontre troca de material mais elevada, de acordo com a excelência dos seus produtos. Esta alavanca económica fará rivalizar os professores, e realçar o lustre dos estabelecimentos escolares.

Tais os princípios racionais que devem presidir à boa retribuição do magistério, princípios que satisfazem simultâneamente aos direitos inauferíveis do professor e aos deveres capitais da fomentação do progresso docente.

Tal sistema será o corolário, aplicado ao ensino, das leis biológicas e sociais do darwinismo. Se a concorrência vital aperfeiçoa os organismos, se a concorrência económica gerou todos os

progressos materiais da humanidade, seja esse combate pela vida que selecciona os mais fortes e os mais aptos, o agente capital do progresso científico e pedagógico.

Este esquema de organização económica não é um simples ideal sonhado de perfeições; acha-se aproximadamente realizado em todas as universidades germânicas, nessa grande Alemanha, hoje a pátria dilecta da ciência, que se orgulha com a ala possante dos seus sábios, que se revê nos seus deslumbrantes institutos escolares, que se postou de vez, à frente do progresso intelectual da humanidade.

A porta do magistério abre-se com o título de *privat-docent*, primeiro estadio da carreira professoral. Absolutamente consagrado aos seus cursos, donde aufere a sua sustentação imediata, o *privat-docent* aprimora quanto possível o ensino para atrair larga clientela de discípulos. A sua actividade não se esgota porém com as pesadas funções docentes; ao mesmo par mestre e investigador, arrebanha-se na grey dos trabalhadores aporfiados que denodadamente cooperam na conquista de novos factos. Do número e valor das suas contribuições científicas depende não só a sua reputação no mundo sábio, como o seu acesso ao professorado. Vaga, volvidos alguns anos, uma cátedra de professor extraordinário ou ordinário, último grau da categoria, e dos *privat-docenten* da mesma ou diferente universidade se elege o novo possuidor. As probabilidades da escolha e de melhoria de situação possuem-nas aqueles que melhores documentos testemunhaes tiverem exibido da sua ilustração e devoção pela pesquisa experimental.

Atingido o degrau de professor ordinário, não só lhe cresce a retribuição discipular, o seu *Collegiengield* dos vários cursos *privatim* e *privatissime*, que livremente celebra, como o Estado e a corporação interveem com um bom estipêndio, nào homogeneamente tarifado, mas adaptado à preeminência científica do professor. É que cada instituição cobiça os mais eminentes mestres; as mais florescentes e ricas arrancam-nos às faculdades menos poderosas e de inferior categoria, a troco d'ouro. E quando o professor é vivamente solicitado a mudar de universidade tal qual como um bom operário a mudar de *atelier*, o senado académico agrilhoa-o quanto possível por uma cadeia com élos de marcos. Há sempre um fundo de reserva que não figura no orçamento, um convénio entre congregações escolares

e o ministério, para guindar a um alto preço o estipêndio dos maiorais afamados do ensino.

Um amplo e rico mercado se abre assim à concorrência dos *Lerher*, tanto mais amplo e mais rico que não há nele nem distinção de bandeiras, nem raias alfandegárias. O comércio gira entre todas as faculdades de lingua alemã, fora da Alemanha, na Austria, Russia e Suissa; até a Holanda e a Itália têm compartilhado já deste fecundo sistema de livre troca. E o professor, à custa só do seu aperfeiçoamento, vai deslizando de degrau em degrau, de cátedra em cátedra, como cantor afamado de palco em palco, vivamente disputado pelos empresários.

Embiocamentos sediços poderão desviar a vista melindrada deste quadro ofensivo dumas prosápias bolorentas; mas quem se atreverá a negar que esta luta económica é o primeiro factor capital da luta científica, e que o enaltecimento pedagógico da agremiação germânica tem por impulsor essa roda monetária? Não seja muito embora a ganância industrial só a que impele o professor alemão; mas a sua grandesa na ciência e no magistério mede-a ele, e bem, pelos milhares de marcos que do cofre universitário, do tesouro público e da bolsa dos alunos lhe chovem no regaço.

Se tal é a excelência do sistema, porque não pautaremos nós por ele a organização financeira do nosso professorado?

Ao tracejar os seus primorosos quadros de patologia, coloridos pelo luminoso princípio das constituições médicas e cunhados por um tacto terapêutico de primeira ordem, dizia Baglivi, o Hipocrates italiano, — *Vivo et scribo in aere romano;* é que com os ares e os lugares varia o morbo, variam os organismos e variar deve a terapêutica. Os tipos biológicos e as instituições sociais recebem do meio em que brotaram, um carimbo profundo, e a sua transplantação cega e impensada pode originar desilusões amargas.

Digamos, imitando o dito do mestre, que — vivemos e escrevemos na atmosfera portuguesa. E não é necessário ser muito versado na meteorologia pátria para descortinar que o sistema racional e típico é pelo presente inadaptável á organização das escolas lusitanas.

De duas ordens são esses impedimentos dirimentes que nos inibem de comungar no sacramento germânico – uns de ordem material, outros de ordem moral.

Os três institutos médicos do país têm uma concorrência magra; reduzam-nos, que não haverá ainda frequência que farte para crear um rasoável suplemento orçamental, derivado das contribuições escolares dos discípulos.

E depois, neste pequeno e pobre país, segregado dum modo tão excepcional, único até, da convivência científica dos outros povos, quem se lembrará de importação ou exportação de professores? Se todas as nações de raça latina ou algumas delas se congregassem, imitando a possante unidade intelectual germânica, só então crear-se poderiam esses focos múltiplos de actividade científica intimamente relacionados — amplo empório comercial onde se operaria, a bem da civilização e do progresso comum, a permuta de métodos, produções, sábios e professores. Mas este belo ideal civilizador que travaria esta infernal roda de definhamento regressivo, teria a lutar e a quebrar perante os mil obstáculos das separações geográficas e da diversidade de linguas. Cerram-se pois os horizontes entre nós à desejada concorrência professoral em largo número e em larga escala de centros docentes.

Não trepidando em levar a análise por todos os recantos donde possa brotar uma verdade e trazê-la à luz, confesse-se com tal ou qual confrangimento, que o sistema da retribuição, discipular, como meio de melhoria económica e científica do professor, talvez arrastasse gravíssimas perturbações morais e docentes para as nossas escolas.

Não direi dos óbices pechosos dos *magistri* que se julgariam vexados, ao contacto da pecunia vertida da mão do aluno; esses melindres loucos desvanecem-se perante a excelência do sistema que cria uma corrente de emulação entre o professor e o aluno, entre o professor e os seus colegas, o aluno pagante, querendo aproveitar-se do seu dinheiro, é assíduo e aplicado; o professor, que deseja bem merecer dos seus honorários e ser considerado pelos seus alunos, cumpre a sua tarefa com a máxima consciência e zelo.

Não, o aviltamento e a depreciação escolar não adviriam certamente d'ali. Amedrontar-nos-ia tão sòmente que, talvez por acanhamento, talvez por uma destempera moral, a venalidade ou antes a facilidade se introduzisse nas provas, falseando os juízos e os resultados. Não me está no ânimo projectar um labéu, seja em quem for; salvar-me-ei da acusação que me possa acarretar a

exibição franca de tais escrúpulos, abonando-me com os nossos liceus de instrução secundária.

A faculdade de que gosam os lentes dos liceus de explorarem o ensino particular, não só não tem aperfeiçoado o ensino, como deprecia o nível moral dos actos. Esse tristíssimo espectáculo, que anualmente se desenrola em os nossos estabelecimentos de instrução secundária nas épocas dos exames, é por demais edificante e desolador. Vergonhoso exemplo e lição prática é essa, sobre a qual nem mesmo temos a coragem de insistir.

Onde deparar um sistema vitável para as nossas escolas?

O regime económico actual não será modificável, de forma a tornar o elemento remuneratório, não um factor de degradação de instrução como ora se dá, mas uma alavanca poderosa para o ressurgimento dum ensino capaz e digno?

É o que vamos ver.

II

Ganha um lente catedrático da Escola Médico-Cirúrgica do Porto 700$00 reis anuais; tal é pelo menos a tarifa orçamental. A cifra real é um tanto inferior, porque a paga supradita tem sido progressivamente ratinhada pelas mil alcavalas de vário imposto, das quais a mais odiosa e dura é representada pelos curiosamente apelidados *direitos de mercê* — uma velharia iníqua em matéria de contribuição.

O professor não pode sentar-se na cátedra sem pagar tal mercê por alto preço, tal como o triste vassalo mediévico ao qual não era dado gosar do foro nupcial sem caro o pagar ao suserano.

Desde tempos remotos que este padrão se mantem inalterável, salvante as sucessivas depredações do fisco. O preço das subsistências tem-se prodigiosamente exagerado e a depreciação do valor monetário foi enorme nesse longo lapso de anos. O ordenado que seria suficiente então, hoje é espantosamente exíguo e vergonhoso; e ao passo que, sob o ponto de vista económico, decrescem realmente os honorários professorais, o professor vê engrossar sobre ele a onda pujante da ciênca médica. Se ele quiser manter-se ao par desse progresso febril, tem de empenhar um trabalho disvelado e assíduo.

Nas oficinas da instrução médica dia a dia redobra o trabalho, mas o salário mingua. Que há-de fazer o obreiro docente, sobrecarregado pelos encargos materiais da vida, sobrecarregado pelos encargos morais da ciência? Que há-de sair desta incon-

gruência económica? É de prever; desde que uma indústria não encontra no mercado a valorização condigna, infalível é que definha e morre. Manifestei há pouco o propósito inimpugnável de que os professores fossem aproximados dos lugares mais grados e dignos da mesa orçamental. Ora poderá dizer alguém que o triste professor de medicina faça parte dessa lista eleita dos aquinhoados no orçamento geral do estudo, ele, nivelado em mesada com um simples oficial de secretaria?

Eu quizera que a alta capacidade docente viesse, no tocante a honorários, imediatamente depoz da alta capacidade administrativa, e que fossem tolhidos de hombrear com os seus representantes, funcionários sem a responsabilidade científica e moral daqueles, espécie de plutocracia burocrática, que repasce graxamente nas férteis benesses descrevaninhas e tabelionatos.

Sem nos guindarmos mesmo a essa ampla vista genérica de comparações de ordenados, e circunscrevendo nos ao nosso campo de instrução pública, desigualdades revoltantes chocam o observador menos rigoroso. O professor de instrução secundária viu há pouco ainda crescer um terço o seu ordenado, que foi elevado à cifra de 600$00 reis. Uns escassos cem mil reis nos separam; e por ventura exige a lei a mesma ordem de habilitações para as duas ordens de professorado, secundário e superior?

A responsabilidade e os lavores de ensino não estarão enormemente distanciados numa e noutra categoria? Não gosam os lentes dos liceus, não sei se ilegal ou injustamente, das boas rendas do ensino particular?

Transponhamos mesmo os hombraes da instrução superior. O professorado de medicina é igualizado sem escrúpulos com os seus confrades dos outros ramos nobres de ensino; não se me antolha, nem muito curial, nem muito justo este modo de proceder. Ciência alguma evolute hoje com a rapidez vertiginosa da medicina que refunde dia a dia os seus princípios teóricos, que incessantemente cria e aperfeiçoa processos práticos. Os seus cultores, à menor quebra de solicitude, ficam submersos de retardatários e inúteis para o ensino; só muita devoção e muita aplicação poderão valer-lhe. A literatura médica absorve hoje em dia mais de metade de toda a literatura científica; o livro de ontem envelhece amanhã, e lá vai estacionar para todo o sempre ao lado dos inválidos nos raios das estantes. O processo experimental ou operatório, aprendido com esforço, tem de ser abandonado em curto

trecho porque a ciência lhe descortinou melhorias. Enfim, não se alongam demasiado os períodos em que a medicina é totalmente revolucianada por descobertas capitais e pela introdução de novos elementos radicalmente transformadores.

Quaisquer que sejam os seus incontestáveis progressos, poderão medir-se com ela as congéneres ciências naturais, as físico-químicas e as físico-matemáticas? Se acharem porém, que para estas não sejam excepcionais as diferenças que dizer do direito, e sobretudo da teologia católica, cristalizada há séculos na sua imobilidade morfológica intransgressivel? Hão-de concordar que são funções bem dinâmicamente distintas as dum professor de fisiologia ou clínica e as dum lente que inalteràvelmente moi e remoi anualmente o mesmo *digesto* e a mesma *suma*, herança catedrática inalterável, já recebida integralmente dos antecessores e que há-de ser levada aos pósteros nas mesmas condições de imutabilidade.

Em absoluto ou em paralelo, a mesquinhez dos nossos honorários é uma das coisas mais evidentes e incontrastáveis deste mundo. Bradar por uma reforma orçamental que extinga estas misérias, não é um clamar de pedinte que mendiga mais um vintém para comprar as suas vitualhas. Não se trata só de um mero egoísmo, mas dos próprios destinos do ensino; não se questiona simplesmente um benefício pessoal, mas um benefício colectivo.

O professorado médico, há muito já, que não é uma carreira definida, uma profissão exclusiva, que garanta de vez uma sustentação condigna das mais medianas ambições, e que, despreocupando o espírito dos seus membros dos gravames materiais, garanta igualmente a sua dedicação integral pelo ensino. O ordenado é quando muito uma base ou um excipiente simples na forma económica de cada um.

A investidura da toga não obsta uma luta áspera por uma existência remediada; limita-se a prestar uma arma de combate ou uma escada lançada para mais sólida e rendosa posição. Quem fica sacrificado nesta colisão inevitável de interesses? Inútil é dizer, que raríssimas vezes será o professor; é fatalmente o ensino. Daí esse espectáculo pungente que se estadeia em as nossas escolas. Os apáticos e os negligentes encobrem a sua preguiça com a escassês da remuneração; os activos e cuidadosos, animados do mais louvável ardor pelas coisas da instrução, pelo levantamento do nosso nível científico e pedagógico, cobiçosos de dar

um nome ao seu estabelecimento e perlustrar o ensino nacional, forçam-no os rigores sociais a despedir-se quási da sua nobilíssima empresa com um sentimento profundo de indignação e mágua. Cedem fatalmente à verdadeira omnipotência fisiológica e social, ao famoso Gaster celebrado pela *verve* fantasista do nosso antepassado Rabelais.

Esta perniciosa anomalia não pára aqui; como que tudo se conspira em a nossa organização orçamental para desastrar o ensino. O ingresso do professorado, obtido pelo honroso processo do concurso público, opera-se pela categoria de substituto... Cabem-lhe 400$000 reis sem mais obrigações do que o serviço de exames e de substituição acidental de cadeiras, notando-se que passados três meses de serviço efectivo, a sua retribuição sobe durante todo o tempo que a ocupar à tarifa do lente catedrático. A posição não é invejável, e bem mísero o estipendio; o substituto, sem lugar determinado nas funções docentes baldeado de cadeira para cadeira, e com tão triste mesada, anceia por mudar de degrau. Este acesso advirá dos seus próprios esforços da luta pela aquisição dum nome no seio dum dado grupo professoral? Nada disso; porque a promoção é pautada... por antiguidade Do *tempus edax*, que vai jubilando e imolando, espera o substituto a sua cátedra. Não precisa de incomodar-se sequer; pode recostar-se serenamente *sub tegmine* duma lei de falsa protecção, que passivamente o empurrarão para qualquer aula, um dia mais ou menos próximo, e lhe meterão no bolso os cubiçados 700$000 reis.

Nada de mais dissolvente conheço do que esse terrível estagiato pré-catedrático.

Está feita a nossa anatomia patológica de *capite ad calcem;* estanquemos as intermináveis jeremíades suscitadas por tão atrozes lesões, e dedusamos da pesquisa feita alguma coisa que nos saneie e esconjure de vez tão teimosos males.

A elevação dos ordenados é o primeiro ponto assente e indispensável da reforma. Creio que, não seremos exigentes, alvitrando como *minimum* tolerável a cifra de 1.200$000 rs.; não só esta unidade pode satisfazer regularmente à vida professoral, como corresponde mais ou menos a outras categorias da funcionalidade pública com as quais nós temos o rigoroso direito de nos equiparar.

A concorrência económica entre os professores catedráticos eliminamo-la, como manifestamente inexequível em o nosso país e

inadaptável aos nossos hábitos e costumes; mas manteremos esse bom princípio inervador de todo o organismo ensinante, para os sucessivos graus de evolução professoral. Do aluno ao professor definitivo e catedrático, a ordem não poderá ser mais a actualmente estabelecida e que tanto tem desdourado o ensino. A ascenção para a cátedra deve ser uma longa e penosa escaleira, e quem a realizar foi posto a dura e confiante prova.

Instaurado um recrutamento racional, creado um verdadeiro alfobre de professores nos laboratórios, nas clínicas e na agregação, só aos válidos e aos selectos será conferida a alta posição docente.

As plantas nocivas eliminar-se-iam por uma rigorosa escolha, aproveitadas só as vivedoiras e fecundas.

As funções de assistentes e chefes de clínicas e laboratórios, assim como as de agregação, seriam meramente temporárias e renováveis, e sobretudo nunca consagrariam direito algum absoluto de promoção, a não ser que dessa falange, aguerrida por provas sucessivas de trabalho e zelo, é que cada corporação extrairia os seus lentes, desdenhada a velharia repugnante da antiguidade, que pode ser justa e útil para outros ramos de administração pública, mas aqui completamente deslocada e maléfica. Todos esses aspirantes ao professorado lutariam e rivalizariam em amor ao ensino e em exibição de valiosas provas de suficiência. Devidamente experimentados já, não haveria dúvidas ao senado académico de confiar-lhe uma cadeira, sem receio de que ele a transformasse num benefício simples, ominoso para o seu possuidor e desastrado para o ensino e para a ciência.

Este meu pensamento será devidamente concretisado quando mais largamente discorrer sobre o recrutamento do professorado.

Os actuais substitutos deveriam ter o seu ordenado elevado a reis 700$000, tirando-se-lhes porém completamente os acréscimos que recebem quando substituem um lente por mais de três meses.

Entendo que se lhes pague melhor, mas nada de melhorias quando exerçam realmente as funções para que foram chamados.

Se porém vingar uma boa organização do serviço médico, terão de lhes ser confiadas, transitóriamente, funções mais activas, como assistentes de trabalhos práticos e clínicos; em caso tal, aufeririam o excesso respectivo de substituição.

Enfim, o professor deverá ser forçado a morrer abraçado à cadeira?

A nossa lei é neste ponto duma previdência protectora que faz honra ao legislador. O novo regime, ainda mais favorável do

que o antigo, preceitua que, ao cabo de 25 anos de bom e efectivo serviço, o professor possa jubilar-se, não só com o seu ordenado, mais ainda com a adição dum terço. Que diferença entre nós e o professor alemão que tem de viver das suas lições até à extrema decrepitude (1), muito embora as forças físicas e cerebrais o atraiçoem já?

Este descanço final, concedido ao homem prestimoso que consagrou os melhores anos da sua vida a uma carreira, donde distribuiu largos benefícios à colectividade, é uma justiça e um dever para o Estado. Não se trata aqui porém sómente dum mero galardão; não, este aplauso à sábia e generosa lei não é um mero grito de gratidão. Domine o altruismo na lei muito embora, mas vão nele os próprios interesses vitais do ensino.

Que há a esperar dum professor minado pela idade, desprovido já daquela actividade de que poderia ter dado exuberantes provas? O seu ensino vai progressivamente caducando como o próprio ministrante. Há excepções honrosas e gloriosas até, mas tão raras que não devem nem podem pautar regras de procedimento.

E enquanto o lente arrasta a sua senectude na cadeira, que as suas lições já não são mais que um pálido reflexo das de outrora, e se vão fossilizando perante a modernização dos conhecimentos, uma turba ardente e juvenil espera impaciente o ingresso, ávida por ceder ao ensino a sua fecunda actividade. *Place aux jeunes* — dizia há pouco em plena câmara francesa Bourneville, que pedia vigorosamente a retirada das mumias do ensino que pejavam tantas cadeiras do curso superior, promovendo uma estagnação apoderentadora.

Em o nosso país a decrepitude vem com uma celeridade acentuada; a vivacidade sobretudo extingue-se depressa, assim como o entusiasmo pelas ideias novas e o apego apaixonado ao trabalho.

O legislador entendeu, e bem, que um prazo de 25 anos era o termo conveniente; assim o compreendeu também a lei brasileira.

Tão sòmente quizeramos nós que dado o venturoso caso do jubilando poder ainda prestar bons serviços, o conselho escolar tivesse a faculdade de convidá-lo a permanecer mais

---

(1) — Quando o professor já não pode de forma alguma permanecer nas suas funções, não o destituem, mas criam outro curso sobre a mesma disciplina, confiando-o a professor mais válido.

cinco anos, não podendo o professor eximir-se quando a sua estada na última cadeira fosse inferior a cinco anos. Esta disposição mira a um ponto de suprema utilidade; dar ao professor o tempo preciso para deixar sucessores hábeis, para criar discípulos no bom sentido desta expressão, na suposição é claro, que a reforma desejada do ensino médico não deixará mais o professor na solidão sem uma atmosfera sádia de assistentes que mútuamente colaborem nos trabalhos duma dada disciplina.

O favor protectivo da lei é que eu não levava tão longe; aquele apenso do terço eliminava-o como excrescência por demais amiga. Se o ordenado, durante o seu tempo de efectivo serviço, atingir as devidas condições de suficiência, não é justo adicioná-lo com a mercê do terço ao abandonar da cadeira.

Sumariando — os requisitos económicos que julgamos inadiáveis para o aperfeiçoamento do professorado médico, são elevação de ordenados e a fomentação duma concorrência económica nos graus professorais pré-catedráticos, de forma a eliminar das cadeiras aqueles que não são dignos de se sentar nelas, nem de auferir a respectiva retribuição orçamental.

.....

1923

.....

Ensino, estudo em Portugal. — fazer-lhe a análise crítica pediria a vista de lince, a garra leonina e a pena barbelada dum Verney, de alguém que nos revocasse com gesto sacudido e voz imperiosa à consciência da nossa mentalidade. Parece-me não fazer míngoa esses críticos de pulso, dir-se-ia que vivemos em Atenas nos jardins de Academus de braço dado com as Musas. Poisei há pouco os olhos ensaudados num requisitório volumoso e fogoso sobre instrução médica e juxta-médica, apresentado ao parlamento pedagógico reunido em 1885 em torno da figura presidencial dum grande apóstolo esquecido — JAIME MONIZ.

Ninguém mais leu, nem eu próprio, essas páginas escritas de chofre com entusiasmo juvenil dos 27, que, salvante uma ou outra, emendadas pela experiência, ainda hoje subscreveria às mãos ambas. Estão satisfeitos muitos dos *desiderata* reclamados — há os laboratórios e as disciplinas que se pediam a gritos à indiferença impertérrita do Estado. E entretanto as ideias cardiais

têm ainda a mesmíssima actualidade e oportunidade — educação preparatorial do aluno, condicionamento da ciência e do acesso do professorado. Conservaram-se porque interferem com a essência espiritual do País, e no trânsito de perto de 40 anos, longo na vida dum homem, curto na de um povo, essa dificilmente se altera através dos regimes e das gerações que têm a falaz ilusão de tudo ter mudado com o seu advento.

Manda a verdade se diga que o regime actual se empenhou a fundo e em cheio no renascimento do ensino; em nenhum outro ramo da governança se evidenciou como neste, esse decidido propósito de fazer a todo o custo mais e melhor — marco dos mais assinalados, posto na esteira de D. João III, de Pombal, e de Passos Manuel. Tem-se perseverado nesse movimento reformador, desde o governo provisório em que o estadista António José de Almeida promulgava o código da restauração integral do ensino público. E tirante a triste intercadência de se pretender esganar a Universidade portuguesa numa prepotência que por sua autoridade o parlamento há muito deveria ter abrogado, não há senão que aplaudir os *gesta* da República em prol do desenvolvimento docente, quando não seja na execução, na intenção. Mais que ninguém aplaudamos nós, porque a medicina foi certamente o ramo mais aquinhoado, como mais precisado que era. E todavia essa obra de uma finalidade tão meritória há que considerá-la perigada numa boa parte.

Não se tenha este juízo por expressão de zoilismo, e muito menos de censura a quem quer que seja, que, dentro ou fora das escolas, inspirou ou secundou esse movimento pedagógico, e menos ainda ao professorado que em todos os graus de ensino buscou dar a sanção prática aos estatutos decretados. Sou um professor como outros e menos que muitos outros, a quem a consciência das culpas e faltas que lhe carregam a consciência tolheria, mesmo que outros sentimentos não houvesse, o arrojo de censor e de censor farisaico — crítico apenas das ideias e dos processos que julgue insanados de vícios, defeitos ou erros capitais. E fá-lo-hei *sine ira et studio. Adsit injuria verbo.* (1)

. . . . . .

RICARDO JORGE

(1) *A propósito de Pasteur* — 1923 — in *Sermões dum leigo* — pags. 302 e segs. — Lisboa, 1925.

Medicina Preventiva e Saúde Pública [1]

Introdução

Decorrido mais de um século ainda são de flagrante actualidade as seguintes palavras proferidas por um eminente médico americano o Dr. Edward Jarvis: « *Our education has made our calling exclusively a curative, and not a conservative one, and the business of our responsible lives has confined us to it. Our thaughts are devoted to, our interests are concerned in, and our employments are connected solely with, sickness, debility, or injury — with diminution of life in some of its forms. But with health, with fullsess of unalloyed, unimpaired life, we, professionally, have nothing to do* ».

Na verdade, hoje mais do que nunca, a ânsia de fazer incluir a medicina no grupo das ciências exactas estimula o clínico a aproveitar-se dos prodigiosos avanços da bio-química, da fisiologia, da bacteriologia e de muitos outros ramos da ciência médica e a serviço dos maravilhosos recursos que a técnica pôs ao seu dispor para que resulte uma observação detalhada e científica da doença como entidade.

Mas neste labor perfeitamente actualizado não raras vezes, para não dizer sempre, se esquece de prestar a devida atenção ao Homem e à repercussão que a sua doença traz, não só à sua família mas também à colectividade.

---

(1) — Lição proferida no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, durante o Curso de Aperfeiçoamento de Subdelegados de Saúde, em 19 de Abril de 1948.

Também devido ao notável avanço das ciências médicas, os programas de ensino médico profissional estão tão pejados, que raras vezes há tempo, pelo menos no nosso país, para fazer salientar a importância social da medicina preventiva e saúde pública.

Isto cria uma lacuna que muitas vezes persiste através da carreira profissional e tem sido a causa primordial de desentendimentos entre os clínicos e as autoridades sanitárias.

Continua a persistir, perigosamente difundida no nosso meio, a ideia de que a medicina preventiva é um domínio reservado exclusivamente às organizações oficiais de saúde pública e é exactamente esse conceito arcaico que gera a inércia e o desinteresse entre os clínicos pelas penhorantes perspectivas da medicina preventiva e que, por outro lado, é responsável da insatisfação social pelos serviços médicos prestados na actualidade.

Por muito desagradável que isso seja e quer o queiramos aceitar quer não, a verdade é que cada um de nós, internistas, cirurgiões, especialistas ou funcionários de saúde, no fôro da sua actividade, terá de concordar que na hora actual ainda adoecem, inutilizam-se ou morrem de doenças preveníveis demasiados seres humanos.

Quando se medita sobre esse magno problema não se pode deixar de concluir que há um atrazo bem notável da aplicação prática da medicina em relação ao magnífico avanço contemporâneo da ciência médica em que se inspira. E não se julge, como parece estar a registar-se em todo o mundo, que esse atrazo é devido exclusivamente à deficiência de organização dos serviços médico-sociais. Sem duvida, é indiscutível a necessidade da execução dum vasto programa hospitalar, assim como imprescindível é a reorganização de todo o complexo sistema de assitência social, mas de pouco servirá todo esse esforço do Estado se o âmbito da actividade médica não sofrer rápida metamorfose.

É que, foi tão notável o avanço da ciência médica nos últimos cinquenta anos que é possível acalentar a esperança de, mais do que curar doenças, conseguir manter sociedades sãs. Só então o clínico poderá orgulhar-se de saber colher todos os frutos duma ciência amadurecida.

Bem simples e bem lógico é pois o enunciado do objectivo, mas bem mais complexa a sua efectivação e isso porque é impos-

sível executar um vasto e eficiente programa de medicina preventiva sem a entusiástica e activa cooperação de toda a população.

Enquanto se trata de obter benefícios sem necessidade de sacrifício pessoal todas as medidas propostas são bem aceites, mas, logo que se exija a menor privação ou o mais ligeiro incómodo em favor do bem da colectividade não faltam os dissidentes.

E é exactamente esta atitude, reflexa dum mixto de egoísmo e pseudo-liberalismo, que constitui o mais difícil obstáculo a remover na execução dum plano geral de medicina preventiva.

Há muito quem pressinta, baseado na actividade paternalista de muitos estados modernos, que a saude é um direito do homem quando afinal, como, muito bem diz Stieglitz em trabalho recente, a saúde, tal como a riqueza ou a liberdade, é um dom que se adquire à custa de sacrifício e interessado empenho individual.

Por muito perfeitas que sejam as reformas dos serviços de saúde, por modelares que sejam as instituições criadas e por mais vastos os meios disponíveis, não é possivel manter sociedades sãs sem a sua devotada colaboração geral. Eis o motivo fundamental porque é imprescindível uma larga campanha de divulgação dos princípios basilares de saúde e higiene pública que informe e consiga interessar a população em tão benéfica cruzada.

Definições

Pròpriamente « *saúde pública* » envolve todas as medidas de aplicação colectiva tendentes a melhorar as condições sanitárias da população. As suas preocupações são principalmente ambienciais e impessoais, o que é da exclusiva responsabilidade dos serviços de saúde. Mas « *medicina preventiva* » diz respeito aos múltiplos aspectos de saúde individual, as suas actividades são específicas e pessoais, o que é, ou devia ser, da responsabilidade do clínico.

A primeira sintetisa o esforço do Estado em favor da saúde da colectividade e a segunda foca a contribuição do indivíduo para o mesmo objectivo. É fácil de prever que só a perfeita actuação em ambas as directrizes poderá acarretar a rápida melhoria das condições sanitárias dum povo. O objectivo em vista será, por um lado, conseguir obter condições ambienciais tão inócuas quanto possível e, por outro, melhorar a capacidade de resistência dos indivíduos, de forma a suportarem, o melhor possível, a

influência cada vez mais agressiva que a instabilidade da vida moderna impõe.

Vejamos em primeiro lugar, e com espírito de crítica construtiva, o que entre nós tem sido conseguido num e noutro sentido e veremos mais tarde quais os novos caminhos a trilhar na sonda de horizontes mais prometedores.

Saúde pública nos ultimos cinquenta anos

Nos alvores do presente século, e sob o impulso vigoroso do eminente higienista que foi Ricardo Jorge, desponta pela primeira vez entre nós, a esperança de uma organização sanitária eficiente com a promulgação auspiciosa do Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública.

Modelar esse diploma que, a ser executado, nos teria colocado a par dos paízes mais progressivos. Faltou-lhe, porém, o apoio dos poderes constituídos, a cooperação da classe médica e a sanção da opinião pública, todos mal apercebidos da importância fundamental da saúde pública no desenvolvimento económico e bem estar social duma Nação.

Nada admira, portanto, que a esforçada labuta desenvolvida pelos ilustres pioneiros de então, se esvaisse num mar de desalento e desilusões.

Entretanto decorre um quarto de século, passa o pesadelo da 1.ª guerra mundial e enquanto se assiste à reorganização apressada e perfeita dos serviços de saúde dos paízes que haviam sido mais devastados, persiste entre nós um vexatório entorpecimento da sanidade pública. Surge então, em 1926, a promulgação da nova Reorganização Geral dos Serviços de Saúde Pública, mas tal como até aí os benefícios esperados não se fazem sentir.

Os serviços de saúde continuam a ser acoimados, pela classe médica e pelo público em geral, de inoperantes, mas não se trata de averiguar qual o fundamento de tão ruidosa falência.

A época áurea dos serviços de saúde norte-americanos só surgiu quando a classe médica se interessou pelos problemas de medicina preventiva e passou a ser o prestigioso e indispensável elo de ligação entre os serviços de saúde pública e a população. Continua cada vez mais justificado o postulado de Ricardo Jorge «a saúde pública dum paíz será aquilo que, os membros da sua

classe médica quiserem ». Triste é confessar que, no nosso meio, não vemos o menor vislumbre de outro querer.

Nada pode surpreender, então, que os serviços de saúde de si mal dotados e insuficientemente providos, amarrados a peias burocráticas de toda a espécie, não tenham conseguido elevar o nosso nível sanitário a um grau satisfatório.

Dos dois caminhos a trilhar em favor da saúde e higiene públicas, e a que fizemos referência, só foi possível até hoje obter progressos notáveis na melhoria das condições ambienciais e aqui, justo é dizê-lo, estamos em plena progressão. Uma perfeita observância da preceituação sanitária nas construções habitacionais e industriais, a manutenção e vigilância da pureza das águas de abastecimento público, a renovação das redes de esgotos, a vigilância da higiene do trabalho e das indústrias e de tantos outros factores ambienciais, constituem sectores progressivos da sanidade pública. Ainda este mesmo aspecto é o que mais tem beneficiado do sopro renovador que atinge actualmente múltiplas esferas da actividade. De facto, a inteligente comparticipação do Estado, na construção de bairros de casas económicas, na instalação de canalizações de água e de esgotos dos municípios tem condicionado valioso incentivo em favor do rápido progresso da salubridade nacional.

Vejamos agora o que se passa no âmbito da prevenção e combate das doenças infecciosas.

É precisamente neste domínio que o nosso atrazo é confrangedor. Àparte uma razoável defesa em relação à possibilidade da importação de moléstias contagiosas, e mesmo essa bastante comprometida nos últimos anos pela intensidade crescente do tráfico aéreo, ainda não regulado sanitàriamente por Convenção Internacional, no restante podemos afirmar que o nosso paiz continua a ser açoitado, num ritmo fixado epidemiològicamente para cada doença, por ondas de recrudescência epidémica das mesmas endemias. Se esta é a regra geral existem contudo duas honrosas excepções, uma a luta anti-sezonática onde os progressos são notáveis e outra a campanha anti-leprosa há pouco iniciada auspiciosamente.

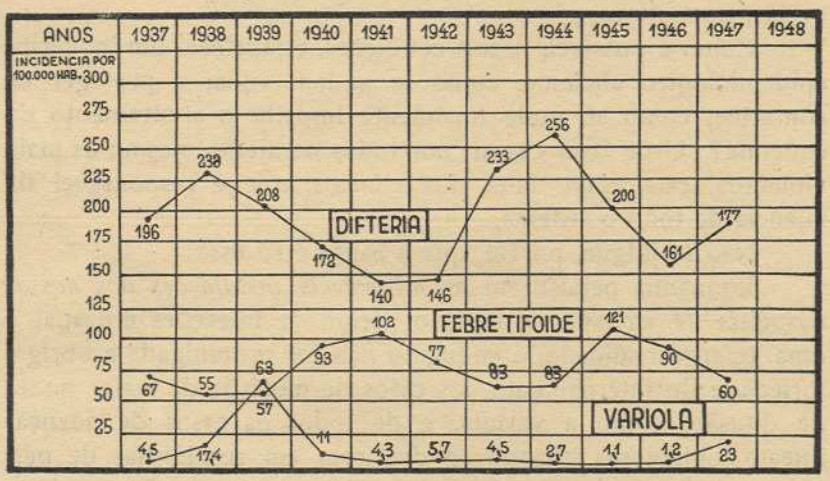
No restante, tal como há cinquenta anos, a nossa actividade anti-infecciosa tem-se limitado a contra-atacar, do meio mais ou menos eficaz, as vagas mais ameaçadoras do surto epidémico. Uma vez extintas estas, tudo regressa à apatia anterior, até que,

por aumento dos susceptíveis se criam novas condições de recrudescência.

Quanto ao combate persistente e metódico das endemias tudo está por realizar. A *tuberculose* dizima anualmente, igual, se não maior número de vítimas, e a sífilis prossegue na sua tarefa de pesada contribuinte no definhamento da raça. Mas deixemos, por agora, esses dois temíveis flagelos cujo ataque exige meios gigantescos e foquemos o que se passa com as endemias de mais fácil debelação: a *varíola*, a *difteria* e a *febre tifóide*.

Evolução das endemias de varíola, febre tifóide e difteria na cidade de Lisboa

(Incidência por 100.0000 habitantes)



		1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948
Difteria	Casos	1342	1625	1459	1213	1006	1066	1737	1958	1548	1270	1418	
	Óbitos	44	42	25	31	31	38	38	50	34	27	22	
Febre tif.	Casos	453	582	397	659	733	566	620	628	936	710	482	
	Óbitos	46	40	44	61	60	42	75	65	81	68	34	
Varíola	Casos	31	120	437	82	31	42	36	21	9	10	185	
	Óbitos	1	22	39	1	—	—	—	1	—	—	4	

FIG. 1

Pela taxa de morbilidade destas doenças pode deduzir-se a eficiência dum serviço anti-epidémico. Em Lisboa, e julgo que em todo o país, nem sequer é possível referir com precisão qual o grau de incidência de qualquer dessas moléstias. Com os números, ao nosso dispor no arquivo do Serviço de profilaxia das doenças contagiosas da Delegação de Saúde de Lisboa, elaborámos o gráfico junto (FIG. 1) que, apesar de representar seguramente só

uma fracção do aspecto real, é suficientemente elucidativo duma situação a todos os títulos vexatória.

A quem cabem as culpas de tão monstruosa inépcia?

Para os clínicos em geral a responsabilidade é exclusivamente dos serviços de saúde. Vejamos se assim é.

Como é possível estabelecer um plano de luta anti-endémica sem o prévio e **imediato** conhecimento de quando, onde e em que condições se declaram os respectivos casos? Pois bem, apesar dos múltiplos e insistentes apelos dos serviços de saúde, os clínicos, na sua grande maioria, continuam a não notificar os seus casos de doença de notificação obrigatória e, quando o fazem, é para pedir a desinfecção final com o doente já curado ou já na sepultura...

Como é possível, nestas condições, estabelecer um inquérito epidemiológico eficiente, como se podem vigiar e proteger os contactos, como se pode finalmente impedir o alastramento da endemia? Urge fazer cessar, por todos os meios, mesmo os mais violentos, esta grave falta dos clínicos, que é responsável da falência de todo o sistema.

Não se julgue, porém, que a causa é só essa.

Enquanto persistirem as *miseráveis instalações dos nossos hospitais de isolamento*, onde o perigo de infecções cruzadas é uma amarga realidade, e enquanto não for promulgada a obrigatoriedade do internamento dos casos de moléstia de maior poder de difusão, como a varíola, e de todos os casos de doenças infecto-contagiosas quando se declarem em residências de péssimas condições de salubridade, continuaremos a registar cadeias ininterruptas de casos secundários.

Enquanto os clínicos considerarem a comparência da visitadora sanitária como uma indesejável interferência no âmbito das suas atribuições e enquanto, sob o ponto de vista profilático, os mesmos se limitarem a pedir aos serviços de saúde a desinfecção final de alojamentos, móveis, e utensílios, nenhum progresso é possível.

Já é tempo de nos apercebermos todos, da basilar importância do despiste, ao menos dos portadores convalescentes, no combate ás endemias.

Quantos de nós alguma vez se deram ao cuidado de vigiar o b. de Eberth nas fezes dos convalescentes? Quantos recorreram aos nossos serviços com essa finalidade? Contam-se por unidades.

Então não se proclame com tanta desenvoltura que a responsabilidade de tão lamentável situação é sòmente dos serviços de saúde.

Ainda outra causa grave de falência é a incompreensão e resistência tenaz da população, sem dúvida porque, junto ao mau exemplo e por vezes maus conselhos, se tem descurado a divulgação dos fins da actividade sanitária.

Quando, há aproximadamente um ano, tomámos quota parte da responsabilidade no serviço de profilaxia das doenças contagiosas desta cidade, foi decidido, dada a gravidade da endemia diftérica em Lisboa, fazer uma campanha de vacinação massiça em crianças até aos 10 anos. Servimo-nos de todos os meios de propaganda, (os jornais diários, a radiodifusão, editais, etc.), pedimos a colaboração dos clínicos e de todas as instituições de assistência pública e privada, criamos múltiplos postos fixos por toda a cidade, organizamos brigadas móveis, forneceu-se vacina gratuita e, apesar de todos estes esforços, não conseguimos imunizar mais do que uns escassos 3 milhares de crianças. Seria por falta de competência técnica? Talvez. Mas principalmente por falta de cooperação da classe médica e do público em geral.

Em meados de Julho tínhamos adquirido a convicção de que o estado de imunidade da população contra a varíola era muito precário; pouco depois, surge em Lisboa a primeira ameaça de recrudescência dessa doença, para a qual se pediu a colaboração de todos, e que ainda não cessou. Se não fora o receio de abusar da vossa paciência valeria a pena relatar o que tem sido essa luta árdua em que a rudeza da mentalidade primitiva chega a desafiar a eminência de contágio certo, mas não se deixa vacinar. Nesta longa experiência, em que só foi possível vacinar até à data pouco mais de 100.000 habitantes da cidade, se colhe a ampla confirmação do velho axioma «uma população inculta não pode ser sã».

Portanto as causas do mal são profundas em demasia, para que possam ser removidas com a prontidão que a gravidade da situação impõe. É indispensável persuadir a população da necessidade e utilidade da sua colaboração e isto só se consegue mediante larga divulgação dos princípios basilares de higiene e saúde individual e intensa propaganda àcerca dos métodos de a obter. Esta propaganda tem de ser executada por todas as

formas e em todos os meios sociais e nenhum mais permeável que o meio estudantil para abrir o caminho à penetração familiar dos preceitos de sanidade geral. Mas, infelizmente, voltámos a observar no nosso país um divórcio, a todos os títulos incompreensível, entre a Saúde Escolar e a Saúde Pública. Não é que não se reconheça a eficiência daquele agrupamento de sanidade e a sua tecnologia especializada, que justifica amplamente larga autonomia, mas é que a dispersão enfraquece, onera e dificulta o trabalho do conjunto.

A acrescentar a este doloroso sudário vejamos agora o que se passa com outra mazela de saúde colectiva — *a mortalidade infantil.*

Permilagem de óbitos em crianças de menos de 1 ano em relação aos nados vivos

(Dados extraídos do *Anuário Demográfico*)

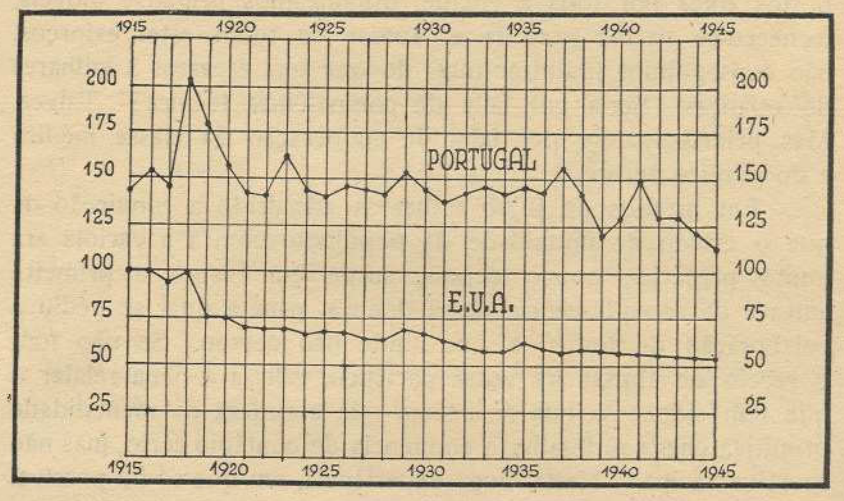


FIG. 2

Servir-nos-emos dos dados extraídos do Anuário Demográfico do Instituto Nacional de Estatística já que os nossos Serviços de Saúde não dispõem actualmente de qualquer repartição de estatística demográfico-sanitária.

Da observação do gráfico (FIG. 2) deduz-se que a taxa de mortalidade infantil ainda em 1941 oscilou à volta dos mesmos números de 1915 e só nos últimos anos mostra leve tendência para baixar.

Se recordarmos que a taxa de mortalidade infantil é o índice mais sensível, e mais fàcilmente influenciável, do nível sanitário duma população, teremos a comprovação do nosso lamentável atrazo.

Contudo não faltam, pelo menos em Lisboa, múltiplas instituições de assistência e protecção à 1.ª infância, umas oficiais e a maioria privadas, que, se é verdade prestarem indiscutíveis benefícios, muitos mais prestariam se estivessem integradas num plano único de trabalho.

O Instituto Maternal e a Obra das Mães são outras tantas contribuições do Estado para a solução do problema, mas mais uma vez se confirma que a dispersão de esforços não traz rendimento satisfatório. Afigura-se-nos que enquanto não for criado um corpo directivo único, subordinado à Direcção Geral de Saúde, embora com ampla autonomia, que estude as raízes do mal, elabore um plano de acção geral e consiga cadenciar todas as boas vontades e todos os esforços que por aí andam dispersos, a melhoria será tràgicamente lenta.

Passados assim, em revista rápida, os principais aspectos da evolução da Saúde Pública em Portugal nas últimas décadas, não podemos deixar de considerar o balanço geral como particularmente insatisfatório. Mas, se se investigam as causas primordiais, concluiremos que a responsabilidade é um pouco de todos nós. Uns, baseados na pobresa das nossas instalações e na falta de apoio superior, vão deixando extinguir a chama de entusiasmo que os aquecia nos primeiros tempos da investidura do seu cargo, outros, críticos irreverentes dos actos alheios, são incapazes de contribuir com a menor parcela de esforço para a melhoria da situação e, a maioria, de afadigada que anda, não tanto pelo trabalho como pela indisciplina mental, nem tempo encontra para avaliar a importância do problema que se põe e a obrigatoriedade moral e social do seu concurso.

Em meu sentir, se cada um de nós, na sua área de acção, se esforçar por obter a cooperação dos colegas erradios e esgotar as máximas possibilidades dentro da modéstia das nossas instalações e da parcimónica dos nossos recursos, os efeitos não se farão esperar e a seu tempo virá a justa remuneração do nosso esforço e, que mais não seja, pelo menos a suprema satisfação do dever cumprido.

Medicina Preventiva

Como dissemos, medicina preventiva diz respeito aos múltiplos aspectos da saúde individual e não pode deixar de ser um domínio do clínico que tem a responsabilidade de vigiar a saúde dos seus doentes habituais e muitas vezes das suas famílias.

É certo, infelizmente, que, com a praga das especializações, vai desaparecendo essa entidade prestigiosa, mixto de profissional, de conselheiro sanitário e de dedicado amigo, que era o médico de família, contudo, ainda mesmo na actualidade, não faltam oportunidades ao clínico consciente dos seus deveres profilácticos de prestar relevantes serviços de medicina preventiva. Faço a merecida justiça de pensar que quando assim não procedem não são movidos por mesquinhos interesses, mas receio que os detractores da nossa tão injuriada profissão não pensem de igual maneira.

Na realidade as causas do atrazo na generalização das medidas de medicina preventiva na prática diária em relação ao nível científico actual da profissão médica são de vária ordem.

Em primeiro lugar desde tempos imemoriais o Homem considera o estado de saúde como uma situação natural pela qual não tem que lutar e encara a doença como uma falta de sorte ou como um castigo divino fora de todo o alcance da prevenção. Sendo impossível provar, individualmente, mesmo para as doenças contagiosas, que o contágio se daria se não fossem as medidas preventivas, muitos preferem tentar a sua sorte refugiando-se no « seja o que Deus quiser ».

Em segundo lugar, não é fácil modificar uma atitude, vincada nos povos através dos séculos, que é a de só procurar o auxílio do médico quando surge a doença. Até se conseguir instruir a população de forma a não esperar pela dor, pela lesão ou pelo compromisso orgânico para se fazer observar, nenhum progresso preventivo será possível.

Por último, enquanto a medicina escolástica não estimular, desde os bancos da escola, o desenvolvimento da actividade preventiva a par do esmero curativo, difícil e morosa se torna a metamorfose indispensável ao desenvolvimento da medicina preventiva.

Assim apontadas as principais dificuldades de execução vejamos agora qual o âmbito da medicina preventiva.

Como toda a prevenção resulta do conhecimento das causas dos factos a prevenir nada admira que a evolução da medicina preventiva se fizesse através dos anos, segundo as ideias médicas da época.

Enquanto dominou a doutrina miasmática e dos eflúvios perniciosos à saúde, as atenções preventivas concentraram-se exclusivamente nos factores ambienciais. Só a partir dos trabalhos de Pasteur e do advento da bacteriologia e da imunologia foi possível fazer assentar as medidas preventivas em bases científicas. Porém, vai já longe a época em que se supoz poder explicar todas as doenças por um mecanismo infeccioso e com o desenvolvimento da ciência da Nutrição e de muitos outros ramos da ciência médica, novas perspectivas se abriram à actividade preventiva. Sabe-se hoje que a saúde e a doença não são dois estadios perfeitamente demarcados e que a saúde é um conceito quase abstracto e sempre relativo. A saúde absoluta é a plena capacidade de rendimento orgânico e está separada da doença manifesta, por um sem número de estadios de equilíbrio instável que a precedem.

Isto se verifica com especial frequência nos estados de carência nutritiva e nas alterações degenerativas onde as medidas preventivas atingem uma importância excepcional.

Por outro lado, com o desenvolvimento da heredobiologia e o melhor conhecimento das heredopatias vai surgindo cada vez mais a possibilidade de organizar um plano pré-natal que condicione uma melhoria biológica da população.

Até agora mercê da errada interpretação da ética e dos ditames religiosos temos confundido quantidade com qualidade e daí resulta um dos factores mais perturbadores de equilíbrio social e do bem estar duma população. Bem claro é o problema, vital a sua importância, mas apesar disso continua entre nós, como aliás muitos outros, completamente em aberto.

Problema melindroso e da maior complexidade que exige para a sua solução espírito realista e clarividente, apoiado em grande dose de bom senso e conhecimento profundo.

Certo é, que, pretender baixar a mortalidade infantil sem simultânea vigilância pré-concepcional, equivale a promover a sobrevivência de importante percentagem de indivíduos física e

mentalmente deficientes, que virão agravar o pesado encargo para a colectividade das fileiras dos ineptos, débeis e dementes e dum modo geral de toda a legião de inválidos.

Não é da nossa competência, nem nossa intenção, apresentar neste momento qualquer solução para esse vital problema, simplesmente desejamos chamar a atenção para a sua primordial importância.

Não há dúvida que a classe médica tem importantes obrigações a cumprir neste campo.

Em certas famílias a sobrecarga de taras hereditárias é de tal modo dominante que o médico pode prever, com a maior probabilidade, que a procreação dará origem a indivíduos física ou mentalmente defeituosos, e, nestas condições, nenhuns preconceitos o deverão impedir de prestar o seu apoio moral e profissional no sentido de impedir a gravidez.

Por outro lado, a sua função será valiosíssima no sentido de prevenir a perda de vidas e o sem número de mutilações irreparáveis causadas pelos abortos provocados. Com o seu prestígio e com base na confiança em si depositada, o médico de família poderá ter uma influência decisiva no sentido de evitar o aborto ilegal, estúpida, anti-social e perigosa manobra, que constitui uma repugnante praga das sociedades modernas.

Abstraindo das convicções de ordem ética e religiosa, a verdade é que a maioria dos pais não outorga a ninguém o direito de decidir do número dos seus descendentes, e quando essa decisão é feita numa base imparcial e honesta dum melhor equilíbrio do seu agregado familiar, eu não sei se pode ser censurável ou se deve ser favorecida. Ora numa época em que a ciência médica dispõe de eficazes recursos anti-concepcionais é bem mais legítima e sensata a divulgação desses conhecimentos do que persistir em considerar esse grave problema como um « tabú » impenetrável.

A experiência da Suécia neste campo social bem merece particular referência. Ali o programa de procreação vigiada e selectiva faz parte do plano nacional do bem estar social. O governo sueco criou e estimulou o desenvolvimento de clínicas para a execução voluntária desse programa e daí não resultou, até agora, baixa da taxa de natalidade mas pelo contrário o seu aumento e melhor selecção.

Milagres da verdadeira cultura.

Pediatria preventiva e sanidade escolar

Nascidas as crianças em óptimas condições biológicas, novo e penhorante campo de acção se abre à actividade preventiva do clínico. Não se trata sòmente de imunisar, nas idades convenientes, contra algumas doenças infecciosas, mas sim, vigiar o seu crescimento e a sua nutrição, despistar e corrigir a tempo os defeitos incipientes, prescrutar e remediar reacções psíquicas anómalas e, principalmente, favorecer por meios naturais o desenvolvimento físico-harmónico.

Chegada a idade pre-escolar, e ao ingressar nos cursos pre-primários dos jardins-escolas, as crianças receberiam as primeiras noções de higiene individual e, por ocasião dos exames médicos periódicos, os primeiros rudimentos acerca da saúde e dos métodos de a conservar.

Assim preparadas física e mentalmente, através de toda a 2.ª infância, as crianças estariam apetrechadas para enfrentar de modo inócuo e imperceptível a primeira grande crise biológica que se aproxima — a puberdade.

É então a grande oportunidade de iniciar um programa de higiene mental que é essencialmente mais que um assunto de instrução escolástica, um problema de desenvolvimento de auto-disciplina no ambiente de educação familiar.

A tendência habitual, sobretudo nas classes mais elevadas, de privar as crianças do desenvolvimento progressivo da responsabilidade própria, de remover com especial preocupação todos os pequenos obstáculos que lhes vão surgindo, de lhes encobrir cuidadosamente as amarguras da luta pela vida, numa palavra, o excesso de protecção, acarreta uma defeituosa preparação para que enfrentem a 2.ª crise biológica — a adolescência.

Lançados abruptamente perante a dura realidade da vida, privados da menor experiência, solicitados por inúmeras e fascinantes atracções que os rodeiam, ou são presa fácil de toda a gama de moléstias físicas, ou vão avolumar o caudal dos instáveis vegetativos, dos neuróticos e dos inadaptados.

Trata-se, na realidade, dum amplo sector profiláctico que terá de ser desbravado pelos higienistas escolares e para o qual muito pode contribuir o médico da família, da fábrica, da Casa do Povo ou do Sindicato Profissional.

Particular referência merece o problema da prevenção das doenças venéreas que constitui outra das grandes mazelas do nosso País.

Se recordarmos que, pelo menos, 50 % dos casos de doença venérea são contraídos entre os 14 e os 19 anos, poderemos deduzir a importância profiláctica da educação da juventude; esta, infelizmente, sabe o bastante para procurar o contágio, mas não o suficiente para evitar a infecção. A este respeito temos vivido num lamentável paradoxo, que é o de se considerar imoral falar à mocidade do perigo venéreo, enquanto os jovens, por sua vez, não encobrem entre si, antes divulgam com mal disfarçada arrogância, aquilo que eles consideram o primeiro tributo da sua virilidade.

Não vamos ao exagero de alguns que preconizam que essa educação deve fazer-se desde a escola primária, mas pensamos ser indispensável a sua larga difusão nos liceus, escolas industriais e comerciais e nas oficinas e quartéis, de modo a prevenir a juventude dum perigo real que se avizinha, antes de ser esclarecida por dolorosa experiência própria.

As prédicas de sã moral e o receio induzido por filmes como a «Miséria humana» de Levaditi são insuficientes para reduzir a frequência das relações sexuais ilícitas.

A Natureza põe neste instinto primitivo um tal potencial que desafia, em numerosos casos, todas as inibições do intelecto.

Uma sociedade que inibe o casamento precoce, pela dificuldade do ajustamento económico dos jovens, tem de ser inevitàvelmente castigado por promiscuidade sexual. Se o perigo é quase inevitável, instrua-se, ao menos, sobre o processo de o atenuar.

Nesta rápida revisão de alguns aspectos de medicina preventiva a cada passo topamos com a importância decisiva da educação da população em assuntos de saúde e higiene individual.

Tarefa árdua em que têm de se empenhar as autoridades sanitárias apoiadas no auxílio diligente de todos os profissionais da medicina.

De facto, na sua actividade diária, todo o clínico tem inúmeras oportunidades de, a par dos seus conselhos curativos, prestar valiosos ensinamentos de ordem preventiva e educativa. Assim ele se chegue a capacitar de que essa atitude faz parte obrigatória do âmbito das suas atribuições profissionais. Mas na

hora actual ainda a maioria de nós pensará estar isento de tais preocupações e são esses que mais contribuirão para a rápida efectivação da tão discutida e indesejável socialização da medicina. Na verdade, só pela organização dos serviços médicos da actualidade os proventos resultam da assistência à doença e se, por outro lado, os clínicos não demonstram a sua isenção no emprego escrupuloso de medidas preventivas, eu não sei se é descabida e injusta a intervenção do estado em favor da colectividade ou se, infelizmente, deve ser aplaudida.

Medicina preventiva individual

A par do desenvolvimento da aplicação das medidas gerais de medicina preventiva, vai surgindo cada vez mais a possibilidade de obter, além da prevenção de doenças específicas, a melhoria da saúde individual.

Em vários centros mundiais de alto nível sanitário está em plena execução a ideia de organizar uma ficha individual de cadastro sanitário da população. Nessa ficha, propriedade do interessado, são inscritos pelo respectivo clínico não só os acidentes mórbidos, como os resultantes dos exames laboratoriais de perspectiva futura ou as intervenções cirúrgicas a que foi sujeito. É fácil de deduzir o enorme alcance desta medida, não só no sentido de facilitar futuros exames médicos, como também no de estimular o seu aperfeiçoamento.

Por outro lado instrui-se por todos os meios a população de forma a não esperar pela dor ou pela lesão orgânica para se fazer observar, antes se demonstra a conveniência de se submeter periòdicamente a um « inventário da sua saúde ». Não se trata porém dum sumário exame médico periódico, ditado pela rotina e eivado de desinteresse mútuo, mas dum verdadeiro inventário acerca do estado das reservas funcionais do organismo no que diz respeito a cada uma das principais funções. Por este e outros cuidados preventivos se pretende atenuar não só a progressão das doenças degenerativas como impedir a cronicidade de múltiplos processos susceptíveis de serem dominados na fase aguda inicial.

Sob o aspecto preventivo, não há duvida de que as doenças crónicas constituem um dos problemas mais graves da assistência e sanidade públicas. A doença crónica, e a invalidez que ela pro-

voca, é a maior desgraça que pode acontecer ao Homem e o maior sorvedoiro dos cofres da Assistência Pública, portanto, nada admira que constitua uma das grandes preocupações das organizações sanitárias. Ainda mesmo aqui, a importância da actividade profiláctica do clínico sobrepõe-se a quantas medidas possam ser legisladas. Mas, na maioria dos casos, infelizmente, o clínico limita-se a dominar a situação inter-corrente para a qual foi chamada a sua atenção, quando afinal essa é sòmente a mais imediata das razões que justificam a sua presença junto do doente. Se o seu espírito estiver integrado no benefício que resultará das suas actividades preventivas quantas complicações se evitarão, quantas sequelas tardias se pouparão, e, sobretudo, quanto sofrimento humano se dissipará.

Poderemos concretizar com alguns exemplos, tirados da prática diária, a importância dessa atitude proliláctica e preventiva do clínico.

Não é prática médica do nosso tempo, tratar uma glomerulonefrite aguda e deixar evolucionar uma amigdalite crónica coexistente; mandar operar uma supuração pulmonar e desconhecer a existência duma infecção oral responsável do acidente; prescrever sedativos para artralgias e esquecer a correcção ortopédica do desvio ortostático existente, por ex. o pé chato; assistir ao aumento da obesidade dum indivíduo de ascendência diabética e não o informar que caminha ràpidamente para esse mal; tratar uma criança com infiltração primária tuberculosa e não investigar minuciosamente no meio familiar a origem do contágio; preceituar uma dieta apropriada num caso de doença prolongada das vias digestivas e desconhecer a coexistência duma mielose funicular avitaminótica por ela agravada; e muitos outros exemplos poderíamos citar se não considerássemos impertinente insistir em factos de todos conhecidos. Mas só estes já bastam para fazer salientar o enorme alcance preventivo se o clínico em vez de limitar a sua actividade à doença como entidade, procurar auxiliar o doente a restaurar a integridade da sua saúde.

Ainda outra oportunidade magnífica de exercer medicina preventiva na prática diária é durante a convalescença das doenças. Época em que a recordação ainda viva dos sofrimentos passados condiciona uma melhor aceitação e uma segura execução dos conselhos médicos. É o momento propício psicològicamente

fértil, para rever responsabilidades, disciplinar o plano de vida futura e, sobretudo, ajustar as ambições e a actividade às reservas que o desgaste da idade e doenças passadas lhe têm deixado.

* * *

Do que acaba de ser exposto parece poder deduzir-se que a actividade clínica em todas as suas ramificações é um dos mais importantes factores no progresso da moderna saúde pública. Tornar-se-há ainda mais significativa quando os clínicos na sua totalidade saibam actuar com igual perícia tanto no aspecto curativo como no preventivo.

E para terminar estas despretenciosas considerações desejo insistir em que a eficiência dum plano nacional de saúde pública depende, certamente, da integração harmónica de múltiplos factores; da melhoria das condições de salubridade do ambiente, a cargo principalmente da engenharia sanitária, duma perfeita engrenagem de toda a máquina administrativa da saúde pública, do zelo e competência especializada dos seus técnicos, da educação sanitária da população, da prática conscienciosa da medicina preventiva por todos os clínicos e da perícia e isenção de todos os profissionais da arte de curar.

Tudo isto em conjunto não é medicina desprestigiantemente serventuária ou especializada, é simplesmente actividade médica organizada no sentido do maior bem colectivo e no da perene e desejável manutenção da medicina como a mais nobre e útil das profissões liberais.

CRISTIANO NINA

O exercício da Medicina em Portugal

(Decreto-Lei n.º 32.171 que o regula)

Usando da faculdade conferida pela 2.ª parte do n.º 2.º do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo, para valer como lei, o seguinte:

Artigo 1.º — O exercício da medicina só é permitido às pessoas legalmente habilitadas inscritas na Ordem dos Médicos e tendo registado o respectivo diploma de habilitação profissional, nos termos da lei.

Art. 2.º — Os médicos que exerçam a profissão com inobservância do estabelecido na lei sobre a necessidade de inscrição na respectiva Ordem e de fazer registar o seu diploma de habilitação profissional; assim como aqueles que usem o título de especialista fora das condições legais incorrem na pena de prisão até seis meses e na multa de 500$00 a 2.000$00.

Art. 3.º — Com a profissão do médico é incompatível a de farmacêutico ou qualquer outra como tal julgada pela Ordem dos Médicos.

§ 1.º — A infracção ao disposto neste artigo é punida com multa de 1.000$00 a 5.000$00, sem prejuízo da responsabilidade disciplinar.

§ 2.º — Na mesma pena incorrem os médicos que infringirem o disposto no artigo 6.º do decreto n.º 17.636, de 19 de Novembro de 1929. (1)

---

(1) Art. 6.º — Não poderá associar-se com farmacêutico, para a exploração de farmácia ou laboratório de produtos farmacêuticos, nenhum profissional que exerça qualquer das outras profissões da arte de curar, nem fazer qualquer contrato do qual lhe resultem proventos ou participações de lucros na venda de medicamentos.

Art. 4.º — No exercício da sua profissão devem os médicos cooperar com os serviços sanitários para defesa da saúde pública, competindo-lhes para esse fim: (*)

1.º — Participar, no prazo de 48 horas, às respectivas autoridades sanitárias os casos de moléstias contagiosas especificadas como de declaração obrigatória na tabela oficial e das quais tomarem conhecimento no exercício da clínica;

2.º — Verificar e certificar gratuitamente os óbitos das pessoas a quem tenham prestado assistência médica, devendo na respectiva certidão indicar-se a moléstia e causa da morte e preenchendo-se para tanto o competente boletim. Para este efeito considerar-se-á como assistente o médico que preceituou ou dirigiu o tratamento da doença, até à morte, ou que tenha visitado ou dado consulta ao enfermo dentro da semana que precedeu o óbito;

3.º — Participar à autoridade competente todos os casos de falecimento de indivíduos a que não prestarem assistência médica nos termos do número precedente e cujo óbito tenham verificado. Nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra a comunicação será feita às autoridades sanitárias que ordenarão a remoção do cadáver para o necrotério do respectivo Instituto de Medicina Legal, nos termos da legislação dos serviços médico-legais;

4.º — Promover com a possível urgência a intervenção da autoridade sanitária local em todos os casos de moléstias contagiosas consideradas graves e de fácil difusão ou de verificação de óbito determinado por essas doenças, abstendo-se em tais casos de passar a respectiva certidão;

5.º — Indicar na certidão de óbito a necessidade de enterramento urgente e antes do prazo legal em caso de epidemia ou moléstia contagiosa que assim o exija ou de outra qualquer circunstância que interesse à saúde pública, devendo preceituar, na ausência da respectiva autoridade sanitária, as condições de isolamento, transporte e inumação do cadáver;

6.º — Prestar, em casos de epidemia, os seus serviços profissionais, assistindo aos epidemiados e cooperando com as auto-

---

(*) Essas doenças são, como se sabe, as febres *tifóide* e *paratifóides, difteria, varíola, escarlatina, poliomielite, tifo exantemático* e outras *doenças do grupo exantemático,* (nomeadamente a *febre escaro-nodular* e outras ricketsioses) *meningite cérebro espinhal, disenteria bacilar, encefalite letárgica, lepra, sezonismo, peste, cólera e febre amarela.*

ridades sanitárias nas medidas profiláticas necessárias e tendentes a evitar a difusão da doença, sem prejuízo do direito a honorários por parte de quem tenha recursos para os satisfazer;

7.º — Cooperar com as autoridades na execução das medidas destinadas a reprimir o abuso de estupefacientes;

8.º — Prestar informações no que seja do seu conhecimento à autoridade sanitária local, sobre factos e circunstâncias que possam interessar à saúde pública, e bem assim responder, quando consultados pelas estâncias sanitárias, sobre matéria de higiene ou qualquer inquérito médico;

9.º — Obedecer às determinações das autoridades sanitárias, sem prejuízo do compromisso deontológico.

§ 1.º — O facultativo que fizer a participação a que se refere o n.º 1.º deste artigo deve promover a aplicação dos meios profiláticos adequados e coadjuvar, dentro da sua acção profissional e assistência clínica, a autoridade competente nas disposições que haja a pôr em prática para evitar a difusão de doença e nomeadamente nas medidas de desinfecção e isolamento.

§ 2.º — A obrigação de participação a que se refere o n.º 1.º compete no caso de hospitalização, à direcção do hospital respectivo, civil ou militar, devendo indicar-se o nome e domicílio do enfermo.

Art. 5.º — A infracção de quaisquer determinações das autoridades competentes destinadas a evitar a propagação de moléstias contagiosas, bem como do disposto nos n.os 4.º, 5.º, 6.º e 7.º do artigo 4.º, é punida com prisão até seis meses e multa de 500$00 a 2.000$00.

Art. 6.º — O médico que omitir a participação a que se refere o n.º 1.º do artigo 4.º será condenado em prisão até seis meses e multa de 500$00 a 5.000$00.

Art. 7.º — O médico que revelar em prejuízo de outrem e sem justa causa segredo que vier ao seu conhecimento em razão da sua profissão será condenado em prisão até seis meses.

§ 1.º — Há justa causa quando a revelação se torne necessária para salvaguardar interesses manifestamente superiores.

Em especial verifica-se a justa causa:

1.º — Quando a revelação à autoridade seja imposta por lei, como nos casos dos n.os 1.º e 3.º do artigo 4.º;

2.º — Quando haja suspeita de qualquer crime público.

§ 2.º — O médico não poderá recusar-se a depor em processo penal nos casos indicados no parágrafo anterior, a não ser que a pessoa assistida possa incorrer em responsabilidade penal.

§ 3.º — Pelo crime de revelação de segredo profissional só se procederá mediante acusação do ofendido.

Art. 8.º — A infracção ao disposto nos n.ºs 2.º e 3.º do artigo 4.º é punida com multa de 100$00 a 500$00, quando, por aplicação de outras disposições, não corresponda ao facto pena mais grave.

Art. 9.º — Incorre nas penas do artigo 224.º do código penal (1) todo o médico que, com propósito de impedir ou prejudicar a repressão penal, ateste ou certifique falsamente sobre as causas da morte ou moléstia de qualquer pessoa.

§ *único.* — As autoridades ou funcionários de serviços de saúde que concorrerem para mesmo resultado, omitindo deveres funcionais, serão condenados até seis meses de prisão e multa de 500$00 a 5.000$00 se não tiver lugar a pena de encobrimento.

Art. 10.º — A agravação da pena de aborto a que se refere o § 4.º do artigo 358.º do Código Penal (2) abrange todos os indivíduos que exerçam profissões auxiliares da medicina.

Art. 11.º — As receitas serão redigidas em lingua portuguesa, usando-se sempre que as circunstâncias o permitam folhas apropriadas em que se contenham impressos o nome e a morada do médico que as firme, sem emprego de abreviatura, com as doses expressas por extenso e de harmonia com o sistema decimal, datadas, e devendo o seu teor ser escrito a tinta e com letra bem legível, de forma a serem fàcilmente entendidas pelos farmacêuticos. Quando se prescreva dose menos usual deve esta assinalar-se, quer sublinhando as palavras que a indicarem, quer escrevendo-as não só por extenso mas também por algarismos.

---

(1) Art. 224.º — Serão condenados a prisão correccional e multa:

1.º — Todo o facultativo ou pessoa competentemente autorizada por lei para passar certificados de moléstia ou lesão, que, com intenção de que alguém seja isento ou dispensado de qualquer serviço público, certificar falsamente moléstia ou lesão que deva ter esse efeito.

(2) Art. 358.º, § 4.º - O médico ou cirurgião, ou farmacêutico que, abusando da sua profissão, tiver voluntàriamente concorrido para a execução deste crime, indicando ou subministrando os meios, incorrerá respectivamente nas mesmas penas, agravadas segundo as regras gerais.

§ 1.º — A infracção do disposto deste artigo é punida com multa de 100$00 a 500$00.

§ 2.º — Tratando-se de farmacos estupefacientes observar-se-ão as prescrições especiais impostas pelo § 2.º do Art. 6.º do Decreto N.º 12:210 de 27 de Agosto de 1926. (1)

Art. 12.º — Aquele que, sem qualquer título ou sem título bastante, praticar observação ou tratamento de pessoas por qualquer método ou processo que tenha por fim a cura de estados mórbidos ou incómodos de saúde, ou qualquer outro acto próprio da profissão médica, e bem assim aquele que assumir a direcção de qualquer dos actos compreendidos neste Art., incorre na pena do § 2.º, do Art. 236.º do Código Penal. (2)

§ 1.º — Se o crime for praticado com fim de lucro, a multa será elevada ao dobro.

§ 2.º — Se do tratamento resultarem consequências prejudiciais para a saúde do paciente, aplicar-se-ão, quando mais graves, as penas dos artigos 360.º e 361.º do Código Penal. (3)

---

(1) Art. 6.º § 2.º — As farmácias não fornecerão para o público os estupefacientes enumerados no artigo 2.º sem receita de médico habilitado, que, além da sua firma habitual nela escreverá, em carateres bem legíveis, o seu nome por extenso e a morada, assim como o nome e morada do doente. Estas receitas ficarão transcritas em livro especial.

(2) Art. 236.º, § 2.º — O que exercer acto próprio de uma profissão que exija titulo, arrogando-se, sem título, ou causa legítima, a qualidade de professor ou perito, será condenado na pena de seis meses a dois anos, e multa correspondente.

(3) Art. 360.º — A ofensa corporal voluntária de que resultar, como efeito necessário da mesma ofensa, doença ou impossibilidade de trabalho profissional ou de qualquer outro, será punida:

1.º — Se a doença ou impossibilidade de trabalho não durar por mais de dez dias, com prisão correccional até seis meses e multa até um mês;

2.º — Se a doença ou impossibilidade de trabalho se prolongar por mais de dez dias, sem exceder a vinte, ou produzir deformidade pouco notável, com prisão correccional até um ano e multa até dois meses;

3.º — Se a doença ou impossibilidade de trabalho se prolongar por mais de vinte dias, sem exceder a trinta, ou produzir deformidade notável, com prisão correccional e multa;

4.º — Se a doença ou impossibilidade de trabalho se prolongar por mais de trinta dias, com prisão correccional nunca inferior a dezoito meses e multa nunca inferior a um ano;

5.º — Se da ofensa resultar cortamento, privação, aleijão ou inabilitação

§ 3.º — Considera-se co-autor do exercício ilegal da medicina o médico que com o seu nome ou a sua responsabilidade encubra de algum modo actos compreendidos nesse exercício ilegal.

§ 4.º — Não incorre na pena referida no corpo deste Art. quem preste quaisquer socorros em caso de urgência e quando não seja possível o recurso à assistência médica.

Art. 13.º — Não têm título bastante para exercício da medicina e ficam porisso sujeitos às penas cominadas no Art. anterior:

1.º — Os médicos que, por condenação penal ou medida disciplinar, estejam inibidos do exercício da profissão;

2.º — Os farmacêuticos, a não ser quando prestem socorros de urgência, os droguistas e ervanários;

3.º — Todos os indivíduos que pertencendo às profissões auxiliares da medicina, pratiquem quaisquer actos estranhos à esfera da sua competência, determinada pelos respectivos diplomas e regulamentos da profissão.

§ 1.º — Os indivíduos indicados nos n.os 2.º e 3.º, além das penas que lhes couberam pelo exercício ilegal da medicina, serão, em caso de reincidência, inibidos do exercício da sua profissão por 3 anos, contados a partir do termo da prisão.

§ 2.º — Os farmacêuticos que cumulativamente exerçam qualquer profissão auxiliar da medicina, mesmo que possuam o respectivo diploma, serão condenados em multa de Esc. 1.000$00 a 5.000$00.

Art. 14.º — Praticam actos estranhos à sua competência profissional:

1.º — As parteiras:

a) — Que procedam a operações obstétricas ou utilizem outros instrumentos além dos permitidos em enfermagem obstétrica;

---

de algum membro ou orgão do corpo, com prisão maior celular de dois a oito anos, ou, em alternativa, com a pena de degrêdo temporário.

Art. 361.º — Se, por efeito necessário da ofensa, ficar o ofendido privado da razão ou impossibilitado por toda a vida de trabalho, a pena será a de prisão maior celular de dois a oito anos ou, em alternativa, a de prisão maior temporária.

§ *único.* — A mesma pena agravada será aplicada se a ofensa corporal for cometida voluntàriamente mas sem intenção de matar, e contudo ocasionar a morte.

b) — Que façam exames ou tratamentos ginecológicos sem imediata direcção médica;

c) — Que, fora dos casos de urgência, prescrevam ou administrem por sua iniciativa qualquer medicação de uso interno, ou que, nos casos de urgência por motivos de acidentes que precedam, acompanhem ou sigam os partos distócicos respeitantes à parturiente e recem-nascidos, prescrevam medicamentos que não estiverem incluídos na lista que for elaborada pela Direcção Geral de Saúde, mediante parecer dos professores de obstètrícia das Faculdades de Medicina;

2.º — Os enfermeiros que, fora dos casos de urgência, procedam a tratamento sem imediata indicação e vigilância de um médico;

3.º — Os oculistas que, por meio de escalas optométricas ou qualquer outro processo, procedam à escolha de lentes correctoras de defeitos visuais;

4.º — Os ortopedistas que, sem prescrição médica, forneçam aparelhos correctores de vícios anatómicos ou funcionais;

5.º — Os mecânicos protésicos que executem trabalhos de cirurgia dentária ou forneçam aparelhos de prótese sem prescrição de médicos estomatologistas ou odontologistas;

6.º — Os odontologistas que não se limitem ao exercício de cirurgia e prótese dentária e prescrevam medicamentos de uso interno.

§ 1.º — Os estudantes de Medicina, os enfermeiros, empregados de estabelecimentos destinados ao tratamento de doentes e, de um modo geral, todos os auxiliares dos médicos podem prestar aos doentes os serviços que lhes forem indicados por aqueles sob cuja efectiva direcção trabalhem.

§ 2.º — As parteiras são obrigadas a suscitar a imediata intervenção médica sempre que no decurso das gestações, partos ou puerpérios se lhes depare algum parto anormal ou abôrto, sob pena de multa de 1.000$00 a 5.000$00; se a intervenção médica se não seguir prontamente, devem as parteiras, sob a mesma cominação, participar a ocorrência à Direcção Geral de Saúde no prazo de quarenta e oito horas.

Art. 15.º — Todos os indivíduos que com o nome de magnetizadores, ocultistas, videntes, quiromantes, naturistas, fisioterapeutas ou semelhantes empreguem práticas, medicações ou quaisquer processos com os quais procurem sugestionar doentes,

e, de um modo geral, todos os charlatães que usem de processos análogos com o mesmo fim, serão condenados na pena a que se refere o artigo 12.º.

§ *único*. — Na mesma responsabilidade incorrem os que empreguem processos ou medicamentos secretos.

Art. 16.º — É proibido o anúncio ou propaganda de medicamentos ou substâncias medicinais, de águas medicinais ou de quaisquer meios ou métodos de tratamento de doenças quando não autorizados por visto da Direcção Geral de Saúde. A infracção ao disposto neste artigo é punida com multa de 500$00 a 1.000$00.

§ *único*. — O anúncio e propaganda de antigenésicos e abortivos são proibidos, nos termos do artigo 11.º do decreto n.º 17.636, de 18 de Novembro de 1929. (1)

Art. 17.º — Os farmacêuticos que fornecerem substâncias medicinais em desacordo com a receita médica serão condenados na pena de prisão até dois anos e multa de 1.000$00 a 5.000$00.

Art. 18.º — Os droguistas e ervanários que vendam produtos medicamentosos além dos consentidos por lei incorrem na pena de multa de 500$00 a 2.000$00.

Art. 19.º — Os estabelecimentos destinados ao tratamento ou recepção de doentes e de grávidas ou puérperas, quaisquer que sejam os processos empregados, não podem funcionar senão sob a direcção e responsabilidade de profissionais em condições legais de exercer a medicina em Portugal. Os directores são obrigados a participar a existência dos aludidos estabelecimentos à Direcção Geral de Saúde e à Ordem dos Médicos no prazo de sessenta dias. Os estabelecimentos que não estiverem nas condições indicadas neste artigo serão encerrados, mediante requerimento da Ordem dos Médicos, pela polícia de segurança pública.

Art. 20.º — Pela forma indicada no artigo anterior será encerrado o consultório médico, seja qual for a sua designação ou modalidade, que funcione sem que seja dirigido por médico

---

(1) Art. 11.º — Os medicamentos e as substâncias medicinais podem ser anunciadas por forma que as informações postas em público correspondam a valor terapêutico reconhecido e não tendam ao charlatanismo, quer por palavras quer por gravuras, mas é proibido o anúncio de substâncias empregadas como antigenésicos e abortivos, seja a que título e que maneira for.

ou médicos em condições de exercer a profissão, de harmonia com o presente diploma.

Art. 21.º — Precedendo autorização sanitária, é permitida a fabricação e venda de acessórios médicos, tais como cintos e coletes para fins terapêuticos, fundas e peças protésicas, lentes e aparelhos de óptica médica e outros, sendo consentido aos fabricantes vendedores darem explicações necessárias à sua aplicação, mas abstendo-se de exercerem qualquer acto susceptível de ser qualificado como tratamento ou para cuja execução seja necessário o conhecimento da fisiopatologia ou defeito orgânico ou funcional a corrigir.

§ 1.º — Os objectos indicados no corpo deste artigo cuja fabricação e venda não tenha sido competentemente autorizada serão apreendidos, ficando os fabricantes ou vendedores sujeitos à pena de multa de 2.000$00 a 10.000$00.

§ 2.º — Nunca pode ser autorizada a venda de acessórios médicos, ou apresentados como tais, cujas propriedades ou efeitos sejam contrários à moral ou aos bons costumes ou capazes de interromper ou perturbar de qualquer modo a marcha fisiológica da gravidez.

A fabricação ou venda de tais objectos acarreta além da multa cominada no número anterior, o encerramento do estabelecimento industrial que os fabricou e vendeu, por 15 a 30 dias.

Art. 22.º — Podem os médicos que não façam clinica dirigir laboratórios de preparação de soros, vacinas e produtos congéneres, devidamente instalados, mediante autorização e fiscalização da Direcção Geral de Saúde.

Art. 23.º — A Ordem dos Médicos e as associações de carácter científico integradas ou não na Ordem, de harmonia com a lei, deverão responder a todas as consultas que os tribunais lhes dirijam sobre questões que interessem ao exercício da profissão médica.

Art. 24.º — A Ordem dos médicos pode exercer o direito de acção judicial ou intervir no decurso de processos judiciais, quando isso se justifique pelo uso das suas atribuições de fiscalização e disciplina da profissão, em especial nos casos de ilegal uso de título ou exercício da profissão médica.

§ *único.* — Nestas hipóteses é a Ordem isenta de custas e de quaisquer encargos.

Art. 25.º — As acções de honorários dos serviços médicos seguirão os termos do processo sumário, seja qual for o seu valor.

§ *único.* — Nenhuma acção de honorários poderá ser proposta sem parecer do Conselho Geral da Ordem.

Art. 26.º — O arrolamento, busca e diligências similares em locais onde o médico exerça a profissão, ou em dependências desses locais, devem ser presididos pelo juiz ou por outra autoridade que os tenha ordenado, ou seu substituto legal.

§ 1.º — A autoridade que presidir à diligência convocará, para assistir a ela, o presidente do Conselho Regional da Ordem nas comarcas onde existir tal Conselho, o qual poderá delegar em qualquer dos outros vogais; e, nas restantes comarcas, o presidente da Delegação provincial respectiva, que poderá delegar em qualquer inscrito.

§ 2.º — Não podem ser apreendidas as fichas dos doentes, correspondência, papéis ou outros objectos que envolvam segrêdo profissional, salvo quando se trate de facto criminoso, hipótese em que a apreensão se fará, mas na medida em que tais coisas interessem à prova daquele facto.

§ 3.º — A simples imposição de sêlos não fica dependente da convocação de qualquer das entidades referidas no § 1.º.

Art. 27.º — Quando algum médico ou auxiliar da medicina for condenado em pena maior por algum crime cometido no exercício da sua profissão, o tribunal declará-lo-á incapacitado para o exercício da profissão pelo período de 5 a 10 anos, que começará a contar-se a partir do termo da pena de prisão.

A disposição deste artigo não prejudica a competência da Ordem dos Médicos para aplicar as sanções mais graves que couberem em face dos seus regulamentos disciplinares.

Art. 28.º — O médico que como tal causar, dolosa ou culposamente, um dano injusto a outrem constitui-se na obrigação de o reparar.

Esta obrigação compreende o dano não patrimonial.

A indemnização, não podendo apurar-se o preciso equivalente pecuniário do dano, será fixada de harmonia com o disposto no artigo 34.º, § 2.º do Código de Processo Penal. (1)

---

(1) Art. 34.º, § 2.º — O quantitativo da indemnização será determinado segundo o prudente arbitrio do julgador que atender à gravidade da infracção, ao dano moral e material por ela causado, à situação económica e à condição social do ofendido e do infractor.

§ *único.* — A disposição deste artigo é extensiva aos auxiliares da medicina e àqueles que, embora não possuindo qualquer título ou título bastante, a exerçam.

Art. 29.º — Tratando-se da apreciação da responsabilidade cívil a que se refere o artigo anterior, o tribunal deverá pedir o parecer técnico do Conselho Geral da Ordem dos Médicos.

Para tal efeito marcará um prazo, que pode ser prorrogado por uma só vez, a requerimento da mesma Ordem. Findo este prazo sem que o parecer seja enviado, prescindir-se-á dele.

Publique-se e cumpra-se como nele se contém.

Paços do Governo da República, 29 de Julho de 1942 — ANTÓNIO ÓSCAR FRAGOSO CARMONA — *António de Oliveira Salazar — Mário Pais de Sousa — Adriano Pais da Silva Vaz Serra — João Pinto da Costa Leite — Manuel Ortins de Bettencourt — Duarte Pacheco — Francisco José Caeiro — Mário de Figueiredo — Rafael da Silva Neves Duque.*

Topografias Médicas [1]

Convidado a vir aqui dizer algumas palavras acerca das vantagens que Delegados e Subdelegados de Saúde podem tirar das Topografias Médicas, vou tentar expor-lhes algumas considerações sobre esses trabalhos, a maneira como devem ser orientados e as vantagens que eles realmente podem oferecer-nos.

Será conveniente, antes de mais nada, definirmos o objecto do nosso estudo.

Não se pense que as Topografias Médicas constituem novidade, visto que já alguns colegas nossos do século passado as defenderam e até o Decreto sobre matéria sanitária de 1837 impunha a todo o Delegado de Saúde distrital a elaboração de semelhante Topografia.

Mas, o que deve realmente entender-se por uma Topografia Médica? Tomada a expressão no seu sentido mais restrito, nós poderíamos dizer que uma Topografia Médica é constituída pela exposição de todos os elementos que, directa ou indirectamente, concorrem para a salubridade ou insalubridade duma dada região. Mas é preciso ir mais longe: estudar não sòmente as condições do meio, mas também o próprio indivíduo, no seu valor fisiológico, na sua alimentação, na sua habitação, nos seus usos e costumes; estudar as doenças mais frequentes, os seus processos de aparecimento ou eclosão, o índice obituário de cada uma, as povoações mais atingidas; mencionar ainda como os serviços de saúde se encontram preparados e apetrechados para fazer face a essas doenças; as instituições de assistência que se encontram

---

(1) Lição no 4.º Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, realizada no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

montadas; as estâncias climatéricas e hidroterapêuticas existentes; o arrolamento dos alienados, dos paralíticos, dos cegos, dos surdos-mudos...

Numa palavra: *a Topografia Médica duma dada região deve compreender a exposição de todos os elementos que, directa ou indirectamente, dizem respeito à saúde ou à doença da população respectiva.*

Implìcitamente quero dizer que aquilo que não diz respeito à saúde nem à doença não cabe numa Topografia Médica. Interessa-nos por exemplo saber como são as casas onde se vive, os alimentos que se comem, as bebidas que se ingerem, as condições em que se trabalha e tudo isso constitue matéria obrigatória duma Topografia Médica. Mas, os cantares que se ouvem nos trabalhos agrícolas, as danças usadas nas romarias e as lendas que se contam à lareira, tudo isso interessa menos num estudo médico-sanitário e diz mais respeito ao folclore regional.

Posto este preâmbulo, com que procurei definir as Topografias Médicas, vou tentar desenvolver um pouco este tema e dizer-lhes como entendo que deve ser orientado um trabalho desta natureza.

Quer diga respeito a uma pequena região, como são uma freguesia ou concelho, quer abranja uma região muito maior, como são um Distrito ou uma Província, sempre devemos começar por fazer uma descrição das condições naturais que caracterizam a região a estudar.

A sua situação geográfica, a sua extensão, limites, latitude, longitude e altitude serão os primeiros elementos do nosso estudo, aos quais devemos acrescentar uma notícia sobre montes e vales, rios, lagos e pântanos, porque tudo isso terá importância na salubridade duma região ou na explicação de algumas das doenças mais frequentes.

Deve ir mais longe o estudo das condições naturais, porque a natureza geológica dos terrenos poderá orientar-nos sobre a boa ou má qualidade das águas subterrâneas, sobre os materiais de construção das habitações, sobre a rapidez ou morosidade na consumição dos cadáveres, etc.

Interessa-nos a indicação da fauna, porque muitos dos animais existentes, mamíferos, répteis, insectos, etc., têm alta importância na disseminação de várias doenças, como a tuberculose, a febre de Malta, o sezonismo, etc. e igualmente nos

interessa a flora, porque, além das plantas destinadas à alimentação dos homens e animais, a despeito de todos os progressos da terapêutica, de muitas plantas se lança ainda mão para as indisposições mais comuns, como sucede com a avenca, a tília, o morangueiro, o fel da terra, etc.

Mas o que sobretudo terá maior importância entre as condições naturais é o estudo do clima.

O estudo das temperaturas; a apreciação da diferença entre as temperaturas médias de inverno e as temperaturas médias do verão, ou seja o *Yearly fluctuation* dos higienistas ingleses; o estudo dos ventos dominantes, da humidade atmosférica, da nebulosidade, das chuvas, tudo isto tem uma importância considerável para o clínico, quando é chamado a intervir junto dos doentes, mas tem uma importância ainda maior para o Delegado ou Subdelegado de Saúde quando é chamado a expor a sua opinião sobre a localização a dar a um hospital, a uma escola, a um bairro ou a um cemitério.

Ultimamente tem-se insistido também na influência que a electricidade atmosférica exerce sobre a saúde e a doença. Assim parece que a electricidade atmosférica negativa exerce sobre o homem uma influência de calma e depressão e pelo contrário a electricidade positiva tem um efeito estimulante.

Crê-se que a ionização e a radioactividade da atmosfera têm igualmente influência sobre as enxaquecas, a fadiga, a dispneia, etc. e até sobre o aparecimento e evolução das doenças infecciosas.

Trata-se dum assunto que se encontra ainda em fase de observação, estudo e controversia. Mas as nossas Estações Meteorológicas precisam de começar a recolher os elementos de electricidade atmosférica, pois é natural que médicos e outros profissionais bem cedo comecem a reclamá-los.

Por isso, se alguns dos colegas empreender a realização duma Topografia Médica, e de desejar é que elas se vão fazendo por todo o País, deve começar por fazer um estudo conscienciosо das condições naturais da região, servindo-se para tanto da sua observação, da literatura existente, dos dados fornecidos pelos Postos Meteorológicos regionais, porque uma exposição metódica e completa das condições naturais constitue o alicerce indispensável para a elaboração duma Topografia Médica.

Posto isto, entremos em linha de conta com a população e comecemos por lhe fixar as características antropológicas.

No decurso dos séculos foram tantas as torrentes de migração humana e as deslocações de indivíduos e famílias, que se deu uma mestiçagem das antigas raças.

Em todo o caso, numa ou noutra região, pode ainda assimilar-se a preponderância de determinado tipo. Assim, por exemplo, se lançarmos mão dos números obtidos pelo Instituto de Antropologia de Coimbra, em mensurações de muitos milhares de crânios portugueses, nós podemos concluir que o habitante de Traz-os-Montes e Beira, e sobretudo o habitante da parte setentrional do Distrito de Vila Real, realiza ainda, com relativa pureza, o tipo dolicocéfalo do *Homo mediterraneus*, com o seu crânio alongado, a face estreita, a estatura baixa, a pele morena, os olhos escuros, os cabelos pretos ou castanhos-escuros.

Não temos meios fáceis para averiguar o vigor físico das populações, mas, na impossibilidade de conseguirmos meios de apreciação mais fiéis, poderemos socorrer-nos das percentagens de mancebos apurados para as fileiras pelas Juntas militares de recrutamento. Certo é que, tanto o conhecimento desse vigor físico como o conhecimento do psiquismo das populações, fazem muita falta aos médicos sanitaristas e devem ser registados em qualquer Topografia Médica.

Somos tentados a impor umas certas medidas de salubridade, queremos realizar umas certas campanhas de profilaxia imunizante, sentir-nos-emos impelidos ou obrigados a mostrar uma opinião desfavorável a determinadas iniciativas locais; precisamos por isso, antes de mais nada, de prever a reacção que vamos provocar, não para modificarmos a nossa atitude, mas sim para conseguirmos que as nossas palavras e acções sejam compreendidas e mais ou menos aceites.

E visto que da população falamos ocupemo-nos agora da demografia.

Uma Topografia Médica há de mencionar a população da região, porque sempre há de interessar a um Delegado ou a um Subdelegado de Saúde o número de pessoas por cuja saúde pública são os responsáveis; a densidade populacional das diversas freguesias ou concelhos; o crescimento ou decrescimento populacional, para se averiguar quais as razões dum ou doutro; se é grande a taxa de nascimentos, de casamentos, de óbitos, de emigrantes, de divórcios; a percentagem dos filhos legítimos e ilegítimos, para de tudo tirarmos ilações, chegarmos a con-

clusões e apresentarmos as soluções que nos parecerem mais aconselháveis; interessa igualmente ao sanitarista, quando se apresentam os problemas de abastecimento de águas potáveis, da drenagem dos esgotos, da profilaxia das doenças infecciosas, saber se a população se encontra concentrada em cidades e vilas, ou aglomerada em aldeias ou dispersa por quintas e logarejos.

Finalmente, ainda no Capítulo da *população*, interessa-nos particularmente debruçarmo-nos sobre os mapas do obituário, investigando onde as taxas de mortalidade são mais elevadas e mais baixas, se essas taxas mostram tendência a subir ou a baixar, qual é a taxa de letalidade por cada doença ou grupo de doenças, dentro da nomenclatura nosológica abreviada, qual a percentagem de falecimentos pelas diversas idades, quantos os longevos com mais de 80 anos e com mais de 100 anos, procurando sempre fazer um confronto entre as taxas que as estatísticas nos revelam na nossa região e as taxas da mesma ordem referidas a todo o País.

Por tudo quanto venho dizendo vêem os meus colegas que, se uma Topografia Médica reune um grande número de elementos úteis aos Poderes Públicos, aos clínicos, às populações, eles serão sobretudo proveitosos, direi mesmo imprescindíveis, aos médicos sanitaristas, que têm de velar pela saúde pública das regiões que lhes estão entregues.

* * *

Uma vez que falámos das condições naturais e da população, natural é que falemos agora das condições do meio, dependentes da própria vontade do homem.

Interessa-nos particularmente saber qual é ou quais são as profissões dominantes, porque, ou seja a agricultura, ou seja o trabalho das fábricas, ou seja o trabalho no mar, sempre qualquer de essas actividades há de predispor o trabalhador para umas certas doenças. Assim o agricultor, mais exposto aos rigores do clima, contrairá mais frequentemente reumatismos, pneumonias, bronquites; o mineiro e o pedreiro serão mais vezes vítimas da pneumoconiose; o pintor, dos envenenamentos saturninos; o operário de fábrica e de construção civil, dos acidentes de trabalho.

Mas as profissões não têm para o sanitarista apenas aquela importância directa de que falei. Elas reflectem-se também nos modos de alimentação, no uso das bebidas, na maneira de ser e pensar dos homens, cuja saúde nos cumpre vigiar e melhorar.

É a altura de dizer que a situação económica da população precisa de entrar também no nosso conhecimento, porque amanhã, em face de obras de saneamento que é preciso impor, em face de doenças que urge combater, em presença de medidas de sanidade que convém tomar, o médico sanitarista carece de saber até que ponto vão as possibilidades económicas da maioria das famílias que estão sob a sua jurisdição sanitária.

Ainda mais: se quizermos que as nossas directrizes sejam compreendidas e as nossas medidas profilácticas sejam aceites, precisamos de entrar também em linha de conta com a instrução e educação das massas, com os seus hábitos, com a influência exercida pela vida militar, pela permanência nas nossas Colónias ou em Países Estrangeiros. Tudo isto equivale a dizer que a elaboração duma Topografia Médica é trabalho árduo e vasto, porque precisa de conter todos os elementos que directa ou indirectamente interessem às múltiplas e variadas funções dos Delegados e Subdelegados de Saúde.

Outro assunto a focar, da mais alta importância, é o problema da habitação. Por toda a parte, em cidades, vilas e aldeias, a grande maioria das famílias econòmicamente débeis vivem em casas deploráveis: nós temos que sabê-lo e temos que o dar a saber. Recordo-me de que durante alguns anos dirigi um Dispensário da Assistência Nacional aos Tuberculosos numa cidade de província e nesses tempos visitava em suas casas os enfermos inscritos, inquiria dos seus hábitos de trabalho, das suas tendências para os hábitos alcoólicos, e por vezes surpreendia até as suas dificuldades económicas e os próprios espinhos familiares. Do conjunto desses inquéritos médico-sociais gerou-se-me a convicção de que a tuberculose pulmonar, aí, nessa cidade e seus subúrbios, aparecia, menos por deficiências de alimentação e excessos de trabalho ou quaisquer outros, mais por um defeito da habitação, que era muitas vezes um antro nauseabundo e acanhado, sem sol, sem ar e sem luz.

E tudo isto nós precisamos de saber para compreendermos aquilo que se passa e para informarmos os poderes públicos de aquilo que conviria fazer-se.

* * *

Chegamos ao problema da alimentação. Como se repartem as refeições dos nossos obreiros? De que pratos consta cada uma dessas refeições? Quais são os alimentos predilectos? Em que quantidades são usados? Quais são as bebidas habituais e em que medida? A ementa usual garante ao trabalhador um razoável valor energético, em relação com o seu género de trabalho? Receberão ele e os seus filhos o complexo vitamínico de que têm necessidade?

Isto em primeiro logar. Mas há mais. Se usam o leite e o queijo, não serão estes alimentos o veículo de tantas e tão graves enfermidades? Faz-se ordinàriamente a análise do leite e a inspecção dos animais que o fornecem? Emprega-se nas vacas a reacção à tuberculina? Faz-se nas cabras a pesquiza de bruceloses? Estes e muitos outros problemas de higiene alimentar têm de ser encarados e constar duma Topografia Médica para que os sanitaristas, as autoridades e o próprio público conheçam os dados dum problema que a todos interessa.

Um assunto de especial relevo numa Topografia Médica será também a questão das águas potáveis para abastecimento das populações.

Até há pouco, o que predominava nas nossas aldeias era a clássica fonte de mergulho, pequeno poço emparedado, ao fundo da povoação, inquinado pelas escorrências de estábulos, estrumeiras e caminhos, através do sub-solo ou mesmo à superfície do solo. Assim se originavam e originam ainda os focos epidémicos de tifóide e outras doenças, mas é certo que, nestes últimos 20 anos, tem sido muito grande o esforço realizado, no sentido de se explorar boa água, canalizá-la e levá-la ao seio de cada aldeia. Em todo o caso temos nós, Delegados e Subdelegados de Saúde, de insistir com as Câmaras para que essa obra continue, até vermos atafulhada e destruida a última fonte de mergulho. Para isso seria conveniente que uma Topografia Médica, ordenada e actualizada, existisse em cada concelho, para o Subdelegado de Saúde poder a todo o momento informar os poderes públicos das povoações que mais urgentemente carecem de abastecimento de água potável.

Mais duas observações àcerca do abastecimento de água às aldeias.

Muitas vezes, na ânsia de se conseguir um progresso que tanto se pretende, concedem-se a empreiteiros e mestres de obras facilidades em demasia, as canalizações são mal postas e há depois roturas e inquinações. Sei duma aldeia, onde, para haver uma epidemia de febre tifóide, foi preciso ir à serra buscar água e canalizá-la no espaço de alguns quilómetros. Não foi difícil descobrir a razão desta contrariedade: a tubagem, mal assente, tinha partido e a água era conspurcada com dejectos dum lameiro e dum caminho.

Poucas vezes se tem feito nas aldeias a distribuição de água a domicílio. Mas isso corresponde a uma necessidade, porque a nossa gente do campo, sobretudo no Norte, é pouco asseada, avessa à água e à limpeza e para lhe incutir bons hábitos, induzi-la à lavagem frequente dos corpos, das casas e dos estábulos, seria da maior conveniência levar-lhe a água a casa e em grande quantidade.

Até aqui fiz algumas considerações sobre o abastecimento de água às aldeias. Encaremos agora o problema do abastecimento às cidades e vilas.

É minha convicção que, em terrenos geralmente impermeáveis, dando lugar a fracos lençois de água de infiltração, há grande dificuldade em obter, por exploração de minas, a água necessária para a distribuição a domicílio, numa povoação que tenha mais de 5 mil e sobretudo se tiver mais de 10 mil habitantes.

Mais uma vez se reconhece que a quantidade e qualidade andam em razão inversa. Em regiões de terrenos pouco permeáveis concebe-se que a água filtrada vagarosamente tenha possibilidade de ser uma água boa, mas, por essa mesma razão, será também quase sempre água em diminuta quantidade.

Quero apresentar o exemplo das povoações mais populosas do meu Distrito, que são, indo do Norte para o Sul, Chaves, Vila Real e Régua.

Chaves e Vila Real quiseram dar-se ao luxo de beber apenas água de minas. Andam em trabalho de exploração há mais de 20 anos, cada uma dessas cidades já colectou e reuniu água de cerca de 20 minas, mas ainda só tem metade da água de que necessita, porque apenas possue, no tempo de maior estiagem, 50 litros por dia e habitante.

A vila da Régua contentou-se em ir buscar água ao Rio Corgo. Aspira-a, eleva a, filtra-a em tanques de areia e distribue-a aos domicílios, na quantidade que quere. Esta água é aspirada no Rio Corgo 20 quilómetros abaixo do ponto onde desaguam os esgotos, sem qualquer tratamento, da cidade de Vila Real. Contudo e apesar de tudo, em Vila Real aparecem alguns casos de febre tifóide e na Régua não.

Nós conhecemos, pelos livros de Higiene, a razão destes fenómenos. Mas todos estes factos devem ser assinalados numa Topografia Médica, para que os médicos sanitaristas reflictam sobre eles e baseiem opiniões que sejam convidados a expor.

Outro problema que teremos a encarar é o que se refere a saneamento. Numa cidade ou numa vila de certa importância populacional, há que encarar a construção duma rede de saneamento, abrangendo todas as ruas, largos e travessas, por forma a que todas as casas possam fazer a ligação dos canos de escoamento dos seus dejectos. Essa rede de saneamento lançar-se-á depois num curso de água, passando ou não prèviamente por uma estação depuradora.

Isto é o que se está realizando duma maneira geral por todas as nossas cidades e vilas, mas o problema torna-se muito mais grave quando atentamos no saneamento das aldeias. Será difícil que aí possam estabelecer-se redes de saneamento, dado o elevado custo dessas obras, e então o que poderemos aconselhar é a construção de fossas-mouras e fossas sépticas.

Poderá objectar-se que muitos moradores nas aldeias terão poucas possibilidades económicas para construção de quartos de banho e canalizações para fossas-mouras, mas o Estado e as corporações administrativas poderiam talvez ajudar a realização dessas obras, visto que de higiene social se trata. Em França por exemplo foram publicadas leis em 1940 e 1942 que autorizam o Estado a comparticipar em obras que dizem respeito à higiene da habitação dos seus camponeses.

Outro problema a expor num trabalho de Topografia Médica: a higiene materno-infantil.

Sabe-se que no nosso País a diarreia infantil causa «grosso modo» 10 % dos óbitos, mas há regiões onde ela causa perto de 20 % dos óbitos verificados. É conveniente fazer um inquérito sobre este assunto, compreendendo todas as causas da nado-

-mortalidade e da mortalidade infantil, desde o abortamento espontâneo ao abortamento provocado, desde as causas da debilidade congénita aos erros e vícios da alimentação dos recemnascidos, desde a falta de assistência à grávida à falta de socorros médicos à criança.

Na hora actual já temos diversos Centros de Assistência Materno-Infantil a trabalhar com os melhores resultados, nos centros populacionais mais importantes e aí já se pôde verificar uma descida na mortalidade infantil. Mas há que multiplicar esses Centros e estudar a forma como se poderão estender os seus benefícios às populações serranas, precisamente as mais necessitadas desses recursos e desse ensino. Uma Topografia Médica deve explicar o que se passa nesta matéria e o que conviria fazer-se. Entendo que o médico municipal e o médico da Casa do Povo mais uma vez terão ocasião para realizar uma grande tarefa. Postos materno-infantis deviam ser criados nas aldeias mais importantes, com uma visita semanal pelo médico e com uma assistência permanente duma visitadora, que irradiaria pelas aldeias mais próximas e provocaria a visita do médico sempre que fosse necessária. Tem-se dito que o médico municipal, porque é um policlínico, não é um pediatra, mas eu direi também que ele não é oftalmologista, nem obstétrico, nem ortopedista, mas se vê dia a dia compelido a invadir o campo de todas as especialidades.

Outras questões de higiene social devem ser abordadas numa Topografia Médica.

Os mercados. Existem locais especialmente reservados, bem situados, batidos pelo sol, com escoamento fácil dos desperdícios alimentares, com alpendres para resguardarem da chuva e da canicula? Eis aqui um problema de acentuada importância, não sòmente para toda a população em geral, que aos mercados precisa de recorrer para fazer os seus abastecimentos, mas, duma maneira especial, para os vendedores, que aí têm de permanecer largas horas. Sei dum mercado construído numa terra de província, contra a opinião expressa da autoridade sanitária local, porque ficou acanhado, virado a Norte, isento de sol durante todo o inverno. Quando o Ministro das Obras Públicas visitou essa terra declarou que o mercado era detestável e urgia transplantá-lo para outro local e nós aproveitámos a ocasião para dizer ao Presidente dessa Câmara que sempre e em todos os tempos

fôra conveniente ouvir em determinados assuntos a opinião dos médicos sanitaristas.

Os *hotéis*, *restaurantes*, *pensões*, *hospedarias*, *cafés* e *tabernas* merecem também a nossa atenção e de eles nos devemos ocupar mencionando as suas condições de asseio, os seus sistemas de esgotos, o conforto que oferecem aos seus clientes, sempre expostos nessas casas á contaminação por graves doenças. Mas mais uma vez se dirá que o particular tem de se subordinar ao público, e não será fácil que um hotel ou pensão, em qualquer localidade, tenham boas condições sanitárias, enquanto a respectiva Câmara Municipal não tiver estabelecido uma rede de água potável com distribuição a domicílio e uma rede geral de saneamento.

A este assunto de casas de hóspedes pode também ligar-se o de *casas de reunião*, *teatros*, *cinemas*, *clubes*, etc., de cujas condições higiénicas sempre nos devemos aperceber, indicando os melhoramentos a introduzir e tudo fazendo constar da respectiva Topografia Médica. E, para fecharmos este capítulo de higiene social, uma referência especial devemos fazer tambem às *Cadeias*. Geralmente existe uma cadeia na sede de cada comarca e de cada julgado municipal; mas, àparte alguns, raros, edifícios que se têm levantado nesta ou naquela comarca, a grande maioria das cadeias estão instaladas em velhos casarões, antros nauseabundos, absolutamente destituídos de quaisquer condições de higiene. Não raro, encontram-se numa sala uma dúzia de presos, que satisfazem todas as necessidades fisiológicas, ali mesmo, numa bacia que é despejada de 24 em 24 horas. Manda o Código Penal aplicar uns tantos meses ou anos de prisão a cada culpado, mas não exige que se negue a esse culpado o mínimo de condições higiénicas. Acabada a pena, cada recluso deve ficar quite com a sociedade e não deve saír cá para fora com a sua saúde inteiramente arruinada, comprometida para o resto da vida.

Não tem sido este assunto devidamente considerado, mas compete-nos a nós, Delegados e Subdelegados de Saúde, apontá-lo em qualquer trabalho de Topografia Médica, referindo ainda as condições de alimentação dos reclusos e tudo o mais que diga respeito á sua assistência física e moral.

* * *

Vejamos entretanto como devemos encarar as diferentes doenças que podem assaltar as populações. Entendo que, para nós, médicos sanitaristas, todas as doenças podem ser catalogadas em três grupos: doenças infecciosas, doenças sociais e doenças organo-degenerativas. Diga-se desde já que esta divisão é um tanto arbitrária e convencional, porque a tuberculose pulmonar, por exemplo, sendo uma doença infecciosa, encorpora-se ordinàriamente nas doenças sociais, e neste mesmo sector se situa o cancro, apesar de ser uma doença organo-degenerativa.

O grupo das doenças infecciosas, pelas medidas profiláticas que é preciso antepôr-lhes, pelo seu poder de difusão, pela alta gravidade que muitas vezes assumem, é naturalmente aquele que mais interessa a médicos sanitaristas' e aquele que mais relevo deve ter em qualquer Topografia Médica que empreendamos.

Sabem todos que há umas tantas doenças infecciosas, cuja comunicação de casos existentes é por lei obrigatória para todos os médicos, sanitaristas ou não. Será a essas que nós prestaremos principalmente a nossa atenção numa Topografia Médica. É claro que dado o carácter sintético e de rápida exposição que estou fazendo, não posso agora encarar todas essas doenças, uma por uma, mas bastará dizer-lhes algumas palavras sobre uma de elas, para fixarmos as teclas que principalmente devemos bater dentro de cada unidade nosológica.

Escolhamos por exemplo a febre tifóide, doença infecciosa que, por quase todo o País, tomou um aspecto endemo-epidémico.

Antes de mais nada devemos dizer que não é o aspecto clìnico da doença que mais nos deve preocupar ao gizar uma Topografia Médica. A sintomatologia, as formas clínicas, os processos laboratoriais, a terapêutica, tudo se encontra nos tratados de Medicina e tudo reveste um carácter mais ou menos uniforme por toda a parte. Pelo contrário, o que nós devemos assinalar principalmente numa Topografia Médica é tudo o que representa um cunho local ou regional, isto é: a distribuição da doença por concelhos, freguesias e lugares; as fontes da origem da doença; a morbilidade e a letalidade correspondentes; as obras que os poderes públicos têm realizado para contrariar o aparecimento e desenvolvimento da doença; as medidas que se têm aconselhado

a esses mesmos poderes públicos e às populações; as vacinações empregadas e o resultado que com elas se tem tirado. Isso é que terá especial cabimento numa Topografia Médica. Comparemos os números de morbilidade e letalidade, da região que estudamos, com os números idênticos do País para vermos qual é a posição relativa da nossa região em febre tifoide, em varíola e difteria, etc.

Mas não podemos nem devemos ficar-nos pelas doenças de notificação obrigatória. Uma referência especial nos merecem outras doenças infecciosas como o sarampo, o tezorelho, a diarreia infantil, a gripe, a pneumonia, o carbunculo, a febre de Malta, o calazar, o tétano, a erisipela, a raiva, etc. Acerca de todas essas doenças devemos dar conhecimento dos factores que possam revestir importância regional: a sua frequência, o seu modo de eclosão, as idades e o sexo preferidos, a mortalidade, a profilaxia empregada, a medicação mais eficiente.

Quero falar agora especialmente de alguns assuntos que dizem respeito à Profilaxia Geral e começarei pela Notificação. Sabem os colegas que, pelo Decreto n.º 13.166, de 28 de Janeiro de 1927 e mais modernamente pelo Art. 68.º do Decreto n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945, todos os clínicos são obrigados a participar às autoridades sanitárias das suas zonas os casos de doença, que vão surgindo na sua clínica, dentro das doenças especificadas, de notificação obrigatória.

Manda a verdade que se diga que este serviço é muito incompleto, a despeito de todos os esforços empregados pelos funcionários da Direcção Geral de Saúde e pela Ordem dos Médicos. Assim, não raro acontece encontrarem-se num mapa da colheita mensal de óbitos e nado-mortos, falecimentos por febre tifóide, por difteria ou por sezonismo, casos esses que não foram comunicados à Delegação de Saúde, nem durante a vida, se os doentes foram assistidos, nem logo após a morte, como está determinado, se o médico apenas passou a certidão do óbito. Quando isso acontece, costumo eu dizer ao Subdelegado de Saúde que averigue quem foi o médico assistente ou passador da certidão de óbito e inquira das razões porque essa notificação não foi feita para depois lhe chamar a atenção para o seu desrespeito pela lei.

Na prática as coisas passam-se assim, pouco mais ou menos: os Subdelegados de Saúde, que são funcionários de saúde, fazem as suas notificações obrigatórias; os médicos municipais, que

não são funcionários da D. G. de S. mas apenas são obrigados a dar a sua colaboração, já são menos zelosos nas suas notificações; os clínicos livres, possuídos dum exagerado sentimento de independência profissional, ou levados por um conceito exagerado do segredo profissional, ou por comodismo, não fazem frequentemente as suas notificações. Não se lembram de que, notificando um caso de febre tifóide que acabam de observar numa aldeia, evitariam que muitos outros casos aparecessem da mesma doença, evitariam alguns óbitos e a perda de trabalho durante alguns meses para vários chefes de família. Vão as responsabilidades a quem cabem e legisle quem tiver força para o fazer.

Mas, e era aqui que eu queria chegar, todos estes factos devem constar duma Topografia Médica, para se não pensar que, tendo havido em determinado concelho 20 óbitos por febre tifóide e tendo havido apenas 25 notificações da mesma doença, esta revela uma letalidade de 80 por cento. Melhor será, para averiguarmos o índice de letalidade, servirmo-nos das estatísticas dos hospitais regionais, que nos mostram presentemente haver cerca de 10 óbitos por cada centena de tifóides entradas.

Outro problema ligado à Profilaxia das doenças infecciosas é o do isolamento que, em determinados casos, só no hospital se poderá realizar, e aí mesmo, muitas vezes em condições precárias, visto que os nossos hospitais de Província não têm geralmente pessoal e instalações apropriados. Por isso mesmo também tantas vezes esses hospitais opõem uma certa resistência ao internamento dos doentes infecciosos.

Seria de desejar que em todos os Hospitais Regionais ou Sub-regionais a construir se reservassem 10 a 20 quartos para os doentes infecciosos e tanto bastaria para as ocasiões normais. Além disso devia haver também duas outras enfermarias, uma para homens, outra para mulheres, que seriam aproveitadas quando surgisse qualquer epidemia. Estes desejos, estas necessidades, devem ficar expressos em qualquer trabalho de Topografia Médica.

Também é conveniente que nesses trabalhos deixemos expresso o que se tem feito em matéria de vacinações profiláticas. Tem-se procedido com regularidade à vacinação antivaríolica em todas as freguesias? Qual o espírito de colaboração verificado nos médicos municipais, nos médicos das Casas do Povo, nos outros clínicos? Ainda há casos de varíola? Que percenta-

gem de vacinações e revacinações se tem verificado, ano a ano em relação à população existente? Tem-se procedido também a vacinações antitifóides, nos lugares e freguesias onde ela se impõe? Também se têm feito vacinações em massa contra a difteria e a tosse convulsa? Que resultados se têm tirado de todos estes tipos de vacinações?

A resposta a muitas destas perguntas não terá sòmente uma importância regional, para se saber o que há e o que se tem feito em matéria de Profilaxia, mas também uma importância geral para se averiguar a eficiência dos diversos tipos de vacinas.

* * *

Algumas palavras sobre desinfecções e desinfestações.

Até ao presente tem sido pouco o material e o pessoal com que podemos contar para realizar a desinfecção e a desinfestação de lugares, casas e objectos. Às sifónias e formolizadores de Enes, que ùltimamente foram distribuídos pelas Delegações de Saúde, outro material virá a somar-se para se deslocar ràpidamente a qualquer lugar, conjuntamente com os necessàrios agentes sanitários, que realizarão as operações de desinfecção e desinfestação e instruirão as populações com as noções mais vulgares sobre contágios e desinfestações. Quero a este respeito apontar o exemplo da Câmara Municipal de Chaves, que desde há três anos tem uma brigada especialmente constituída para percorrer todos os lugares de reuniões e todas as casas humildes na cidade e seus arredores e ordenar operações de limpesa, acabando por uma desinfestação geral das casas, roupas e animais com pós D D T. Esta intervenção encontrou a princípio uma certa resistência, mas hoje é apetecida e agradecida.

Outro assunto a focar numa Topografia Médica e de excepcional importância para Delegados e Subdelegados de Saúde é o das Doenças Sociais, ou Flagelos Sociais assim se chamando aos males que, pela sua frequência e gravidade, exigem dos poderes públicos a construção e manutenção de certos estabelecimentos e serviços, ou a adopção dum certo número de medidas, essencialmente profiláticas, embora também curativas para evitar a sua expansão, e em cuja luta, a par dos médicos, têm de colaborar muitas outras entidades, não médicas, e em particular as agentes do serviço social.

Estão nesse caso a tuberculose, as doenças venéreas, o cancro, a loucura, a cegueira, a surdi-mudez, o alcoolismo, os reumatismos, o sezonismo, os acidentes de trabalho, o crime, entre outras, variáveis conforme as regiões. E direi agora, como já disse das doenças infecciosas, que não tenho tempo neste momento para encarar todas as doenças sociais, escolhendo apenas uma de elas, a tuberculose por exemplo, para referir os tópicos principais a mencionar numa Topografia Médica.

Quais são os índices de morbilidade e letalidade por tuberculose na região a estudar? Estão abaixo ou acima dos índices gerais do País? É grande o número de tuberculoses cirúrgicas? Quais serão as causas mais frequentes da tuberculose? As más condições de trabalho, a fraca alimentação, a má alimentação, os excessos e vícios? Parece-me que já há pouco disse ser convicção minha, pelo que tenho visto e observado, que em Traz-os-Montes a causa mais frequente da tuberculose deve residir nas péssimas condições de habitação e higiene individual, em que vive a maior parte da população. Interessar-nos-á também saber a obra antituberculosa já realizada em dispensários, sanatórios, hospitais e preventórios, e, se nada existe, o que convém realizar para satisfazer as necessidades do público. Existirá na região algum local com as condições de transportes, altitude, exposição, temperaturas, ventos, humidades, propício para a instalação dum sanatório? Se existe, isso deve ficar consignado numa Topografia Médica, para elucidação dos médicos e dos poderes públicos.

E, tendo proferido em estilo telegráfico algumas considerações sobre doenças infecciosas e sociais, aquelas que mais interessam ao médico sanitarista, digamos algumas palavras sobre as doenças organo-degenerativas.

Pela sua frequência, pelo papel que no seu aparecimento desempenham a alimentação, a habitação, a profissão, etc. é claro que também as cardiopatias, as bronquites, as dispepsias, as nefrites, os reumatismos, etc., merecem não ser olvidadas num estudo médico-sanitário de qualquer região. É preciso acrescentar ainda que o número de doenças sociais, para as quais é chamada a intervenção especial do Estado, tende a aumentar dia a dia. Centros de cardiologia e centros de diabetes vêm sendo criados ou advogados nestes últimos tempos.

* * *

Numa Topografia Médica, feita principalmente para médicos, mas podendo servir também para elucidação do público, devemos fazer uma descrição dos serviços de saúde pública e dos serviços de assistência.

Todos nós sabemos que por toda a parte há Subdelegações de Saúde modestamente instaladas, mas há também Subdelegações de Saúde sem qualquer instalação.

É bom que tudo isso se refira numa Topografia Médica, para que os munícipes saibam o carinho ou o desprezo que as suas edilidades revelam pelos assuntos de saúde pública.

É bom frizar ainda se há Comissão Municipal de Higiene, se ela reune ordinàriamente, se as suas oposições e alvitres têm recebido o acolhimento desejado.

Está bem feita a divisão do concelho em partidos médicos? Estão providos todos esses partidos e residem nas suas sedes os médicos municipais? Na hipótese negativa, como conseguir que todos os partidos sejam providos? Como funcionam os serviços clínicos prestados pelas Casas do Povo? Estará a assistência médica mais ou menos assegurada às populações rurais, ou será preciso propôr algumas medidas para que não haja tantos óbitos de causa ignorada?

Tudo isto são questões que interessam muito às populações e devem particularmente preocupar Delegados e Subdelegados de Saúde, assim como o pessoal e o material que têm à sua disposição para a realização das suas tarefas.

Da mesma forma devemos referir também os estabelecimentos de assistência existentes: Hospitais, asilos, dispensários, creches, lactários, etc., merecendo-nos uma especial atenção os estabelecimentos hospitalares, cujas deficiências e lacunas devem ser colocadas em destaque para assim se ajudar a supri-las.

Tudo se observa nas nossas cidades e vilas de Província, desde a instalação dum hospital superior às necessidades do meio, até à existência dum hospital acanhado, sombrio e frio, que não pode corresponder aos seus fins. Na hora actual está-se pondo ordem na distribuição e desenvolvimento dos hospitais, adequando cada um às necessidades da sua área. É isto também que deve frizar-se num trabalho de Topografia Médica.

Há também um outro capítulo de excepcional importância: um inquérito às condições sanitárias de todas as povoações abrangidas pela área, cuja Topografia Médica pretendemos descrever. Será um trabalho a realizar no decurso de meses e anos, aproveitando a ocasião das nossas visitas às aldeias, para, pouco a pouco, irmos assinalando todas as deficiências encontradas.

A respeito de cada povoação ou logar, diremos primeiramente as facilidades ou dificuldades de acesso, por caminhos de ferro, estradas ou caminhos vicinais; referir-nos-emos ao estado das ruas, se há charcos ou pântanos, se se fazem ainda estrumeiras na via pública, há muito proibidas por lei; se há água potável, satisfazendo em quantidade e qualidade; como estão dispostos os marcos fontenários, os bebedouros para os animais e os lavadouros públicos; onde fica situado o cemitério, se tem a extensão necessária e não haverá o perigo de inquinar as águas de abastecimento público; se há escolas ou postos de ensino, onde ficam situados, se são batidos pelo sol, se têm ar, luz, extensão e conforto e se têm — aquilo que quase sempre falta — uma retrete com água e boa derivação dos dejectos.

É claro que, se tivermos de tratar duma vila ou cidade, muitos outros problemas teremos de encarar e outras lacunas a apontar: há hotéis e pensões com os requisitos sanitários? A casa ou casas de espectáculos ou reuniões oferecem limpeza, conforto e isenção de perigos? Existe uma rede de saneamento satisfazendo plenamente os seus fins? São satisfatórias as condições de trabalho nas diversas repartições públicas e nos estabelecimentos fabris e comerciais? E como está instalado o matadouro e o Mercado e a Cadeia?

* * *

Como último capítulo a incluir numa Topografia Médica, temos as estâncias climatéricas e hidro-terapêuticas.

Se há estâncias climatéricas, é mister descrevê-las, indicando tudo quanto interesse, desde o acesso aos hotéis e pensões, à existência de casas de aluguer, factores telúricos e climatéricos, serviços clínicos, condições higiénicas, etc.

Se as não há, mas existe possibilidade de estabelecê las, é conveniente indicar o lugar, altitude, temperatura, ventos, nebulo-

sidade, humidade e tudo o mais que interesse ao estabelecimento duma estância climatérica.

Se há estâncias hidro-terapêuticas, há que descrevê-las da mesma forma, indicando o acesso, condições climatéricas e sanitárias, mananciais hidrominerais, qualidades físicas, químicas e radio-activas dessas águas, enfermidades em que têm sido usadas, resultados obtidos, montagem dos serviços clínicos, instalações hoteleiras e tudo o mais que possa interessar ao enfermo sofredor ou ao seu clínico.

Estes são a meu ver os assuntos principais a tratar numa Topografia Medica.

Como vêem, um trabalho de Topografia Médica não é um trabalho de ciência médica pura, visto que essa reveste mais um carácter cosmopolita e encontra-se condensada, esmiuçada e explicada nos Tratados de Patologia, Bacteriologia, Higiene e Terapêutica. Num trabalho de Topografia Médica anotam-se todos os factos observados, desde as condições naturais às obras realizadas pelos poderes públicos, mas tudo com o objectivo de descrição regional, tendo como finalidade a defesa da Saúde Pública, no sentido mais amplo desta.

Contudo, isto não quere dizer que, para empreender um trabalho de Topografia Médica, não seja preciso, antes de mais nada, pormo-nos ao corrente de aquilo que se encontra estabelecido nos mais diversos capítulos da Medicina Sanitária.

«Conheça a sua terra», dizia há tempos um cartaz de propaganda turística. «Conheçam a sua região, principalmente no aspecto profissional» direi eu aos Subdelegados de Saúde, para que estejam sempre aptos a responder pelas questões sanitárias dos seus concelhos e possam com segurança prestar todos os esclarecimentos que lhes forem pedidos.

Diz-se que os Governos são os responsáveis pela saúde física e mental dos seus povos, mas para isso também é preciso que alguém indique a esses Governos os elementos de Profilaxia e Terapêutica adequados. Tal é a nobre mas espinhosa missão dos médicos sanitaristas.

JOSÉ TIMÓTEO MONTALVÃO MACHADO

(Delegado de Saúde de Vila Real)

O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

em 1948

(RELATÓRIO E CONTAS)

Conforme o critério que costumamos seguir em relatórios, procuraremos ser o mais sóbrio possível, dando conta do que se passou e gastou e pondo à disposição de quem deseje ser documentado todos os elementos necessários, devidamente arquivados no Instituto.

O edifício e as instalações

Continuando o plano de beneficiamento iniciado nos anos anteriores, em 1948 instalaram-se ventiladores no Laboratório de Alimentação e Bromatologia, bem como nova câmara de evaporação e ataque (hotte) no mesmo laboratório. Procedeu-se a pinturas neste, bem como na secretaria e salas anexas e nos compartimentos do 2.º andar destinados aos serviços de Nutrição e de Bacteriologia, nas salas de aula do 1.º andar e corredores dos três andares e do sótão.

À disposição da Nutrição ficaram três compartimentos, um destinado a gabinete de estudo, ocupado pelo médico adjunto do director dos Serviços de Higiene da Alimentação e Bromatologia e pelas duas visitadoras do mesmo serviço, outro destinado ao aparelho para determinação do metabolismo basal e outros exames, o terceiro a câmara escura destinada à lâmpada de fenda para exame microscópico dos olhos no vivo e a certos exames clínicos.

No mesmo andar fizeram-se as obras indispensáveis para reparação e adaptação de 4 salas ao serviço de Bacteriologia Sanitária. Para esse efeito a oficina de carpintaria foi instalada no sótão, ondé também foram feitas várias obras de adaptação, de modo a ficarem devidamente instaladas as arrecadações de material dos diversos serviços e o arquivo do Instituto que foi convenientemente arrumado. A cosinha do sótão foi adaptada a refeitório, de modo a evitar-se que o pessoal comesse pelos corredores ou nas dependências dos laboratórios.

Alèm das pinturas já referidas foram feitas as da porta da rua e paredes da escada, pela senhoria do prédio, que mostrou nisso a melhor boa vontade, fazendo também pinturas de parte das janelas, obras no telhado, de modo a evitar a infiltração pela água das chuvas, e a limpesa exterior de todo o prédio.

Parte dos corredores do 1.º e 2.º andares e das salas destinadas à Nutrição e Bacteriologia e a sala onde se guarda a maior parte dos objectos do Museu foram encerados.

Foram feitas duas grandes estantes destinadas a livros, ficando uma no corredor do 2.º andar, outra ao cimo da escada no mesmo andar.

Adquiriram-se 80 cadeiras de braços, de macacaúba, permitindo escrever-se sobre o braço do lado direito, cadeiras destinadas às duas salas de aula: a do 1.º andar, onde em geral funciona o Curso de Medicina Sanitária, e a do 2.º andar, ocupada por estantes da Biblioteca, destinada ao Curso de Visitadoras. A sala do Museu, no 2.º andar, foi adaptada a sala de estudo dos alunos, sem prejuízo da fácil observação dos objectos expostos.

Foram adquiridos 3 armários para vestiários do pessoal dos diferentes serviços. A oficina de encadernação foi reparada, evitando-se que a água das chuvas ali se infiltrasse.

A corrente eléctrica, que era contínua, passou a ser alterna, separando-se a corrente destinada a iluminação da destinada a fazer funcionar aparelhos.

Para o ano de 1949 previu-se o apetrechamento das novas salas destinadas à Bacteriologia Sanitária, no 2.º andar, bem como a pintura da Biblioteca, escada de serviço, sotão, instalação de telefones, com P. B. X., entre outras pequenas reparações.

Pessoal

Durante o ano de 1948 foi preenchido o lugar de adjunto do chefe do Laboratório de Bacteriologia Sanitária, tendo-se realizado concurso de provas públicas a que só compareceu o Dr. Fernando Ramalho da Conceição Correia, por ter desistido de ir às provas outro concorrente. O júri do concurso, a que presidi, era formado pelos Professores Doutores Cândido de Oliveira e Francisco Cambournac e os Drs. Bernardino de Pinho e António de Carvalho Dias. As provas, práticas e orais, realizaram-se nos dias 16, 18, 19 e 20 de Fevereiro, ficando aprovado nelas o Dr. Conceição Correia.

O Médico Nutricionista, Dr. António José de Moura Monteiro, pediu a rescisão do seu contrato por motivos da sua vida particular, tendo superiormente sido resolvido não se preencher por enquanto o lugar vago por ele deixado.

A secretaria continua a ser dirigida pelo funcionário do Instituto de Assistência à Família aqui destacado.

Como ainda não foi aprovado novo quadro, continua a verificar-se a situação, referida no último relatório, de ser insuficiente o número de funcionários do quadro da Secretaria, suprido por pessoal além do quadro e por dois funcionários dos laboratórios que mostraram mais aptidões para este serviço.

Logo que as circunstâncias o permitam impõe-se a revisão do quadro do pessoal, de harmonia com o importante incremento a que a execução do Decreto-lei n.º 35.108 deu lugar a todos os serviços do Instituto.

O chefe dos serviços do Laboratório de Bacteriologia Sanitária, ao regressar de Baltimore, mostrou a necessidade de se fazerem estudos sobre vírus e de o laboratório ter uma secção no Hospital Curry Cabral, assunto que começou a ser estudado imediatamente.

Material

Continuou a ser feita aquisição importante de material, quer para os laboratorios, quer para a Biblioteca.

Já nos referimos às cadeiras destinadas às salas de aulas.

Em ano algum, desde a fundação do Instituto, foram adquiridos tantos livros para a Biblioteca como em 1948.

O movimento de leitores aumentou, não se limitando ao pessoal e alunos do Instituto, mas consultando com frequência livros alunos da Faculdade de Medicina e Direito, alunas do Instituto de Serviço Social, médicos diversos, etc.

Está planeada a compra de material destinado à secção do Laboratório de Bacteriologia sanitária, a instalar no Hospital Curry Cabral.

Grupo dos Amigos do Professor Ricardo Jorge

Por motivos vários a actividade do Grupo foi este ano limitada, não tendo sido possível realizarem-se duas conferências prometidas.

No Boletim do Instituto transcreveram-se quatro trechos de obras suas: — A conferência que o Mestre realizou em 1897 na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Porto, a respeito de *Sousa Martins;* a dedicatória *Ex imo*, à memória da Mãe, escrita no mesmo ano, e com que abre o livro sobre a *Origem e desenvolvimento da população do Porto;* o prefácio do relatório sobre a *Peste bubónica no Porto* e algumas instruções referentes à mesma epidemia; e um trecho do notável Relatório apresentado em 1885 por Ricardo Jorge ao Conselho Superior de Instrução, sobre as *Condições económicas* dos professores de Medicina.

À semelhança dos anteriores, os subdelegados que tomaram parte no Curso de aperfeiçoamento cotizaram-se, deixando no Instituto 1.000 escudos destinados à subscrição para se fazer um busto do seu Patrono.

Faleceram durante o ano dois membros do *Grupo dos Amigos do Professor Ricardo Jorge*, o Dr. Armando Narciso e o Prof. Wilfrid Bastos.

Conferências

Realizaram-se no Instituto duas conferências sobre Medicina Preventiva em 1948, à primeira das quais presidiu o sr. Ministro do Interior e à segunda o sr. Subsecretário de Estado da Assistência.

A primeira fê-la o Prof. Doutor Lopes de Andrade, em 24 de Abril, subordinada ao título de *A Medicina preventiva da cegueira e a acção do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.*

A segunda, feita pelo Prof. Doutor Froilano de Melo, foi subordinada ao título de *Medicina Preventiva da Lepra*, realizada igualmente na sede do Instituto, na noite de 29 de Abril.

Movimento da Secretaria

O incremento dado aos diversos serviços do Instituto repercutiu-se evidentemente na Secretaria, cujo movimento aumentou, sendo por vezes difícil a sua execução, só possível devido à boa vontade da maioria dos funcionários e às qualidades de inteligência, zelo e dedicação do funcionário da Direcção Geral de Assistência, sr. José Vaz dos Reis, mais uma vez postas à prova.

O movimento de correspondência, comparado com o dos anos anteriores, foi o seguinte:

RECEBIDA	Média de 5 anos 1940-1944	1945	1946	1947	1948
Total	957	981	1268	1539	2003
Média mensal . .	79	82	105	127	167
EXPEDIDA					
Total	2424	2568	2600	2893	3966
Média mensal . .	202	214	216	241	330

Sem o pessoal contratado além do quadro seria absolutamente impossível a realização deste serviço, obrigando a atrazo na resposta de análises em casos por vezes da maior urgência e responsabilidade, como os de epidemias, inquinação de águas, alteração de produtos alimentares, etc.

Curso de Medicina Sanitária

O Curso de Medicina Sanitária funcionou no ano de 1947-1948, mais ou menos, nos mesmos moldes do ano anterior, conforme as disposições do Decreto n.º 36.050 de 18 de Dezembro de 1946.

O plano do Curso foi, nos termos do art.º 4.º do mesmo decreto, apreciado pelo Conselho Superior de Higiene, com o qual concordou o Sr. Subsecretário de Estado da Assistência

Social, bem como com a distribuição das disciplinas pelos diferentes professores. Tanto o plano como os nomes dos professores foram publicados no n.º 11 deste Boletim, a páginas 78 e 79 do presente volume.

Por ordem superior continuou o Curso a funcionar apenas em Lisboa. Os horários foram, à semelhança do ano anterior, elaborados de modo a permitirem aos alunos a frequência concomitante do Curso de Medicina Tropical e o aproveitamento de alguns serviços hospitalares. As aulas teóricas realizaram-se assim das 8,30 às 11 horas.

Inscreveram-se no Curso 45 alunos, dos quais 7 eram médicos veterinários e 38 licenciados em Medicina, perdendo o ano por faltas, 9 e faltando ao exame 3, o que representa o aproveitamento de 73 % e a perda do ano de 27 %.

Destes 45 alunos haviam-se formado em Lisboa, além dos 7 médicos veterinários, 32 médicos, no Porto 9, em Coimbra 4 e 3 em Nova Goa.

O Curso consistiu em lições teóricas, aulas práticas e de demonstração, sessões de estudo, visitas e estágios, tendo cada aluno elaborado, além disso, uma monografia de interesse sanitário.

Nas sessões de estudo foram discutidos variados assuntos, quer de ordem técnica, quer de natureza administrativa, sendo preferidos os ligados com a Medicina Social, Higiene Social e Serviço Social. Durante as discussões todos os alunos puderam revelar claramente, não só os seus anteriores conhecimentos ou dúvidas sobre os diversos capitulos da Higiene, como a sua inteligência, memória, atenção, agilidade mental, convicções científicas, firmesa de princípios, hesitações, interesse pelos problemas, ponderação, calma, tacto, etc.

As aulas teóricas e práticas realizaram se todas, tendo sido impedido de dar as de Administração Sanitária o sr. Dr. Arruda Furtado, por motivo de doença, pelo que tive de o substituir.

Foram feitas *visitas de estudo* aos Dispensários de Higiene Social da Praça do Brazil e Parque Sanitário, às instalações do Parque Sanitário, ao Instituto Nacional de Estatística, ao Matadouro de Lisboa, ao Laboratório de Patologia Veterinária, à Associação de Protecção às Raparigas, ao Aqueduto das Aguas Livres e Estação de tratamento de águas de Campolide, Sanidade Marítima, Instituto Português de Oncologia, novo Hospital Escolar e ao Instituto de Serviço Social.

Realizaram-se estágios no *Centro de Saúde*, *Delegação de Saúde de Lisboa* e *Dispensário de Alcântara*.

Foram feitas *excursões de estudo* às nascentes do Alviela, às estações de tratamento de águas de Alenquer e Estoril, às estações depuradoras de águas residuais de Sintra e do Bairro da Boa Vista e a uma fábrica de fibrocimento.

* * *

As monografias versaram sobretudo estudos sobre *Topografias Médicas*.

Dos 33 alunos que fizeram o Curso, 23 ocuparam-se deste assunto. Assim fizeram topografias médicas de:

Aviz — Dr.ª D. Odette do Patrocínio Mota.
Covilhã (concelho) — Dr. Manuel Fernandes Duarte Júnior.
Oliveira de Frades — Dr. Adelino Dias Arede.
Alfândega da Fé — Dr. Amândio Augusto Simões.
Vila Verde — Dr. António José da Silva Rego
Obidos — Dr. Carlos Eugénio Bessa Victor.
Fornos de Algodres — Dr. Fernando José Correia de Ataíde Ribeiro.
Matosinhos — Dr. Germano Torres.
Bombarral — Dr. Henrique Alberto Martins Coimbra
Albergaria-a-Velha — Dr. Jaime Aidos Pereira Lemos.
Pedrógão Grande - Dr. José Eduardo David de Paiva.
Ilhas (Goa) — Dr. José Jonas Santa Brígida Sá Viegas.
Vale de Cambra — Dr. José Maria Tavares de Matos.
Aveiro — Dr. Mário José Pires e
Dr. José Maria de Santo António Barros e Sá.
Covilhã (cidade) — Dr. José Nunes Bento Xambre.
Chamusca — Dr. Luís António Vaz Tecedeiro.
Bardez (Goa) — Dr. Luís Sales de Andrade e Sousa.
Ermezinde — Dr. Manuel Moreira Moutinho Alves.
Grândola — Dr. Otílio Simões Cabrita.
Monção — Dr. Samuel Martins Canas.
Arcos de Vale de Vez — Dr. Tomaz da Silva.
Espinho — Dr. Silvio Firmino da Conceição.

Além destas monografias, foram feitas sobre outros assuntos as seguintes:

O Instituto de Serviço Social — Dr. José Joaquim Xavier de Faria.

Ricardo Jorge; aspectos gerais da sua vida e do seu carácter — Dr. Henrique Coelho de Castro.

O alcoolismo no distrito do Porto — Dr. Eugénio Reynaud.

Profilaxia da Cólera em Portugal e particularmente em Goa — Dr. José Blasco Mousinho Lopes.

Apontamentos sobre alguns dispensários de Lisboa — Dr. Jorge Appéré Lopes do Rosário.

Contribuição para o estudo do aborto na cidade de Lisboa — Dr.ª D. Ofélia Romero Albuquerque.

Aos médicos veterinários foram confiados estudos ligados com a sua especialidade:

Tuberculose bovina nas suas relações com a tuberculose humana — Dr. Alfredo Martins Abrantes.

Salmoneloses de origem alimentar no homem — Dr. José Barros das Neves.

Os matadouros ao serviço da Saúde Pública — Dr. António Pires Carrondo.

O abastecimento de leite á cidade de Lisboa — Dr. Fernando Vieira de Sá.

O contacto constante com todos os alunos permitiu-me colher durante o ano impressões a respeito de cada um, que me levaram a classificá-los pelos conhecimentos gerais revelados sobre assuntos sanitários, particularmente nas disciplinas que regi.

O interesse demonstrado e o método de trabalho revelado na elaboração de monografias igualmente forneceram subsídios, tendo-me, no que respeita às monografias, sido dadas provas de autêntico merecimento, apesar do pouco tempo que tiveram à sua disposição.

Comparando as classificações obtidas no exame, em que o júri apreciou o modo como se apresentou cada um, apenas tendo influído o aproveitamente anual nas notas que pessoalmente dei, verifica-se o que consta do seguinte quadro, em que se com-

param as notas dos cursos universitários, com as obtidas durante o ano, as finais e as que dei às monografias:

Classificações	Durante o ano	Nas monografias	No exame final	No curso universitário
10 valores . .	—	2	—	—
12 » . .	—	1	4	5
13 » . .	—	2	9	5
14 » . .	5	5	9	9
15 » . .	14	3	6	8
16 » . .	5	6	4	5
17 » . .	4	—	1	—
18 » . .	5	8	—	—
19 » . .	—	6	—	—

Dos 45 alunos inscritos no Curso, viram-se obrigados a desistir, perdendo o ano, 7 médicos e 2 médicos veterinários, tendo obtido frequência mas não indo a exame nesta época, por motivo justificado, sendo autorizados a ir na época seguinte, 2 médicos e 1 médico-veterinário.

O exame, a cujo juri presidi e de que fizeram parte os Drs. Carlos d'Arruda Furtado, Aníbal do Couto Nogueira, Bernardino Alvaro Vicente de Pinho e António Augusto de Carvalho Dias, constou de provas escritas e provas orais.

Para a primeira foram tirados à sorte cinco pontos, entre 25, versando assuntos de Salubridade, Higiene Industrial, Epidemiologia, Higiene da Alimentação e Higiene e Medicina Sociais.

O Curso de Medicina Sanitária de 1947-48 confirmou as observações que fizeramos durante o curso anterior, dando-nos muitos ensinamentos de ordem pedagógica, que oportunamente reuniremos, e que, juntos às sugestões em tempos feitas pela Comissão de Higiene da Sociedade das Nações, das impressões que colhi em várias cidades de Espanha, particularmente em Madrid, bem como em Paris; pelas trazidas de Baltimore pelo Dr. Arnaldo Sampaio, e pela observação dos recursos, colaborações, psicologia de alunos, professores e funcionários de diversos serviços, etc., permitirão propor a remodelação do curso, dando-lhe caracter cada vez mais prático, permitindo a selecção dos que verdadeiramente sintam vocação para os ser-

viços de Saúde Pública e Medicina Social, de modo a progressivamente ir prestigiando quantos trabalham nos serviços sanitários, evitando deformações profissionais ou ideias megalómanas só possíveis em países ricos, mas fugindo igualmente a derrotismos que levem à banalização ou inutilidade dos cargos sanitários, expondo lealmente pontos de vista, mas obrigando os críticos fáceis e levianos, que entre nós pululam e se insinuam nas dobras dos mantos dos poderosos, a serem igualmente leais, inteligentes e construtivos, não nos opondo, como nunca nos opuzemos, a que o ensino sanitário se faça também em Coimbra e Porto, mas preconizando que ele seja tão exigente como em Lisboa, sendo os alunos das três cidades julgados por um só juri, para unificação do critério das classificações.

Curso de Visitadoras Sanitárias

No ano lectivo de 1947-48 o plano seguido no Curso de Visitadoras Sanitárias foi o publicado na página 79 do n.º 11 do Boletim do Instituto.

Em relação ao Curso do ano anterior há a referir a criação da disciplina nova de *Organização da Assistência Social*, orientada num sentido essencialmente prático, como valioso subsídio para a formação das futuras visitadoras, incluindo princípios sociológicos, jurídicos, e críticos que vieram completar os versados noutras disciplinas.

O número de candidatas foi de 55, todas tendo sido observadas clìnicamente por uma junta médica, a que presidi, de que faziam parte os Drs. António José de Moura Monteiro e Francisco Fernandes Homem Rodrigues. Faltàram à chamada 12 candidatas, não sendo admitida 1. A todas foram feitas microradiografias pelo Dr. Casanova Alves, no Dispensário de Alcântara, que não obrigaram a afastar mais nenhuma candidata.

Das aprovadas na junta médica 20 tinham habilitações que as dispensavam de fazer exame de admissão, tendo feito estes 23.

O juri para os exames de admissão foi presidido pelo Inspector Chefe da Assistência, Dr. Agostinho Joaquim Pires, fazendo parte dele os Drs. Raul Lima Amaral Marques e Adriano Rodrigues de Castilho. Foram admitidas 27, sendo excluidas 4.

O Curso iniciou-se pois com 43 alunas.

Foram durante o ano feitos exercícios de frequência de *Higiene pre-natal* e *puericultura, Higiene alimentar, Higiene geral, Bacteriologia e parasitologia, Flagelos sociais, profilaxia social e assistência social e Elementos de Sociologia.*

Além das aulas teóricas e práticas e sessões de estudo foram feitas visitas e estágios.

Foram feitas visitas ao Posto de Protecção à Infância, Instituto Maternal, Centro de Saúde, Instituto Condessa de Rilvas, Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, Assistência Infantil de Santa Izabel; Associação Protectora das Florinhas da Rua; Asilo das Cegas, Jardim Escola João de Deus, Associação Preventiva da Tuberculose na Infância, Semi-Internato de Nossa Senhora da Conceição, Inválidos do Comércio, Asilo-Escola António Feliciano de Castilho, Novo Hospital Escolar, Hospital Miguel Bombarda, bairros da Serafina, Calçada dos Mestres, da Liberdade, da Quinta da Calçada, Centro Social da Rua da Bempostinha, Misericórdia de Lisboa, Dispensário Popular de Alcântara, Instituto Português de Oncologia, Instituto Nacional de Estatística, Associação de Protecção às Raparigas, Instituto de Serviço Social, Sanatório do Lumiar, Delegação de Saúde de Lisboa e Parque Sanitário.

Os estágios das alunas realizaram-se no Centro de Inquérito Assistencial, Centro de Saúde de Lisboa, Centro Social de Assistência Infantil de Santa Izabel, Instituto Maternal, Posto de Protecção à Infância, Dispensário de Alcântara, Hospital Escolar de Santa Marta, Clínica Oftalmológica do Hospital Militar da Estrela, nos diversos serviços médico-sociais de Setúbal e Castelo Branco, no Centro Social de Cascais e no Hospital Termal Rainha D. Leonor das Caldas da Rainha.

Algumas alunas tomaram parte em visitas de estudo às instituições médico-sociais de Setúbal, ao Sanatório do Outão e ao Instituto de Malariologia de Águas de Moura.

Foram admitidas a exame 36 alunas.

Do juri destes, a que presidi, fizeram parte os Drs. Agostinho Joaquim Pires, António Augusto de Carvalho Dias, Américo Cortez Pinto e Francisco Fernandes Homem Rodrigues.

O resultado dos exames, que constaram de provas escritas e orais, foi o seguinte:

10 valores... 2	13 valores... 3	16 valores... 4
11 » ... 1	14 » ... 11	17 » ... 1
12 » ... 6	15 » ... 4	

Houve uma reprovação no exame, faltaram por doença, 2, faltou sem justificação, 1, que pertencera ao curso anterior e fora autorizada superiormente a fazer exame nesta época.

Das 43 do Curso de 1947–48 foram pois aprovadas 32, o que equivale a cerca de 74 %, tendo perdido o ano cerca de 26 %.

As alunas diplomadas foram:

Lucília Esteves de Abreu, Felisbina Alice Pires, Isaura Cabrita Ferreira, Maria de Jesus Martins Marques, Rolanda Gonçalves da Silva, Emília Bispo Robalo, Maria Liliana Pires Ferreira, Maria de Lourdes Stoffel Certã, Maria Tereza de Jesus Matos Vilhena Ferreira, Maria Manuela Pimentel Montenegro, Berta Machado Saraiva Sequeira, Catarina Adelaide Lopes de Melo Garrido, Elisa da Conceição Manteigas Esteves, Ivone Pita Machado, Maria Irene de Carvalho Torres e Paiva Dias, Maria Irene Gomes de Abreu, Maria Josefa de Sousa Santos, Maria Luisa de Almeida Lopes Basílio, Maria Luisa da Silva Barros, Wanda Maria Teixeira Soares, Adelaide de Sousa e Silva, Aida Camilo de Sequeira Santos, Leopoldina Namorado Marques, Arlette Rego Costa Santos, Isolina das Dores Santos, Maria da Conceição Beirão Esteves, Maria Deoter Carmona Ferro, Maria Emília dos Reis Soares, Maria Helena Cruz Ferreira de Lima, Maria Cândida de Meneses Ferrão, Maria Fernanda Modena Saramago, e Maria Tereza de Sousa Portugal.

As classificações foram influenciadas pelas provas de exame e de algum modo pelos exercícios feitos durante o ano. Apenas nas notas que eu próprio dei influiu um conjunto de elementos observados durante o ano, quer nas aulas e sessões de estudo, quer em visitas, que não passaram de subsídios para o estudo das vocações e consecutiva selecção profissional, indispensável em curso de tamanha responsabilidade.

Nenhuma aluna foi admitida no Curso, tal como nos anos anteriores, sem a respeito de todas terem sido obtidas boas informações de ordem moral.

Não são todavia suficientes esses dados, embora indispensáveis, e a respeito dos restantes requisitos, quer psicológicos, quer físicos, mais de uma vez me tenho ocupado em sessões de estudo e em troca de impressões com professores, delas tendo de vir a ocupar-me oportunamente.

4.º Curso de aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde

(Ver o n.º 13 do Boletim, página 250).

1.ª Reunião de Delegados de Saúde

Do dia 4 ao dia 13 de Maio realizaram-se no Instituto, sob a presidência do sr. Director Geral de Saúde, as sessões da 1.ª Reunião dos Delegados de Saúde, a que todos assistiram, e durante a qual foram apresentados valiosos trabalhos e discutidos com elevação e espírito crítico os mais importantes e urgentes assuntos sanitários, revelando-se durante elas o valor dos delegados de saúde e do trabalho por eles já executado.

Dada a importância da Reunião publicaremos sobre ela um relatório especial.

Presidiu à sessão inaugural o Sr. Ministro do Interior e à de encerramento o sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social que pronunciou um discurso da maior importância e cheio de documentação, como o foi também aquele que na sessão inaugural proferiu o Sr. Dr. Augusto da Silva Travassos.

Tomaram parte nos trabalhos, além de todos os Delegados de Saúde distritais, os inspectores superiores, Drs. Couto Nogueira, Fausto Landeiro e Castro Soares, não podendo assistir o Dr. Arruda Furtado por motivo de doença. Com eles colaboraram também o Director do Instituto de Higiene e os directores dos Serviços da Direcção Geral de Saúde, Drs. Carvalho Dias, Bernardino Pinho, Souto Teixeira e o Engenheiro Sanitário Agnelo Prazeres.

Reunião dos oftalmologistas que dirigem postos anti-tracomatosos

Nos dias 25, 26 e 27 de Novembro reuniram-se, sob a presidência do sr. Director Geral de Saúde no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge os médicos oftalmologistas que dirigem os postos antitracomatosos de Lisboa, Setúbal, Viana do Alentejo, Olhão (com os postos subsidiários de Vila Real de Santo António, Santa Luzia, Quarteira, Carvoeiro, Ferragudo, Portimão, Lagos e Silves), Peniche, Alcains, Covilhã, Guarda, Porto, com sede em Matosinhos (com os postos subsidiários do

FIG. 31



PRIMEIRA REUNIÃO DOS DELEGADOS DE SAÚDE

Grupo em que estão todos os Delegados de Saúde. Ao centro, no primeiro plano, o Director Geral de Saúde, Sr. Dr. Augusto da Silva Travassos, que presidiu à reunião

FIG. 32



Um aspecto da Primeira reunião dos oftalmologistas que trabalham na luta anti-tracomatosa, a que presidiu o Director Geral de Saúde, Sr. Dr. Augusto da Silva Travassos

Porto, Vila Nova de Gaia e Mirandela) — respectivamente os Drs. João Saraiva, Eduardo Albarran, António Pinto, May Viana, Fernando Nolasco, José Afonso dos Santos, Martins Leitão, Concio da Fonseca e Alcino Pinto.

Presidiu à sessão inaugural o sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social, tendo usado da palavra o Sr. Dr. Augusto da Silva Travassos, que expoz clara e documentadamente a importância do problema do tracoma em Portugal e o papel que a sua Direcção Geral tem desenvolvido para o procurar resolver.

Durante os três dias em que durou a reunião foram estudados vários aspectos gerais e locais da luta anti-tracomatosa, sendo fértil a discussão em sugestões e animadores os resultados já colhidos.

Tal como sucedeu com a 1.ª Reunião dos Delegados de Saúde, oportunamente será publicado relato especial da dos oftalmologistas. (1)

Viagens de estudo

No dia 18 de Setembro regressou da América o Dr. António Arnaldo de Carvalho Sampaio que para ali tinha partido em 28 de Agosto do ano anterior, tendo tirado em Baltimore, na Universidade de John Hopkins, o curso de *Master of Public Health* e visitado vários laboratórios da especialidade de Bacteriologia Sanitária, cujos serviços dirige no Instituto Ricardo Jorge, e dado, mesmo de lá e logo que regressou, indicações valiosas para aquisição de material, particularmente para o estudo de virus, e de livros indispensáveis a esses e outros estudos.

Considero da maior utilidade para o Instituto os conhecimentos, técnicas novas e a fé com que o Dr. Arnaldo Sampaio regressou da América, esperando que muito venham a contribuir para o prestígio do Instituto e para se honrar o seu eminente Patrono.

---

(1) Sobre a Reunião dos Delegados de Saúde, além da reportagem minuciosa da Imprensa diária, foi publicado um relato extenso pelo *Jornal do Médico* nos seus números 278, 282, 284 e 285.

Sobre a reunião dos oftalmologistas, além da reportagem dos jornais diários também o *Jornal do Médico* publicou uma no seu n.º 310.

O chefe de serviços do laboratório de Bromatologia e Higiene da Alimentação, Dr. Bernardino de Pinho, que é concomitantemente o Director do Serviço Técnico de Higiene da Alimentação da Direcção Geral de Saúde, acompanhou o Sr. Director Geral de Saúde e os Drs. Francisco Cambournac e António de Carvalho Dias, na reunião da O. M. S. em Genêve, tendo tido assim oportunidade de visitar alguns serviços da Suissa e de Paris, o que reputamos da maior utilidade.

A sua Adjunta no Laboratório, Senhora Dr.ª D. Maria Ernestina da Silva Graça Mendes esteve trinta e dois dias em Paris nos Laboratórios do Instituto Superior da Alimentação, onde teve oportunidade de estudar alguns problemas do maior interesse da sua especialidade.

A analista do mesmo serviço, Senhora Dr.ª D. Gabriela dos Santos Lopes Pinto, esteve vinte dias em Madrid, nos Laboratórios da Escola Nacional de Sanidade e no Instituto de Investigações Médicas do Dr. Jimenes Dias, onde estudou, além de outros assuntos, especialmente os pormenores referentes à criação e vigilância de animais de laboratório, outro assunto da maior importância para os trabalhos que está a executar, sobre vitaminas.

Pela minha parte, depois da troca de impressões que em 1947 tivera com várias entidades sobre vários problemas que interessam ao Instituto, nomeadamente os que dizem respeito ao ensino e formação de sanitaristas, fui a Paris entre o dia 24 de Agosto e 3 de Setembro, tendo no dia 26 estado no *Instituto Nacional de Higiene*, na Rua Cardinet, n.º 45 (17.º), onde o Prof. Bugnard me recebeu e deu todos os esclarecimentos de que precisava, voltando ali no dia 28, em que me ofereceu uma colecção das publicações do Instituto, oferecendo-me também alguns trabalhos o Dr. Candiotti, secretário geral do Instituto. No dia 26 mesmo, fui recebido na *Escola Nacional de Saúde Pública*, na Rua Tilsitt, n.º 1, onde, por estar em férias o seu director, Prof. Saintenoise, fui atendido, nesse dia, pelo Inspector, Dr. Pierre Don Zimett, com quem voltei a trocar impressões no dia 30, tendo-me, tanto ele como o Secretário Geral da Escola, Dr. Petitmaire, dado todos os esclarecimentos e fornecido documentação referente ao funcionamento da Escola.

Não me pude avistar com o Director Geral de Saúde, Dr. Cavaillon, por estar em férias, fora de Paris.

No dia 27 visitei o Laboratório dirigido por M.me Randouin, para onde viria pouco depois a Senhora Dr.ª D. Maria Ernestina Graça Mendes. Recebeu-me, na ausência da Directora, Mr. Fournier, que me esclareceu sobre as actividades da Sociedade Científica de Higiene Alimentar e de Alimentação Racional do Homem, à qual pertence o Laboratório e tem a sua sede na Rua de l'Estrapade, 16 (V). Voltei a avistar-me com Mr. Fournier no dia 31.

No dia 31 visitei o Instituto Pasteur, onde troquei impressões com o subdirector, Dr. Dujarric de la Rivière, com o Dr. Stefanopoulo, que me falou com a maior veneração do Prof. Ricardo Jorge e dos seus estudos, principalmente sobre febre amarela, que particularmente lhe interessam, por ser o serviço que dirige no Instituto, e com o Prof. Debré, com quem troquei impressões sobre o B. C. G., e me mostrou todas as dependências destinadas à sua preparação.

No mesmo dia fui recebido pelo Dr. John Grant, da Fundação Rockefeller, na rua de la Beaune, 20-6.º, com quem troquei impressões, anunciando-me a sua visita próxima a Lisboa, e que me apresentou a Miss Elisabeth Brackett, com quem troquei impressões sobre enfermagem de Saúde Pública e Serviço Social e em especial sobre Mary Richmond e o seu livro *Social Diagnosis*.

Na tarde de 31 avistei-me com Mr. Lucien Viborel, Director do Centro Nacional de Educação Sanitária do Ministério da Saúde Pública, no seu serviço, no n.º 66 do Boulevard S.t Michel, trocando impressões com ele sobre educação sanitária das populações e sobre as publicações que dirige, de algumas das quais me ofereceu exemplares.

No dia 30, por conselho do Prof. Bugnard e apresentação sua visitei Mr. Sauvy, director do Instituto Nacional de Estatística, situado no mesmo edifício da Rue de la Beaune, n.º 20, cuja organização inicial, gizada pelo Dr. Alexis Carrel, é mantida em grande parte e merece estudo atento e demorado, deixando-me excelentes impressões, e não é das menores a constante colaboração que dá ao Instituto Nacional de Higiene e à Escola Nacional de Saúde Pública e a resultante da leitura da valiosa revista *Population*, por ele dirigida e de que me ofereceu alguns números.

* * *

Seria longo analisar neste lugar os múltiplos documentos e subsídios que consegui obter em Paris, embora em tão rápida visita, sendo interessantes as impressões que colhi sobre as relações de cultura sanitária entre franceses que foram bolseiros da Fundação Rockefeller e a mesma Fundação e outros centros e ideias americanas.

Considerações finais

Depois de terem passado três anos de administração teria talvez lugar aqui uma resenha completa do que foi possível fazer-se no Instituto em consequência do estímulo que lhe foi dado no Decreto n.º 35.108 e do constante apoio com que o tem distinguido S. Ex.ª o Senhor Subsecretário de Estado da Assistência Social, Dr. Joaquim Trigo de Negreiros, com a aprovação dos dois titulares da Pasta do Interior, Senhores Tenente Coronel Botelho Moniz e Engenheiro Cancela de Abreu.

O carácter geral dado a este relatório anual ficaria desse modo prejudicado, e as suas dimensões tornar-se-iam excessivas. Por isso resolvemos escolher outra ocasião para o fazer, tanto mais que estão em curso obras de reparação de várias dependências do edifício que entretanto ficarão terminadas.

* * *

No dia 19 de Outubro, tal como tinha anunciado, visitou o Instituto o Dr. John Grant, representante da Fundação Rockefeller na Europa, vindo acompanhado do Sr. Director Geral de Saúde e do Prof. Francisco Cambournac. A seu pedido e de acordo com o Sr. Director Geral, dei-lhe uma nota sucinta descrevendo a organização não só do Instituto como dos Serviços de Saúde e de Assistência portugueses.

* * *

Por indicação do Sr. Director Geral fui fazer ao Porto, no dia 5 de Novembro, numa sala da Faculdade de Medicina, uma lição, integrada no Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário

organizado pelo Conselho Regional da Ordem dos Médicos, do Porto, lição subordinada ao título de *Higiene e Medicina Social Concelhias.*

* * *

Tem trabalhado no Instituto, no Laboratório de Bromatologia e Higiene da Alimentação, o Sr. Dr. Jorge Jantz, dando uma colaboração técnica valiosa, que julgo do meu dever registar, embora não pertença ao quadro do Instituto.

Está também instalado em dependências do Instituto o Laboratório da Junta Sanitária de Aguas, sendo excelente a *équipe* que nele trabalha sob a direcção da Senhora Dr.ª D. Helena d'Avila.

Dependendo do Serviço de Higiene da Alimentação estão igualmente instalados no Instituto o adjunto do Director daquele serviço (que é, como dos anteriores, o Dr. Bernardino de Pinho) Sr. Dr. Fausto de Campos, e duas visitadoras que trabalham no mesmo serviço, formando outra excelente *équipe,* que, como às outras, muito me honro que aqui trabalhem com material e livros que gostosamente pusemos à sua disposição.

No Laboratório de Bacteriologia Sanitária têm colaborado com o chefe do respectivo serviço, Sr. Dr. Arnaldo Sampaio, embora não pertencendo ao quadro do Instituto, mas por trabalharem na Delegação de Saúde de Lisboa e no Hospital Curry Cabral, os Drs. Cristiano Nina e José Cutileiro, que estão a dedicar a sua especial atenção ao estudo do problema das *ricketsioses.*

Felicitamo-nos também por esta excelente colaboração, que demonstra os recursos actualmente oferecidos pelo Instituto e quanto aqui se estimula o esforço dos que desejam trabalhar a bem da Saúde Pública, em qualquer dos seus sectores.

* * *

Chamamos a atenção para as listas dos livros e outras publicações que em 1948 entraram na Biblioteca do Instituto, publicadas no Boletim n.º 11, na página 80, n.º 13, da página 261 a 266 e n.º 15, da página 379 a 382.

* * *

Os mapas estatísticos mostram o movimento crescente dos serviços. O que não mostram é o entusiasmo pelos estudos e investigações, verificado em todos os sectores e que só quem priva com os funcionários pode surpreender. É-nos grato registá-los aqui também.

* * *

Não foi possível ainda este ano ver aprovado um Regulamento novo do Instituto, nem satisfeito um dos votos formulados nas conclusões do relatório do ano findo, qual é o de ser construido um edifício próprio a ele destinado.

Na verdade, à medida que os serviços se desenvolvem, mais patente surge a falta do edifício, manifestamente saturado e dentro de pouco tempo quase incapaz para as funções a que o Decreto n.º 35.108 deu tal incremento ou então esterilisador das próprias iniciativas a que deu origem o estímulo do Governo.

Esse mesmo estímulo exige para a laboração agora normal do Instituto que o pessoal contratado devido às exigências do serviço passe a fazer parte do seu quadro,

Os ensinamentos colhidos nos cursos forneceram subsídios valiosos para uma remodelação destes, dando-lhes nível já mais elevado e um carácter cada vez mais prático.

O horário dos laboratórios, conforme tive oportunidade de dizer quando se uniformizou o de todos os serviços das 9 às 12 e das 14 às 17, trouxe várias perturbações a certos trabalhos, que são prejudicados com a interrupção de 2 horas, sendo preferível o trabalho contínuo, iniciado e terminado às horas que se julgarem preferíveis.

Outras observações que fizesse não passariam de repetição das feitas em relatórios anteriores ou inúteis em face dos números que as estatísticas juntas revelam.

Conclusões

I — O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge durante o ano de 1948 continuou a apetrechar os seus laboratórios e a sua Biblioteca de modo a tornar-se, conforme as indicações do Decreto n.º 35.108 e as directrizes transmitidas pelos srs. Subsecretário de Estado da Assistência Social e Director Geral de Saúde, cada vez mais um centro de ensino, de investigação e de estudos a bem da Saúde Pública.

II — O seu pessoal técnico e administrativo trabalhou dedicadamente de modo a prestigiar as suas funções e a honrar a memória do Patrono do Instituto.

III — O movimento de todos os serviços do Instituto aumentou de intensidade em relação aos anos anteriores.

IV — Cada vez se impõe com mais urgência a construção dum edifício próprio, onde possa dar-se o devido desenvolvimento aos serviços, tão beneficiados com o impulso que receberam com o Decreto n.º 35.108 e o constante apoio do Governo, de modo a animar o entusiasmo manifesto do seu pessoal.

V — O serviço de comprovação de medicamentos e em particular o de soros e vacinas, de tanta importância e responsabilidade, só pode ter conveniente funcionamento em edifício suficientemente amplo, com as dependências indispensáveis para instalação de animais de laboratório em condições higiénicas e de bom rendimento.

A construção dum edifício nessas condições será mais económica, dado o incremento que exige o Decreto n.º 35.108, do que o aluguer de casas onde se improvisem as instalações, evitando-se além disso o erro administrativo proveniente da dispersão.

VI — Enquanto não esteja construído o edifício impõe-se a aprovação dum regulamento provisório do Instituto.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Movimento geral de Análises Bacteriológicas

PRODUTOS	QUANTIDADES				
	Média de 5 anos 1941-45	1945	1946	1947	1948
Águas	9	5	5	6	—
Cabelos (pesquisa de tinha e outros parasitas)	—	7	7	72	94
Cálcio Sandoz	—	—	3	—	—
Derrames sinoviais (pleurais, etc.)	—	—	3	—	2
Esfregaços de pús para pesquisa de gonococos	29	19	44	52	29
Espectoração para pesquisa de Bacilo de Koch	98	108	109	230	473
Exsudados de ulceração peniana	30	29	27	27	26
Fezes (investig. de bac. de Koch, disentéricos, tíficos, parasitas e seus ovos)	15	16	136	311	22
Fragmentos de baço e pele ulcerada para pesquisa de Leishmanias	—	—	4	—	2
Leites em pó	—	—	3	—	—
Líquidos céfalo-raquidianos (1)	30	28	29	20	45
Mariscos (berbigões)	—	—	2	—	—
Sangue para aglutinação com antigénio Vi	—	—	58	282	—
» para contagem de glóbulos, formula leucocitária e velocidade de sedimentação	94	120	194	34	128
» para pesquisa do hematozoário do paludismo e de Kala-azar	0,8	2	8	7	7
» para hemocultura de Kaiser	150	207	212	243	252
» para hemoglobina	—	—	9	20	—
» para reacção de Kahn	630	685	681	1.405	1.851
» para reacção de Wassermann	1.322	1.308	1.474	1.890	3.212
» para reacção de Weil-Felix	49	44	25	120	68
» para reacção de Widal	411	371	490	478	519
» para reacção de Wright ou Huddlesson	31	38	60	77	157
» para reacção de Weinberg	—	—	—	—	2
» para hemoculturas de Viridans	—	—	—	—	2
Secreção nasal (pesquisa do B. de Hansen)	—	—	—	9	56
Urinas para exame cito-bacteriológico do sedimento, inoculação ao cobaio ou cultura	5	24	6	13	4
Vacinas anti-variólicas para verificação	—	—	—	1	—
Pesquisas do bacilo de Löffler	—	—	—	—	9
Outras análises (2)	29	32	15	84	14
Total	2.932,8	3.043	3.604	5.381	6.974

(1) Líquidos céfalo-raquidianos para contagem celular, exame cito-bacteriológico, reacções de Wassermann e Kahn.

(2) Cabelos para exame parasitológico (72 em 1947), Iogourt. polpa esplénica para Kalazar, queijo, sangue para investigação de bruceloses, para determinar tempos de coagulação e hemorragia, reacção de Takata, secreção do colo uterino, chouriço de carne, desinfectante, para índice fenólico, lactil-lab, leites para titulo colibacilar, esfregaços para pesquisa de bacilos de Hansen, carbúnculo e mal rubro, parasita intestinal para identificação, líquido pleural para exame bacteriológico, ostras para análise bacteriológica, carraças para identificação e inoculação ao cobaio.

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Movimento geral de Análises Químicas

PRODUTOS	QUANTIDADES				
	Média de 5 anos 1941-45	1945	1946	1947	1948
Açúcar	7	15	4	15	48
Agua (cloretos, etc.)	—	—	3	4	—
» (completa)	0,6	—	1	—	—
» (simples)	55	95	57	63	—
» (sumária)	143	100	187	124	192
Agua de Javel e produtos clorados	—	—	23	4	—
Azeite	68	57	45	61	121
Banha	—	—	—	—	29
Cacaus e chocolates	8	3	2	2	1
Cafés	—	—	5	—	2
Cálcio Sandoz	—	—	3	—	—
Chá	—	—	4	2	1
Cominhos	17	10	3	13	3
Conservas de frutas	6	—	14	1	2
» de peixe e mariscos	9	6	4	10	41
Còrantes	—	—	13	53	23
Digitalina	—	—	3	—	—
Farinhas diversas	44	47	33	68	21
Leite de mulher	10	24	20	25	12
» em pó	—	—	3	—	—
» de vaca	259	401	485	391	407
» pasteurisado	—	—	—	—	3
Licores	7	4	11	1	2
Líquidos céfalo-raquídeos	30	30	25	4	—
Manteiga	22	44	6	4	64
Mariscos (berbigão)	—	—	2	—	—
Margarina	—	—	4	1	6
Massa de Tomate	19	22	30	36	46
Massa Alimentícia	—	—	—	—	5
Oleo de fígados de bacalhau	5	12	4	2	19
Pimenta	9	11	13	2	2
Pimentão	50	66	29	6	1
Produtos cresolados	4	22	13	—	—
Queijo	12	47	19	46	5
Refrigerantes	—	—	20	10	36
Sangue (açúcar)	1	5	8	5	—
Sangue (ureia, açúcar, etc.)	9	19	29	20	72
Sumo de uva	—	—	2	2	—
Trigo	—	—	8	4	1
Urina	58	73	84	87	221
Vinagre	11	14	3	7	15
Vinho	14	8	14	29	25
Outras análises (1)	176	121	28	89	227
Total	1.053,6	1.256	1.264	1.171	1.653

(1) Água oxigenada, amendoím, azeitonas, arroz, bolachas, canela, centeio, cerveja, erva doce, extrato de cola, farinheiras, feijão branco, fermento em pó, figos, infusão de graínha de uva com aguardente, mel e melaço, pão, peixe, toucinho e trigo, em 1948, no total de 32 análises, além de 195 de

NOTAS:

Este ano não se puderam fazer 795 análises bacteriológicas por os produtos enviados não virem em condições: — Wassermann — 125, Kahn — 558, Widal — 36, — Kayser — 21, Huddlesson — 27, Weil-Felix — 5, formula leucocitária — 3, pesquisas de plasmódios — 2, pesquisas de hematozoários — 1, sangues sem indicação de finalidade — 7, expectorações — 19, pesquisas de gonococos — 2, pesquisas de bacilo de Hansen — 2, fezes — 1, urina — 1, liquido céfalo-raquidiano — 2, zaragatoas — 2.

* * *

O aumento do número de análises químicas verificado em 1948 deve-se em parte a colheitas de amostras de géneros alimentícios pelo Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia, da Direcção Geral de Saúde, quer para efeito de estudos em curso, como sucede com a manteiga (64 amostras), quer para efeito de fiscalização sanitária, como sucede com os refrigerantes (36 amostras).

E porque este Serviço vai alargando a sua acção, o trabalho do laboratório virá a aumentar bastante. Como já se informou em 1947, trata-se de análises globais, sumárias ou completas, correspondendo a cada uma delas uma série de determinações e ensaios.

Acrescente-se que se trata das mais variadas determinações, e não de análises em série, pois são 54 as espécies analisadas o que tem de levar-se em conta para avaliar o trabalho efectuado.

Pesam ainda as análises clínicas — 151 de urinas e 65 doseamentos de ureia e glicémias no sangue só em amostras remetidas por delegados e subde-

---

outros produtos (ácido cítrico, ácido cresílico, adubos, água raz, areia, bagaço de azeitona, cera, dextrina, farinhas para alimentação de gado, massa de refinação de azeite, oleos de algodão, bagaço, linhaça, palma e peixe, pasta de amendoim, sabão, sarro de vinho, sementes de rícino e tanino), que, aproveitando a competência, do pessoal técnico, do Instituto e os recursos oferecidos pelos seus laboratórios foram requisitadas ao laboratório de Bromatologia, embora vão sendo pròpriamente da rotina deste.

Sobre a variedade de análises feitas neste Laboratório nos anos de 1941 a 1947 ver os n.os 4 e 10 do Boletim do Instituto.

legados de saúde. Embora não seja função de um laboratório de higiene da alimentação a análise clínica, não se puderam deixar de atender, a solicitação e as necessidades destes serviços de medicina oficial.

* * *

ERRATA

Por lapso de revisão, a lição publicada no n.º 14 do *Boletim*, de páginas 267 a 301, sobre *A luta contra os estupefacientes*, saiu sem o nome do Autor. o sr. Dr. Bernardino de Pinho. Lamentando o lapso, pedimos a S. Exª nos releve a falta, que sabe bem ter sido involuntária.

Junta Sanitária de Águas

Movimento geral de análises no laboratório, no ano de 1948

As amostras, em número de 404, foram colhidas pelo Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia, nas seguintes terras:

A-da-Beja — boletins n.º 501 - 517
Abrantes — boletins n.º 424 - 521
Alcáçovas — boletim n.º 472
Algeruz (Setúbal) — boletins n.º 391 - 422 - 485 - 494 - 530
Almada — boletim n.º 541
Almeirim — boletim n.º 544
Almoçageme — boletim n.º 490
Alter do Chão — boletim n.º 449
Alvega — boletins n.º 543 e 543-A
Amora — boletim n.º 455
Atrozela — boletins n.º 432 - 476 - 486 - 500
Aviz — boletim n.º 409
Barragem do Zézere (Castelo do Bode) boletins n.º 393 - 401.
Barreiro — boletins n.º 443 - 462 - 512 - 531
Batalha — boletim n.º 439.
Beja — boletim n.º 441.
Borba — boletim n.º 453
Braga — boletim n.º 426
Cabreira — boletim n.º 387
Caldas de Monchique — boletins n.º 415 - 430 - 451 — 495 - 502 - 510 - 539
Caneças — boletins n.º 394 - 419.
Carrazeda de Anciães — boletim n.º 389
Carregueira — boletim n.º 464
Cartaxo — boletins n.º 403 - 488 - 504
Casal da Fonte (Torres Novas) — boletim n.º 406
Cascais — boletim n.º 527
Castelo Branco — boletim n.º 418
Castelo de Vide — boletim n.º 456
Coina — boletins n.º 463 - 529
Costa da Caparica — boletim n.º 482
Curia — boletim n.º 481
Entroncamento — boletim n.º 524
Estoril — boletins n.º 411 - 538
Estremoz — boletins n.º 468 - 507
Evora — boletins n.º 382 - 386 - 417 - 491 - 542 - 542-A — 542-B
Ferreira do Zézere - boletim n.º 519
Figueira da Foz — boletins n.º 414 - 484
Fundão — boletim n.º 478
Gerez — boletim n.º 447
Golegã — boletim n.º 545
Guiães — boletim n.º 534
Juncal (Porto de Moz) — boletins n.º 395 — 598 - 399
Lardosa (Castelo Branco) — boletim n.º 434

Leiria — boletins n.º 385 - 404 - 445 - 465 - 489
Lisboa — boletins n.º 513 - 536
Marinha Grande — boletim n.º 497
Montalvão — boletim n.º 448
Montargil — boletim n.º 410
Monte Estoril — boletins n.º 442 - 532
Montemór-o-Novo — boletins n.º 435 - 480 - 526
Montijo — boletim n.º 516
Murteira (Loures) - boletins n.º 437 - 457
Nazaré — boletim n.º 440
Niza — boletim n.º 450
Odesseixe — boletim n.º 514
Olhão — boletim n.º 405
Oliveira de Azemeis — boletim n.º 384
Parada de Gonta — boletim n.º 392
Parede - - boletim n.º 470
Paredes — boletim n.º 460
Passarela — boletim n.º 420
Pindelo — boletim n.º 498
Pombal — boletim n.º 525
Porto Brandão (Asilo 28 de Maio) — boletins n.º 381 - 388 - 390 - 412 - 423 - 431 - 459 - 474 - 479 - 493 - 511 - 523 - 540
Porto Sobreira (Cantanhede) — boletim n.º 533
Redondo — boletins n.º 383 - 469
Sameiro — boletim n.º 446
Santa Comba Dão — boletim n.º 427
Santa Eulália — boletim n.º 382
Santarém — boletins n.º 407 - 425 - 475 - 503 - 522
Santiago do Cacém — boletim n.º 515
Sernache — boletim n.º 397
Sertã — boletins n.º 396 - 496
Setúbal — boletim n.º 461
Sintra — boletins n.º 466 - 477 - 487 - 499 - 528 - 537
S. Martinho do Porto — boletins n.º 428 - 483
S. Pedro de Muel — boletins n.º 413 - 444 - 458
Talhadas (Sever do Vouga) — boletim n.º 408
Tomar — boletins n.º 400 - 421 - 467 - 509 - 518
Torre da Marinha — boletim n.º 454
Torres Vedras — boletins n.º 438 - 473 - 520
Vendas Novas — boletim n.º 436
Viana do Alentejo — boletim n.º 471
Viana do Castelo — boletim n.º 380
Vila Real de Trás-os-Montes — boletim n.º 535
Vila Viçosa — boletins n.º 452 - 492 - 505 - 506.
Vilar Barroco (Oleiros, Castelo Branco) — boletim n.º 433
Zimão (Vila Pouca de Aguiar) — boletim n.º 402

A maioria são análises bacteriológicas de águas de abastecimento, mas efectuaram-se algumas em amostras de água de mesa e minero-medicinais.

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Mapa comparativo das despesas processadas e pagas

Despesas com o pessoal	1936/45 (Média)	1945	1946	1947	1948
Compreendendo pessoal dos quadros, contratado, assalariado, gratificações e despesas com os Cursos, fardamento e batas, Abono de Família, Suplemento, subsídio eventual, ajudas de custo, etc.	216.945$80	223.203$43	414.822$70	697.390$10	671.575$24
Despesas com o material					
Compreendendo aquisições e reparações de máquinas, aparelhos, utensílios, mobiliário de laboratórios e secretaria, obras de reparação, aquisição de impressos, material de consumo corrente, livros e outras publicações . .	44.033$30	73.298$60	258.653$85	592.462$09	560.272$36
Pagamento de serviços e diversos encargos					
Compreendendo luz, aquecimento, água, limpesas, despesas de comunicações, renda de casa, Boletim, participações em receitas, força motriz, Caixas de Previdência e abonos de família e outros serviços não especificados	60.035$60	62.901$48	101.854$75	197.394$96	237.334$22
Total	321.014$70	359.403$51	775.331$30	1.487.247$15	1.469.181$82

CONTA DE GERÊNCIA DE 1948

Receitas diversas	69.181$82
Subsídio do Estado	1.400.000$00
Soma	1.469.181$82
Despesa total	1.469.181$82

Índice do ano III do Boletim (1948)

	Fasc.	Págs.
A ABRIR	11	3
Alguns aspectos sanitários de um distrito rural — pelo Dr. José Lopes Dias	11	5
Obras municipais — Erros e defeitos — pelo Eng.º Agnelo Prazeres	11	26
LUGARES SELECTOS (algumas páginas de Ricardo Jorge):		
1897 — Sousa Martins	11	39
1897 — « Ex imo»	13	247
1899 — A peste bubónica no Porto	14	331
1885 — O Professor — Condições económicas	15	383
Compromisso Deontológico da Ordem dos Médicos	11	55
Plano e Professores do Curso de Medicina sanitária (1947–48)	11	78
» » » *de Visitadoras* (1947–48)	11	79
Publicações periódicas assinadas em 1948	11	80
Contribuição para o estudo da composição química e do valor alimentar dos queijos portugueses — pelas Dr.as D. Maria Ernestina da Silva Graça Mendes e D. Raquel Carvalho de Almeida	12	81
Vacinação anti-tuberculosa pela B. C. G. — pelo Dr. Augusto da Silva Travassos	13	187
Medicina preventiva da lepra — pelo Prof. Froilano de Melo	13	219
Paralisia Infantil — pelo Dr. Cordeiro Ferreira	13	230
4.º Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde	13	250
Obras entradas na Biblioteca do Instituto em 1948 (livros e revistas compradas)	13	261
A luta contra os estupefacientes — pelo Dr. Bernardino de Pinho	14	267
Endemia de variola minor — pelo Dr. José Cutileiro	14	302
Surto de tuberculose, simulando inicialmente febre tifoide — pelo Dr. José Cutileiro.	14	315
A profilaxia da tuberculose na técnica da salubridade — pelo Dr. Carlos d'Arruda Furtado	15	347
Higiene e Medicina Social Concelhias — pelo Dr. Fernando da Silva Correia	15	358
Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge — Obras oferecidas ou permutadas em 1948	15	379

Medicina Preventiva e Saúde Pública — pelo Dr. Cristiano Nina 15 402
O exercício da Medicina em Portugal (Decreto-lei n.º 32.171) . 15 420
Topografias Médicas (*Importância das Topografias Médicas para os delegados e subdelegados de Saúde*) — pelo Dr. J. T. Montalvão Machado. 16 431
O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge em 1948 (Relatório e Contas) — por Fernando da Silva Correia . . 16 450
O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge — Movimento geral de Análises Bacteriológicas 16 470
Movimento Geral de Análises Químicas 16 471
Junta Sanitária de Águas 16 474
Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge — Mapa comparativo das despesas processadas e pagas 16 476

Índice das gravuras

	Fasc.	Págs.
1 — Gráfico sobre o consumo de estupefacientes em Portugal .	14	298
2 — Gráfico sobre casos de contágio escolar de tuberculose duma professora a 29 alunos	14	321
Figuras 1 a 30 — Radiografias toráxicas referentes ao surto de tuberculose escolar, simulando, inicialmente, febre tifoide. .	14	330
Fig. 31 — Primeira reunião dos Delegados de Saúde	16	462
» 32 — Um aspecto da Primeira reunião dos Oftalmologistas .	16	463