

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

BOLETIM

DO

Instituto Superior de Higiene
Doutor Ricardo Jorge

VOLUME VI

LISBOA - 1951

BOLETIM

DO

Instituto Superior de Higiene
Doutor Ricardo Jorge

Ano VI

LISBOA — 1951

Vai com este número iniciar-se a publicação do VI ano do Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, iniciado em 1946, ao ser remodelado o Instituto pela execução das disposições do Decreto-lei n.º 35.108 e desde então publicado com regularidade, apenas interrompida fugazmente por dificuldades tipográficas.

Nos 28 fascículos que saíram completaram-se 2.250 páginas, com 147 gravuras, tendo neles colaborado 46 autores, entre os quais, além do director, chefes, adjuntos e analistas dos laboratórios do Instituto, de professores dos Cursos de Medicina Sanitária, de Visitadoras Sanitárias e de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, se contam Inspectores Superiores, Directores de Serviços da Direcção Geral de Saúde, Delegados de Saúde, o próprio Director Geral de Saúde e até o Subsecretário de Estado da Assistência Social, formando uma equipa, assim irmanada nos esforços a bem da Saúde Pública.

Seguindo as disposições do Regulamento de 16 de Março de 1912, ainda em vigor nesse ponto, ditadas pelo Prof. Ricardo Jorge, o Boletim inseriu « trabalhos do Instituto e notícias para a divulgação da Higiene », além de alguma legislação, que, a seguir a 1931, passou antes a ser publicada, no seu conjunto, pela Direcção Geral de Saúde.

Deste modo podem ler-se nos 5 volumes do Boletim, publicados de 1946 a 1950, relatos de trabalhos laboratoriais executados no Instituto, ou em locais para onde se deslocou o seu pessoal com material seu, adquirido graças ao impulso do Decreto-lei N.º 35.108; relatórios, contas e estatísticas anuais das suas diversas actividades; listas dos livros adquiridos para a Biblioteca, entre os quais a das publicações feitas pela Direcção Geral de Saúde entre 1931 e 1942; subsídios para a História da Higiene

e da Assistência, em particular do Instituto Ricardo Jorge, 8 conferências sobre assuntos sanitários e 39 das 184 lições proferidas em cursos de Aperfeiçoamento, aqui realizados; 10 leis, regulamentos ou circulares; programas, planos e nomes dos professores que regeram os cursos; relatório da I Reunião dos Delegados de Saúde; notícias de interesse sanitário ou pedagógico, como as referentes aos prêmios anuais concedidos aos alunos do Curso de Medicina Sanitária por Monografias médicas por eles elaboradas, à comemoração do Dia Mundial da Saúde, a preceitos de prática sanitária, ao livro « Diagnóstico Social », de Mary Richmond, a inquéritos sobre a Pelagra e o Bocio feitos pelo Serviço de Higiene da Alimentação e Bromatologia, ao ensino sanitário, etc.

A par disso puderam ler-se no Boletim durante os cinco anos 19 trechos de trabalhos de Ricardo Jorge, excelentes lições não só para os que trabalham no Instituto e para todos os sanitaristas, mas para homens de Estado, registando-se dados bio-bibliográficos que lhe dizem respeito e as actividades do Grupo dos Amigos que colabora no culto pela sua prestigiosa memória, de tão larga projecção no meio sanitário internacional. Além da realização de conferências sobre a sua vida e obra, que começará a ser reeditada em breve, como preparação para as comemorações do I Centenário do seu nascimento, a celebrar em 9 de Maio de 1958, iniciou-se já uma subscrição para se erigir um busto do Mestre.

Quem ler o programa traçado na abertura do 1.º número deste Boletim, que sucedeu aos que Ricardo Jorge publicou, verificará que ele tem sido quanto possível cumprido à risca:

— Têm-se nele publicado « trabalhos de vulgarização necessários ao aperfeiçoamento técnico das autoridades sanitárias e ao esclarecimento de todas as actividades do Estado, independentemente das destinadas à educação sanitária da população ».

« A' medida que as instalações e as dotações orçamentais permitam a realização de trabalhos de investigação científica serão as páginas do Boletim progressivamente ocupadas cada vez mais com os relatos dessas investigações.

Do que sempre dará conta é das suas actividades laboratoriais, estatísticas e pedagógicas, ao mesmo tempo que prestará culto à memória do seu Patrono, contribuindo para que a sua obra seja conhecida e as suas lições aproveitadas.

A permuta com outras revistas permitirá um intercâmbio, sempre útil e prestigiante para todos ».

« Publicar alguma das lições proferidas nos Cursos de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, de modo a poder a sua leitura ser útil a todos os subdelegados do País, visto a todos ser enviado o Boletim ».

Transcrever algumas das páginas de Ricardo Jorge « 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 sistematicamente postos de parte por incultura, falta de inteligência ou capricho lamentável, que felizmente está cada vez a dar maior 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 ».

« Elevar a competência sanitária dos médicos, visitadoras e demais funcionários técnicos e contribuir para a criação duma consciência sanitária nacional ».

Está planeada a publicação de notas históricas sóbrias, quadros, gravuras e estatísticas destinadas a mostrar que, ao contrário do que disse há pouco um prestigioso professor estrangeiro, Portugal possui numerosas instituições médico-sociais que, embora longe de satisfazerem as pessoas responsáveis conhecedoras do assunto, não nos envergonham em face de outros países que mereceram louvores ao mesmo autor.

O General Médico holandez, Dr. François Daubenton, chefe do Bureau de África da Organização Mundial da Saúde, ao passar em 26 de Abril por Lisboa e verificar pessoalmente a existência de tanta coisa ignorada no estrangeiro e digna de admiração, manifestou-nos a sua estranheza, atribuindo o facto à « discreção » ou modéstia dos portugueses que não os deixa proclamar aos outros povos tanto e tanto que para eles seria exemplar.

As mesmas impressões colheira o Dr. KNUT Kjellberg, médico sueco ao serviço da Organização Mundial da Saúde, ao visitar o Instituto em 9 de Março e, antes deles, em Fevereiro, os médicos americanos Drs. Rein e Kitchen.

* * *

Terá de ser alterado o programa até aqui seguido ?

Só o futuro o poderá mostrar.

Devido às circunstâncias do momento o número de páginas deste Boletim sofrerá uma redução.

A época de incertezas de ordem internacional que vivemos é pouco de molde a fazer programas rígidos.

Duma coisa se pode ter a certeza, todavia, de ele ser o reflexo fiel das actividades, estudos, esforços e entusiasmo dos que trabalham no Instituto e dos auxilios e estímulos que continue a receber, segundo uma honrosa tradição criada nos últimos cinco anos.

Quanto a beneficiamentos a introduzir-lhe eles dependerão das colaborações que nos continuarem a dar e dos apoios que acaso merecermos.



Parque Sanitário — O Presidente Carmona ouvindo o Dr. Fausto Landeiro na sessão inaugural da Exposição de Material da luta anti-sezonática em 23 de Março de 1940



Presidente da República Marechal António Óscar de Fragoso Carmona

(1869 - 1951)

Quis o acaso que se finasse o Presidente Carmona precisamente quando se iniciava a composição do presente número do Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

Bastaria a circunstância de se tratar dum Chefe de Estado de raro prestígio nacional e internacional (o primeiro que em 20 anos de Monarquia e em 40 de Regime Republicano morreu de morte natural no exercício das suas funções e ocupou mais tempo o seu alto cargo do que todos os presidentes, sendo igualado na duração da sua magistratura por poucos reis apenas, através 8 séculos da nossa História) para que o seu falecimento não pudesse deixar de ficar registado com os motivos desse prestígio.

Com efeito, não é fácil encontrar reunidos na mesma pessoa a inteligência, a viveza, a afectividade, a dedicação, a coragem moral, a prudência, a modéstia, a cultura, o patriotismo, a dignidade, o estoicismo, o tacto, o espírito de sacrifício, a resistência a sugestões, a personalidade nobre, enfim, do Marechal Carmona.

Desde 28 de Maio de 1926 a 18 de Abril de 1951 foi sujeito pelos acasos da vida internacional e pelas paixões dos seus compatriotas às mais rudes e significativas provas, a que muito poucas pessoas teriam ânimo para resistir, mantendo uma linha de conduta, nem sempre compreendida imediatamente, mas que de ano para ano fez aumentar o seu prestígio e com ele o da Nação.

Poucos chefes do Estado Português o mereceram como ele, símbolo duma reacção salutar imposta e proclamada como indis-

pensável e urgente por muitos dos próprios adversários, que precederam na administração os seus anos de Governo.

Registando estas palavras simples de justiça em face dos seus despojos mortais, agora que ninguém as poderá tomar como de lisonja, sentimos que cumprimos um simples dever de consciência, como cidadãos.

* * *

Mas não é apenas como cidadãos conscientes, gratos e ávidos de justiça, que os sanitaristas portugueses têm de evocar o nome do Marechal Carmona. Não! É também como estimulador e obreiro do mais notável conjunto de esforços que em Portugal se tem realizado a bem da Saúde Pública em todos os tempos.

Quem algum dia haja estudado atentamente a história da nossa legislação sanitária, do ensino e da cultura sanitária, das instituições destinadas a defender a saúde da população e do conjunto de inquéritos, estudos e acção contra endemias e epidemias e de luta contra as doenças sociais, facilmente verifica, com provas objectivas irrefutáveis, a verdade desta afirmação, apesar de tanto que ainda resta fazer, seguindo o seu exemplo lúcido. Na verdade, nos 32 quartos de século da História de Portugal, foi no de 1926 a 1950 que mais e melhor se produziu a bem da Saúde Pública.

Não é vulgar em Portugal encontrar quem compreenda convenientemente o alcance e a utilidade da Higiene Pública e da Medicina Social, essencialmente preventivas, mercê da rotina que faz apreciar na Medicina apenas o seu aspecto terapêutico.

Até na classe médica esse conceito acanhado é vulgar, a cada passo com prejuízo material e desprestígio de médicos aliás distintos e até notáveis como clínicos.

Não se vê sequer o valor económico da Medicina Preventiva, reduzindo gastos improdutivos e evitando a perda de elementos de produção, esta última não inferior à primeira, visto muitos dos sobreviventes de doenças evitáveis ficarem com aleijões, doenças crónicas e diminuição da robustez e da capacidade para o trabalho.

Nesta época em que tanto se discute o valor material da vida e em que a teoria marxista da explicação materialista da história, é tão invocada, alguns dos iludidos com as utopias comunistas são os primeiros a esquecer o valor da Medicina Preventiva.

Confunde-se Medicina Social, realizável em todos os regimes, pois o seu carácter essencialmente preventivo é independente de quaisquer credos, com Medicina Socializada — miragem illusória de que até hoje não tem resultado mais do que a exploração do trabalho médico, o despotismo que mecanisa a Medicina e a pretende tornar numa peça passiva da indústria dos medicamentos, ou verdadeira domesticação da Medicina, a sua proletarização, como se diz em linguagem *ortodoxa*.

Pois bem! O Marechal Carmona, que não era médico e em contraste com outro Marechal, também homem de Governo, Saldanha, que ficou na História da Medicina Portuguesa como ingénuo entusiasta por uma doutrina utópica, a da homeopatia, compreendeu sempre e apoiou tudo o que está de acordo com as Ciências Médicas e com a orientação agora dada em toda a parte e recentemente proclamada em todo o mundo médico, de que mais do que a Medicina da doença deve preocupar-nos a Medicina da Saúde, pois na verdade a única Medicina acessível à maioria das populações, dos pobres em especial, independente de modas, caprichos, sofismas ou parasitismos de qualquer ordem, é a Medicina Preventiva. Desde Hipocrates que assim é.

Honrada seja por isso a sua memória.

Óscar Carmona assinou todos os decretos e leis a bem da Saúde Pública promulgados em Portugal, quer para o Continente, quer para as Províncias Ultramarinas durante um quarto de século.

O primeiro decreto referente a Saúde foi o que remodelou os serviços de Saúde Pública, datado de 12 de Outubro de 1926, quatro meses e meio depois da Revolução de 28 de Maio. O ministro que então superintendia nos assuntos Sanitários, o da Instrução, foi o Prof. Doutor Artur Ricardo Jorge, filho do eminente Higienista a quem se devia o notável Regulamento Geral de Saúde de 1901, que o Rei D. Carlos e Hintze Ribeiro tornaram lei do País e ainda hoje nos honra.

Em vão bradara Mestre Ricardo Jorge pelo cumprimento desse regulamento modelar, quer durante dez anos de regime monárquico quer em 16 de regime republicano. Os governos que se sucederam simbolizavam a imprevidência nacional. Só nas ocasiões de epidemias ou de congressos internacionais é que se lembravam dos serviços de Saúde, atribuindo então aos pobres funcionários dependentes da Direcção Geral de Saúde o que só

era devido à sua incúria, muita vez consecutiva a conselhos de médicos, ilustres alguns deles, como clínicos, mas desconhecedores ou desprezadores da importância da Medicina Preventiva.

Quem quiser saber a indiferença dos poderes públicos pelos problemas da Saúde Pública leia as páginas que Ricardo Jorge nos deixou; leia, pelo menos, o notável discurso « A propósito de Pasteur » que ele pronunciou na Faculdade de Medicina de Lisboa em 23 de Abril de 1923 e o relatório que precede o decreto n.º 12.477 de 12 de Outubro de 1926.

Que se fez desde 1926 a 1950, tudo assinado pelo Presidente Carmona? Apenas a traços largos o podemos referir, evocando os nomes dos Ministros que, após o Prof. Artur Ricardo Jorge, apoiaram os directores gerais que se seguiram ao Pai do Ministro: Dr. José Alberto de Faria (1928-1945) e Dr. Augusto da Silva Travassos, desde 1946 até hoje.

Os ministros foram: no Interior, Coronel Costa Macedo, Generais Vicente de Freitas e Ivens Ferraz, Coronel Lopes Mateus, Drs. Pais de Sousa e Albino dos Reis, Capitão Gomes Pereira, Coroneis Linhares de Lima e Botelho Moniz, Engenheiro Cancela de Abreu e Dr. Trigo de Negreiros.

Nas Finanças, General Sinel de Cordes e doutores Oliveira Salazar e Costa Leite.

Como subsecretários de Estado, promovendo nova remodelação, tendente a tornar mais eficientes todos os serviços e a remover o maior número de obstáculos, os Drs. Joaquim Dinis da Fonseca (1940-1945) e Joaquim Trigo de Negreiros (1945-1950).

Quem escreve estas linhas acompanhou em todos os pormenores os passos dados, podendo por isso contar o que se passou, documentando-o, não só desde 1926, mas desde 1921, em que entrou para os serviços de Saúde, até ao dia de hoje.

A legislação, a pouco e pouco aperfeiçoada, conforme as exigências da prática, transformou por completo as possibilidades.

O apoio das autoridades aos sanitaristas aumentou dum modo geral, embora não sejam raras as excepções.

O que todavia mais se fez sentir foi a acção, objectivada em instituições, em obras, em estudos e em iniciativas.

Em tudo se encontra sempre o apoio consciente e interessado do Marechal Carmona.

Com efeito, a sua presença verificou-se em todos os actos em que alguma coisa de novo se fazia, não para cumprir apenas

uma formalidade protocolar, mas interessando-se pelos mínimos pormenores e recordando-se deles muito tempo depois.

Vimo-lo, por exemplo, já em 1927, com o General Sinel de Cordes e o então Coronel José Vicente de Freitas, no Lactário Creche das Caldas da Rainha, como o vimos em Lisboa, na inauguração do Parque Sanitário e do Dispensário de Higiene Social, a presidir à inauguração duma Exposição de material de luta anti-sezonática, como em outras muitas cerimónias que, representavam consciência sanitária, dando estímulo a estudiosos, a funcionários, médicos e não médicos, louvando, premiando, condecorando, alegrando-se com os êxitos e realizações, acompanhando as máguas e compartilhando da ansiedade de fazer cada vez mais e melhor.

Mas não foi só do Ministério do Interior, pela Direcção Geral de Saúde, que dimanou a acção a bem da Saúde Pública. Muito se fez por intermédio dos Ministérios das Obras Públicas, Educação, Economia, Guerra, Marinha, Colónias e Corporações, das Juntas Gerais dos Distritos e das Províncias, Câmaras Municipais, Misericórdias, etc., como, do próprio Ministério do Interior, pela Direcção Geral de Assistência (luta contra a mortalidade infantil, a tuberculose, a lepra, as doenças mentais, assistência hospitalar, maternal, a menores, a inválidos, enfermagem, repressão da mendicidade, socorro social, assistência à família, centro de inquérito assistencial, serviço social, inspecção da assistência social, etc.).

Na verdade em todos os Ministérios e por esse País fora alguma coisa de são se passou nos espíritos que fez compreender mais do que nunca a necessidade nacional de se cuidar da defesa da saúde dos portugueses.

O Marechal Carmona foi dos que primeiro e mais se convenceu dessa necessidade.

Honra lhe seja e que o seu exemplo seja seguido pelos que lhe sucederem, a Bem da Nação, para honra não só da sua memória mas de todos os portugueses.

F. S. C.

Subsídios para a História de 25 anos de defesa da Saúde Pública em Portugal (1926-1950)

I

De 1926 a 1928

(sendo Director Geral de Saúde o Professor Ricardo Jorge)

Legislação

Publicação do Decreto n.º 12.477 que remodelou os Serviços de Saúde Pública.

Idem do Decreto n.º 13.166 que regulamenta este, criando-se cargos de inspectores chefes, dando-se maior exequibilidade às determinações sanitárias, estimulando e prestigiando as autoridades sanitárias, evitando obstáculos e abusos, etc.

Id. do Decreto n.º 13.620, com o Regulamento técnico dos serviços de assistência médica e protecção aos emigrantes portugueses.

Decreto n.º 13.842, aprovando novo Regimento de preços de Medicamentos.

Decreto n.º 14.181, sobre obrigatoriedade do registo de cães pelas Câmaras Municipais, para profilaxia da raiva.

Decreto n.º 14.372 sobre as receitas resultantes para o Estado, Municipalidades, etc. da aplicação da nova legislação sanitária, que permitiram beneficiar os vencimentos do pessoal sanitário e dar maior desenvolvimento aos serviços de Saúde Pública.

Decreto n.º 14.433 que cria o Parque Sanitário em Lisboa com uma secção no Porto e aperfeiçoa os serviços de luta anti epidémica, pondo à sua disposição material necessário.

Portaria n.º 5.046 sobre licenciamento dos estabelecimentos insalubres, incómodos e perigosos a cargo das Câmaras Municipais (Tabela II anexa ao Decreto n.º 8.364, de 25-8-1922).

Portaria n.º 5.049 sobre licenciamento sanitário das casas de espectáculos, lugares de reunião, hotéis, hospedarias, restaurantes, cafés, tabernas, etc. (Além de outras portarias).

Circulares sobre pormenores da aplicação dos decretos n.ºs 12.477 e 13.166 e mais disposições posteriores (início do aumento do vencimento aos subdelegados de saúde, instalação destes, partidos médicos, organização da estatística sanitária, declaração das moléstias inficiosas, combate destas, cemitérios, juntas de higiene, salubridade das habitações, estabelecimentos licenciados, polícia sanitária dos cães, relações dos subdelegados com as câmaras e autoridades policiais, fiscalização dos géneros alimentícios, serviços de polícia mortuária, profilaxia da raiva, registo de profissionais da arte de curar, registo dos serviços prestados pelos subdelegados, normas para licenciamento sanitário, remessa de emolumentos cobrados por estes, estatística sanitária do trabalho industrial, estímulo de estudos e propostas para melhoramentos da saúde pública pelos municípios, nomeadamente no referente a abastecimento de águas e canalizações de esgotos, bem como á organização local da luta anti-epidémica, criando-se casas para isolamento, camaras de sulfuração e outros meios (circular esta assinada pelo Dr. J. A. Faria, em substituição do Prof. Ricardo Jorge, em 24-IX-1927), boa contabilidade das verbas cobradas pelas autoridades sanitárias, luta contra os estupefacientes, estímulo da vacinação anti-variólica e anti-diftérica, taxas a cobrar em estampilhas fiscais por inspecções sanitárias, entre outras).

Orçamentos dos Serviços de Saúde Pública

Em 1925-26 a verba orçada foi de 678.117\$53 (incluindo despesas extraordinárias).

Em 1926-27 » » » » 967.453\$02 (idem, idem)

Em 1927-28 » » » » 8.738.931\$36 (» »)

Dadas as oscilações da moeda, convém mostrar qual foi o total dos orçamentos dos serviços de Saúde, reduzidos a ouro.

- De 1902 a 1910: Mínimo, 132.507\$920 (1903-4)
Máximo, 191.286\$920 (1906-7)
De 1911 a 1926: Mínimo, 30.759\$16 (1925-26)
Máximo, 185.705\$840 (1911-12)
1926-1927: 45.937\$93
1927-1928: 347.962\$25 (a maior verba-ouro concedida aos serviços de Saúde desde 1902 a 1928, enquanto o Prof. Ricardo Jorge superintendeu nos mesmos)

Representação de Portugal no Office International d'Hygiène e no Comité d'Hygiène da Sociedade das Nações

Desde 1912 que Ricardo Jorge representou Portugal no *Office*, colaborando igualmente com o *Comité d'Hygiène* desde a criação da Sociedade das Nações, sempre escutado como uma autoridade internacional em assuntos sanitários.

Desde 1926 a 1928 ocupou-se ali de peste, icterícias epidémicas, vacinações, varíola, alastrim, encefalites post-vacinaes, Convenção Sanitária Internacional, febre amarela, desinfectação, sequelas de encefalites letárgicas, pulgas e portadores da peste, etc.

Publicações

Nos *Arquivos do Instituto Central de Higiene*:

- 1926 — «Les pestilances et la Convention Sanitaire Internationale» por Ricardo Jorge.
1927 — «Alastrim et variole, Vaccine, Encéphalites post-vaccinales» por Ricardo Jorge.
1928 — «Encéphalites léthargiques», por Ricardo Jorge (volume II, fascículos I, II e III, respectivamente)

Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal: (De 1920, publicada em 1926, de 1921 e 1922, publicada em 1927, e de 1923 e 1924, publicada em 1928).

Ensino

Cursos de Medicina Sanitária no Instituto Central de Higiene. Em 1927 terminaram o curso 29 alunos e, em 1928, 49.

Pessoal

Independentemente do provimento das vagas abertas normalmente, foram, em virtude das disposições da Reforma dos Serviços de Saúde, nomeados muitos funcionários, entre os quais 6 inspectores chefes, os de *Sanidade Marítima e Internacional* (Dr. António Homem de Vasconcelos ⁽¹⁾), *Sanidade Terrestre* (Prof. Almeida Garrett), *Epidemias e Profilaxia de Moléstias Infeciosas* (Dr. José Alberto de Faria), *Demografia e Estatística* (Dr. Gonçalves Marques), *Higiene do Trabalho e das Indústrias* (Dr. Manuel de Vasconcelos) e o de *Sanidade Escolar e Educação Física* (Dr. Pacheco de Miranda), este, transitando do Ministério da Instrução.

Acção

Durante estes dois anos verificou-se grande actividade, estimulada pela esperança de novos e melhores tempos para os serviços de Saúde Pública. Os inspectores chefes começaram a pôr em execução as disposições do novo Regulamento, estudando problemas, enviando circulares com instruções aos subdelegados de saúde, fazendo visitas, pondo-se em contacto com os funcionários dos seus serviços.

Os subdelegados de Saúde, esclarecidos, estimulados, visitados nas suas terras, sentiram mais vida e apoio à volta de si.

As Câmaras começaram, estimuladas por circulares e pelos próprios subdelegados, a interessar-se pelos problemas sanitários concelhios. O Director Geral, Prof. Ricardo Jorge, apesar da sua idade, de 68 a 70 anos, e da precária saúde, orientava os seus

(¹) O Dr. Homem de Vasconcelos ocupou as suas funções até aos 91 anos, sendo mantido depois de reformado ainda como membro do Conselho Superior de Higiene por portaria de 18-IV-1928.

adjuntos, Dr. Gonçalves Marques e Prof. Almeida Garrett, os inspectores chefes e seus adjuntos, os subdelegados de saúde (que pelo decreto n.º 12.477 passaram a denominar-se sub-inspectores de Saúde), orientando ao mesmo tempo o Conselho Superior de Higiene, assistindo às reuniões internacionais do *Office International de Higiene* e do *Comité d'Hygiène* da Sociedade das Nações, dando ao mesmo tempo aulas no Instituto de Higiene e orientando e dirigindo este.

Quem conviveu com Ricardo Jorge sabe bem que ele não deixou até ao fim de ser um homem de acção e um estimulador da acção dos que com ele trabalhavam.

O decreto n.º 12.477 abria-lhe horizontes novos, demonstrando um progresso apreciável na mentalidade sanitária dos governantes, depois de mais de 20 anos de indiferença, sobejamente documentada por ele, e que se seguiu ao impulso dado por Hintze Ribeiro e José Luciano, após a publicação do Regulamento de Saúde de 1901.

Ao atingir o limite de idade e ao afastar-se do serviço em 24 de Dezembro de 1928, foi, por iniciativa insistente do seu sucessor, mantido na situação de orientador da Saúde Pública Nacional, como Presidente Técnico do Conselho Superior de Higiene, tendo também a incumbência de continuar a representar Portugal nas assembleias sanitárias internacionais, sendo aceite a proposta do Dr. José Alberto de Faria de, para isso, este apenas ocupar o cargo de Director Geral em comissão de Serviço, continuando a receber os vencimentos de Inspector de Epidemias.

II

De 1929 a 1945

(sendo Director Geral o Dr. José Alberto de Faria)

Legislação

- Decreto n.º 16.373 — Regula a nomeação de sub-inspectores de saúde chefes, criados pelo decreto n.º 12.477, colocando nesses cargos vários antigos delegados de Saúde, que haviam ficado adidos, cargos que, por ficarem libertos da clinica municipal, lhes permitiriam dedicar mais tempo aos serviços de Saúde Pública nos concelhos cuja sede tivesse conglomerados 10,000 ou mais habitantes.
- Decretos n.ºs 16.374, 16.375 e 16.427 — Destinados a melhor aproveitamento e colocação do pessoal, a bem do serviço.
- Decreto n.º 16.565 — Destinado a começar a criar verbas para obras e tomando outras medidas para melhoramento gradual do abastecimento de águas a Lisboa, entre as quais a constituição duma comissão técnica permanente para deliberar sobre as obras a fazer. Foi a medida inicial de onde resultou o notável aumento do abastecimento de águas à capital.
- Decreto n.º 16.536 — Centralizando no Instituto Nacional de Estatística os serviços demografo-sanitários e regulando a colaboração que lhes dará de futuro a Direcção Geral de Saúde.
- Decreto n.º 16.697 — Concede à Direcção Geral de Saúde terrenos junto ao Parque Sanitário, para alargamento das suas instalações e construção dum laboratório de *contrôle*, manipulação de vacinas, instituto para comprovações officiais de medicamentos e um hospital para toleradas.
- Decreto n.º 16.736 — Torna obrigatória a desratização dos navios portugueses, de 6 em 6 meses.
- Decreto n.º 16.770 — Autoriza as Câmaras Municipais a criarem postos anti-rábicos.
- Decreto n.º 16.880 — Determina que a Comissão Técnica que estudou o plano de fornecimento de águas a Lisboa passe

- a ter como função a fiscalização das obras de duplicação dos sifões do Alviela e o estudo do aproveitamento das águas da Central Tejo e outras.
- Decreto n.º 17.139 — Autoriza o Governo a preencher as vagas existentes ou futuras do pessoal da Direcção Geral de Saúde.
- Decreto N.º 17.213 — Regula o funcionamento do Conselho Superior de Higiene.
- Decreto n.º 17.243 — Regula a obrigatoriedade de ligação, às casas, das canalizações de água da rede pública na cidade da Guarda.
- Decreto n.º 17.845 regulando o mesmo assunto para Torres Vedras.
- Decreto n.º 17.464 — Regula o modo de a Companhia das Águas de Lisboa destinar certas verbas a obras para melhorar o abastecimento de águas à capital.
- Decreto n.º 17.636 — Sobre o exercício da arte de Farmácia.
- Decreto n.º 18.170 — Sobre abastecimento de águas a Lisboa e novo contracto com a Companhia, em que se mantenha o preço anterior da água, garantia de caberem por cada habitante 200 litros diários e possibilidade de se abastecerem com a mesma água o maior número de vilas possível dos arredores de Lisboa. (5-IV-1930).
- Decreto n.º 18.186 — Sobre corantes que será permitido adicionar aos géneros alimentícios.
- Decreto n.º 18.950 — Aprova a Convenção Sanitária celebrada em Paris em 21 de Junho de 1926.
- Decreto n.º 19.015 - Determinando que os serviços de desinfecção, desinfestação, lavagem e engomagem de roupas, feitos em estabelecimentos dependentes da Direcção Geral de Saúde são gratuitos para os pobres e determinando que as roupas desinfectadas ou desinfestadas só são entregues depois de lavadas e engomadas.
- Decreto n.º 19.211 — Determinando que todos os Sub-inspectores de Saúde do país passem a ser designados por delegados de saúde.
- Portaria de 8 de Janeiro de 1929 nomeando um sub-inspector de Saúde para fazer um inquérito sobre o abastecimento de águas e drenagem de esgotos em todos os concelhos do país para basear nos dados colhidos as medidas a tomar de futuro.

Portaria de 11 de Janeiro de 1929, nomeando um sub-inspector de saúde para coligir os elementos necessários para elaborar as medidas a adoptar para levantamento da hygiene municipal de todos os concelhos do País.

Portaria de 18 de Março de 1929, nomeia uma comissão para estudo do problema das águas de Lisboa, presidida pelo Director Geral de Saúde.

Portaria n.º 6065 de 30 de Março de 1929, aprova instruções para o licenciamento de estabelecimentos insalubres, incómodos e perigosos.

Portaria n.º 6.114 de 22 de Abril de 1929 — Com instruções para a luta contra as moscas e mosquitos.

Portaria n.º 6.162 — Aprovando instruções sobre registos de cães.

Portaria n.º 6.228 — Sobre cultura do arroz.

Portaria n.º 6.813 — Aprovando instruções sobre a coração de géneros alimentícios.

Portaria n.º 6.983 — Aprovando a nomenclatura nosológica adoptada pela Convenção Internacional de 1929.

Circulares sobre pormenores indispensáveis à aplicação das disposições legais (instruções sobre a execução dos serviços das Inspecções de Saúde de Lisboa e Porto, luta contra a peste dos Açores, inspecção aos funcionários civis considerados tuberculosos, hygiene das padarias, incitamento à criação pelas Câmaras Municipais de casas para isolamento de contagiosos, e criação de postos de desinfestação, instalação de redes de distribuição de águas e canalização de esgotos, criação das Juntas de Hygiene, etc.; incitamento à participação pelos clínicos, dos casos de doenças de declaração obrigatória, organização do Posto de Protecção à Infância e do Dispensário de Hygiene Social, com serviço de visitadoras, desde o início, fiscalização sanitária anual de estabelecimentos, instruções aos médicos assistentes dos emigrantes, modo de realização das disposições sanitárias legais pelos municípios, fiscalização das farmácias, repressão do exercício ilegal da Medicina, fiscalização do trabalho de mulheres e menores, instruções sobre desinfectação e desinfestação, quer em portos, quer nos domicílios, aproveitando para vigilância destas as visitadoras, questionário para a realização dos inquéritos sanitários rurais, solicitação de dados sobre instalações de abastecimentos de águas e cana-

- lizações de esgotos, aos Governadores Civis e Câmaras Municipais, etc.
- Decreto N.º 19.217 — Nomeia uma comissão para apresentar ao Governo um «projecto de reorganização dos serviços de combate à tuberculose que abrangerá os próprios serviços a cargo da assistência particular» (6-1-1931).
- Decreto N.º 19.242 — Aprova o Regulamento de salubridade da indústria ostreícola (5-1-1931).
- Decreto N.º 19.281 — Sobre Associações de Socorros Mútuos (29-1-1931).
- Decreto N.º 19.331 — Aprova o Regulamento de importação e venda de especialidades farmacêuticas de origem estrangeira (6-2-1931).
- Decreto N.º 19.339 — Aprova o Regulamento da Faculdade de Medicina do Porto (29-1-1931).
- Decreto N.º 19.460 — Autoriza as Faculdades de Medicina a criar Cursos de Visitadoras à semelhança dos que já funcionavam criados pela Direcção Geral de Saúde, desde 1929 (13-3-31).
- Decreto N.º 19.678 — Regulamento da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Decreto N.º 19.691 — Regulamento da Faculdade de Medicina de Coimbra.
- Decreto N.º 19.845 — Cria uma Comissão permanente do tráfico do ópio e outros estupefacientes (1-6-1931).
- Decreto N.º 19.862 — Determina que o Dr. José Alberto de Faria passe a receber vencimentos como Director Geral e não como inspector chefe, como tem recebido desde que tomou posse, pois vem «exercendo, com a maior competência, acção decidida e proficua, as funções de Director Geral desde 24-12-1928» (assinaram o decreto com o Presidente Carmona, Domingos de Oliveira, Lopes Mateus e Oliveira Salazar, além dos restantes ministros (30-5-1931).
- Decreto N.º 20.085 — Reorganiza os quadros da Direcção Geral de Saúde e estabelece a forma de provimento dos lugares, criando em Lisboa e Porto quadros únicos de todo o respectivo pessoal administrativo (14-7-1931).
- Decreto N.º 20.282 — Reorganiza o serviço de fiscalização de géneros alimentícios criado pelo decreto-lei N.º 18.640 (31-8-1931).

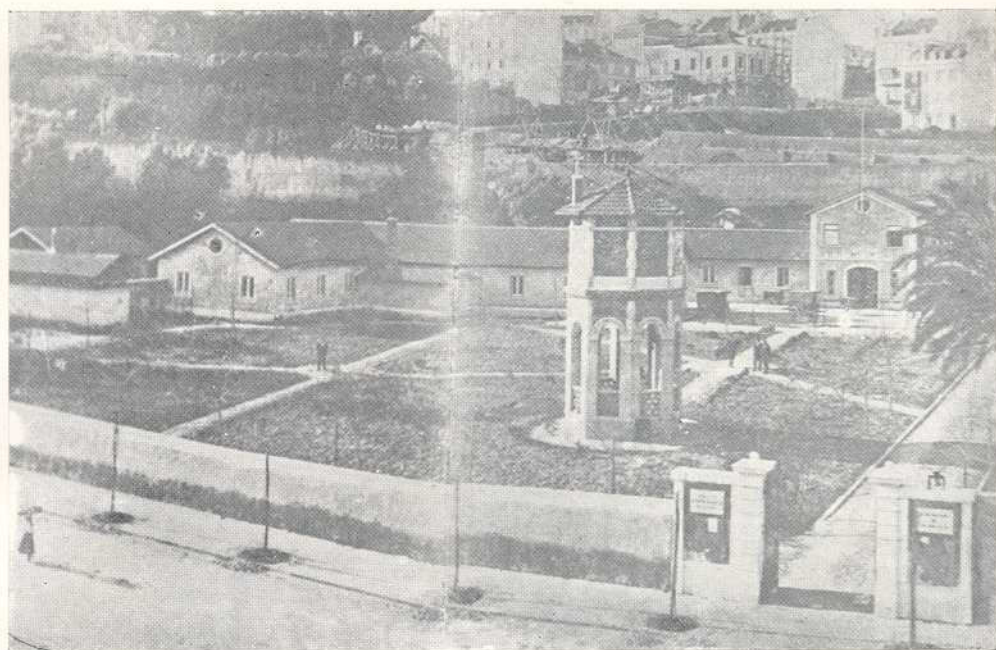


FIG. 1 — O Posto de desinfeção de Lisboa em 1894

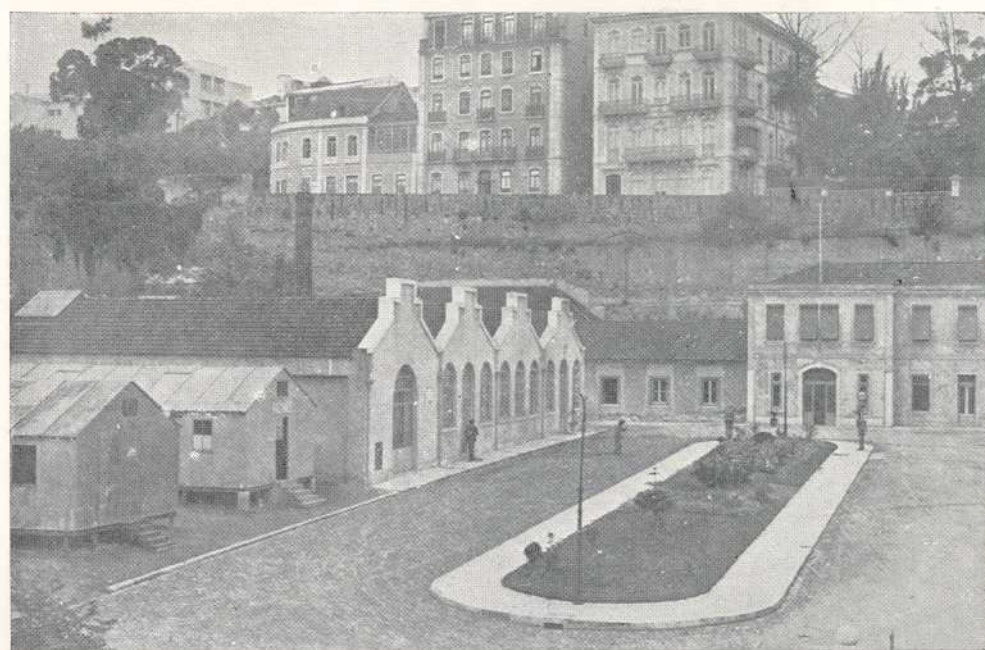


FIG. 2 — Parque Sanitário — Pavilhões de material, Posto de desinfeção e lavanderia (1929)



FIG. 3 — O Presidente da República Óscar Carmona ouvindo o Director Geral de Saúde Dr. José Alberto de Faria na inauguração do Parque Sanitário (10 de Março — 1929)

- Decreto N.º 20.292 — Sobre soros e vacinas para usos veterinários (8-9-1931).
- Decreto N.º 20.376 — Aprova o regulamento do Curso de Visitadoras Sanitárias da Direcção Geral de Saúde que desde 1929 funcionava a título de ensaio (7-10-1931).
- Decreto N.º 20.437 — Aprova o Regimento dos preços de medicamentos (25-7-1931).
- Decreto N.º 20.461 — Tornando obrigatória a ligação, à canalização de águas da rede pública, da de todas as casas da Guarda cujas condições regula, modificando o decreto n.º 17.243 (20-10-1931).
- Decreto N.º 20.462 — Idem a respeito de Alcácer do Sal (20-10-31).
- Decreto N.º 20.463 — Idem a respeito de Peso da Régua (20-10-31).
- Decreto N.º 20.579 — Idem a respeito de S. Tiago de Cacém (28-11-31).
- Decreto N.º 20.633 — Idem a respeito de Odemira (16-12-31).
- Decreto N.º 20.828 — Cria o Instituto de Puericultura do Porto, a instalar em edifício da Junta Geral do Distrito, incluindo nele um Dispensário de Higiene Social, um Posto de Protecção à Infância, (ambos da Direcção Geral de Saúde) e um Lactário (da Câmara Municipal do Porto (28-1-1932).
- Decreto N.º 20.866 — Sobre a actuação das Juntas de Higiene dos concelhos de Angra do Heroísmo e Praia da Vitória (11-2-32).
- Decreto N.º 20.884 — Sobre soros e vacinas destinados a usos veterinários (27-1-1932).
- Decreto N.º 20.927 — Aprovando a Convenção e o Protocolo assinados em Genève em 13-7-1931 sobre fabricação e distribuição de estupefacientes (12-2-1932).
- Decreto N.º 20.944 — Regulamento das Associações Mutualistas (27-2-1932).
- Decreto N.º 20.967 — Autorizando a Junta Autónoma das Obras de Hidráulica Agrícola a proceder a trabalhos de enxugo e saneamento nos concelhos de Benavente e Salvaterra de Magos, tendo em vista a cooperação com a Direcção Geral de Saúde no combate à malária (20-2-1932).
- Decreto N.º 20.992 — Aprovando a Convenção sobre trabalho nocturno de crianças adoptado na Conferência de Washington de 29-10-1919 (25-11-1931).

Decreto N.º 21.318 — Tornando obrigatória a ligação das canalizações das casas à da rede pública em Leiria, e regulando as condições da mesma (2-6-1932).

Decreto N.º 21.325 — Idem a respeito de Elvas (21-6-1932).

Decreto N.º 21.580 — Sobre o título de médico especialista (10-8-1932).

Decreto N.º 21.635 — Faz cessar o mandato da Comissão de Fiscalização do Abastecimento de águas à cidade de Lisboa que « se tem cabalmente desempenhado da missão a seu cargo » e porque « a Direcção Geral de Saúde de quem ela dependia representou ao Governo no sentido de se estabelecer nova e definitiva orientação sobre a fiscalização do abastecimento de águas à capital », passando por isso para o Ministério das Obras Públicas todos os assuntos que dizem respeito ao caso, ficando assim alteradas as disposições dos decretos N.ºs 16.565 (28-2-1929) e 16.680 (23-5-1929) — (2-9-1932).

Decreto N.º 21.674 — Proibindo a entrada em Portugal de papagaios, para defesa contra a psitacose (19-9-1932).

Decreto N.º 21.698 — Determinando que os melhoramentos de águas e saneamento nas vilas, povoações importantes e cidades, excluindo os grandes centros, sejam orientados tecnicamente pelos Serviços Hidráulicos e Eléctricos, com a colaboração das Direcções Gerais de Saúde e de Minas e Serviços Geológicos.

E que a Direcção Geral de Saúde promova inquéritos sobre águas e esgotos que permitam o estudo do problema e a realização das obras necessárias, a executar pelas Câmaras, mas subsidiadas e orientadas pelo Estado (19-9-1932).

Decreto N.º 21.860 — Tornando obrigatória em Lagos a ligação das canalizações particulares à da rede pública (10-11-1932).

Decreto N.º 21.908 — Idem em Castelo Branco (25-11-1932).

Decreto N.º 21.964 — Impedindo embaraços criados ao licenciamento de estabelecimentos insalubres, incómodos, perigosos ou tóxicos (9-12-1932).

Decreto N.º 22.004 — Tornando obrigatória em Évora a ligação da canalização dos prédios à da rede pública (30-11-1932).

Decreto N.º 22.018 — Novo Código do Registo Civil (22-12-1932).

Decreto N.º 22.028 — Aprovando o novo contrato com a Companhia das Águas de Lisboa (24-12-1932).

- Decreto N.º 22.181 — Regulamento da fiscalização, por parte do Governo, do novo contrato feito com a Companhia das Águas de Lisboa, referente às obras a realizar para assegurar o abastecimento de água não só à cidade de Lisboa, mas à zona do trajecto do novo canal e às dos Estoris, Cascais e Sintra, de acordo com o novo contrato, segundo o qual a água, captada no Tejo, na Boa Vista, reforçada com a do Zezere, lançado no Canal do Alviela, será filtrada e depurada antes de entrar na distribuição, sendo fiscalizada pela Direcção Geral de Saúde, assegurando no final das obras o fornecimento de 250.000 metros cúbicos por dia (3-3-1933).
- Decreto N.º 22.339 — Regulando as condições da obrigatoriedade da ligação das canalizações das casas à da rede pública na cidade de Faro (3-3-1933).
- Decreto N.º 22.340 — Idem, na cidade de Vila Real (3-3-1933).
- Decreto N.º 22.386 — Autoriza a Direcção Geral de Saúde a colaborar com a Fundação Rockefeller para aplicação de medidas que interessem ao progresso e desenvolvimento dos serviços técnicos da sua competência (1-4-1933).
- Decreto-lei N.º 22.758 — Cria a Junta Sanitária de Águas, à qual competem todos os estudos e actuações tendentes a garantir a pureza das águas de abastecimento e a inocuidade das águas residuais, industriais ou de esgoto (29-6-1933).
- Decreto N.º 23.151 — Regulamenta a obrigatoriedade da ligação das canalizações das casas à da rede pública em Alfândega da Fé (21-10-1933).
- Decreto N.º 23.157 — Autoriza a Câmara de Alter do Chão a mandar construir a rede de esgotos na sede do concelho (23-10-1933).
- Decreto N.º 23.328 — Promulga o regulamento do abastecimento de água à cidade de Elvas (9-12-1933).
- Decreto N.º 23.362 — Torna obrigatória a ligação das canalizações de esgotos das casas do concelho de Cascais à rede de esgotos (15-12-1933).
- Portaria de 27-3-1931 — Determinando a nomeação duma comissão destinada a realizar a I Semana de Higiene na cidade de Lisboa, tendo em vista os mais levantados fins de ordem educativa e social.
- Portaria N.º 7.454 — Determina que sejam submetidas à apreciação das Junta de Higiene dos respectivos concelhos e à sanção

do Conselho Superior de Higiene, todas as obras e projectos de saneamento, tais como abastecimento e distribuição de águas e esgotos, e os de construção, ampliação e remodelação de cemitérios, hospitais, hospícios, asilos, dispensários, sanatórios, cadeias, mercados e outros de carácter sanitário (2-11-1932).

Decreto n.º 7.719 — Determina que os capitães dos paquetes munidos de aparelhos de T. S. F. e com médicos a bordo enviem à Inspecção de Sanidade Marítima, 6 a 15 horas antes da chegada ao Porto de Lisboa, indicação sobre as doenças que haja a bordo e outras que permitam a defesa da Saúde Pública (23-11-1933).

Aviso para concursos para provimento das vagas existentes de delegados de saúde de Lisboa e inspectores de saúde dos aglomerados de mais de 10.000 habitantes. Programa dos mesmos concursos (20-11-1931). Condições das provas (10-12-1931). Lista dos candidatos aprovados (*Diário do Governo* de 28-11-1931).

Instruções para a luta contra a peste nos Açores (15-12-1931).

Offício à Câmara do Porto transmitindo o relatório dos serviços técnicos da Direcção Geral de Saúde sobre a necessidade de beneficiamento das águas de abastecimento da cidade (21-6-1932).

Offício à Câmara de Montemor-o-Novo, transmitindo o relatório do Engenheiro sanitário sobre as condições de salubridade da sede do concelho (30-6-1932).

Circular sobre fiscalização anual pelos delegados de saúde concelhios dos estabelecimentos industriais, insalubres, incómodos, perigosos e tóxicos (1-6-1932).

Circular sobre as condições em que devem funcionar as fábricas de refrescos, refrigerantes engarrafados (10-11-1932).

Circular n.º 1.087 enviando, a todos os delegados de saúde concelhios, questionários para realização dum inquérito sobre Águas de abastecimento e esgotos (7-12-1932).

O Despacho Ministerial de 6-x-1934 regulou o funcionamento dos Centros de Saúde (1).

(1) Este despacho, publicado no *Diário do Governo* do dia 10 seguinte, foi esclarecido pelo despacho ministerial de 20-III-1935, publicado no *D. do G.* de 22 seguinte.

- O Decreto-lei n.º 25.936 de 17-x-1935 institue a Organização Nacional denominada Defesa da Família (¹).
- O Decreto-lei n.º 28.493 promulgou várias disposições relativas à cultura do arroz e organizou os serviços anti-sezonáticos. (19-II-1938).
- O Decreto n.º 29.122 de 15-XI-1938 criou a Leprosaria Nacional Rovisco Pais.
- O Decreto n.º 30.017 de 2-XII-1939, criou o Instituto anti-diabético de Coimbra, dependente dos Hospitais da Universidade de Coimbra.
- A Lei n.º 1998 de 15 de Maio de 1944, estabeleceu as bases reguladoras dos serviços de assistência social, abrangendo os serviços de Saúde Pública.
- O Decreto-lei n.º 35.108 de 7 de Novembro de 1945 reorganizou os serviços de Assistência Social, iniciando-se uma nova era para os serviços de Saúde e de Assistência.
- O Decreto-lei n.º 24.859, de 7 de Janeiro de 1935, regula os aproveitamentos ou explorações de águas públicas para abastecimento de povoações.
- O Decreto-lei n.º 29.216, de 5 de Dezembro de 1938, estabeleceu os princípios a que devem obedecer as condições gerais de abastecimento de águas às diversas localidades.
- O despacho do Ministro das Obras Públicas, de 4 de Abril de 1940, regula a forma de organização dos processos para obras de melhoramentos rurais e de águas e saneamento e seu andamento.
- O despacho ministerial, de 3 de Novembro de 1941, aprovou as instruções a observar na orientação, estudo e realização das obras de melhoramento de águas e saneamento.
- A Circular n.º 1.044, de 14 de Outubro de 1941, transmitiu a todas as câmaras municipais uma colecção de folhetos com preceitos e desenhos a bem da Higiene Rural.
- O Decreto-lei n.º 27.485, de 15 de Janeiro de 1937, reorganizou o Tribunal colectivo criado pelo decreto n.º 20.282, de 31-VIII-1931, mantido pelo decreto n.º 27.207, de 16-XI-1936,

(¹) Este decreto-lei aprovou as Bases do despacho de 12-x-1935, que dele fazem parte integrante, tendo sido a base VI alterada pelos art.ºs 9 e 10 do Decreto n.º 31.666 de 22 de Novembro de 1941.

para julgamento de infracções referentes a géneros alimentícios.

O Decreto n.º 28.514, de 4 de Abril de 1939, regulou as condições da cultura do arroz, de modo a evitar-se o mais possível o sezonismo, criando-se na Direcção Geral de Saúde os « Serviços Anti-Sezonáticos ».

O Decreto-lei n.º 29.171 de 24 de Novembro de 1938, aprovou os Estatutos da *Ordem dos Médicos*, de cujo Conselho Geral faz parte o Director Geral de Saúde ou um seu delegado.

O Decreto-lei n.º 32.171 de 29 de Julho de 1942, regula as actividades da profissão médica, incluindo uma disposição que proíbe o funcionamento de Casas de Saúde e quaisquer estabelecimentos destinados a tratamento ou recepção de doentes, grávidas ou puérperas que não tenham um director clínico.

Em 20 de Julho de 1942, o *Diário do Governo* publicou instruções para a prática da cianidrisação nos portos de mar portugueses.

A Portaria n.º 8.246, de 19 de Outubro de 1935, do Ministro das Obras Públicas determina que « todos os projectos de obras de saneamento, tais como abastecimento e distribuição de água, esgotos, e os de construção, ampliação e remodelação de cemitérios, hospitais, hospícios, asilos, dispensários, sanatórios, cadeias, mercados e outros de carácter sanitário, a efectuar nas diferentes localidades, dimanadas dos corpos e corporações administrativos serão submetidos à apreciação das juntas de higiene a que se refere o decreto n.º 12.477 » (*Comissões Municipais de Higiene*, segundo o art.º 111 do Código Administrativo de 1940), só depois sendo enviados à Direcção Geral de Saúde, para serem apreciados pelo Conselho Superior de Higiene ou Junta Sanitária de Águas. (Ver a Portaria n.º 7.454, de 2-XI-1932).

Por carta de 3 de Abril de 1940 (publicada no *Diário do Governo* de 20-VIII-1942— I série) foi confirmada e ratificada a Convenção Sanitária Internacional aprovada pelo decreto n.º 18.950, de 30-IX-1930.

O Decreto-lei n.º 30.692, de 27 de Agosto de 1940, criou o Subsecretariado de Estado da Assistência Social, no Ministério do Interior, ao qual passaram a pertencer às Direcções Gerais de Saúde e Assistência.

- O Decreto-lei n.º 32.255, de 12 de Setembro de 1942, reorganizou os serviços da Misericórdia de Lisboa.
- O Decreto n.º 32.613, de 31 de Dezembro de 1942, reorganizou os serviços da Casa Pia de Lisboa.
- O Decreto n.º 32.651, de 2 de Fevereiro de 1943, criou o Instituto Maternal.
- A portaria de 17 de Abril de 1943, nomeou a Comissão instaladora do Instituto Maternal.
- O Decreto n.º 33.527, de 12 de Fevereiro de 1944, constituiu a Delegação do Instituto Maternal no Porto.
- O Decreto-lei n.º 33.549, de 23 de Fevereiro de 1944, inseriu disposições relativas à concessão de assistência aos funcionários civis tuberculosos.
- A Lei n.º 2.006, de 11 de Abril de 1945, estabeleceu as bases reguladoras da Assistência Psiquiátrica.
- O Decreto n.º 34.502, de 18 de Abril de 1945, promulgou a organização da Assistência Psiquiátrica.
- O Decreto n.º 34.534, de 26 de Abril de 1945, promulgou o regulamento dos serviços do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Sul.
- O Decreto n.º 34.547 de 28 de Abril de 1945, promulgou o regulamento dos serviços de Assistência Psiquiátrica da Zona Centro.

* * *

A Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946 promulgou as bases para a organização hospitalar.

* * *

Entre as disposições legais promulgadas por outros Ministérios citaremos as que dizem respeito à *Saúde Escolar*, luta contra o *Cancro*, *Hidrologia Médica*, *Serviços de Saúde das Colónias*, *Instituto Câmara Pestana*, *Sanidade Pecuária*, *Inspecção das Indústrias e Comércio Agrícolas*, *Instituto de Medicina Tropical*, da maior importância, todas, para os sanitaristas, que não pormenorizamos para não alongar este artigo.

Além das disposições das leis, decretos-leis, decretos, portarias e circulares, muitas disposições constam de despachos ministeriais, nomeadamente no período que decorreu entre 1940 e 1945 e a seguir à publicação do decreto-lei n.º 35.108, dando lugar a experiências de administração sanitária, tendentes a ensaiar técnicas novas, a preparar pessoal e a firmar convicções e aperfeiçoar serviços. (1)

Orcamentos dos Serviços de Saúde

- Em 1928-1929 foi de 4.390.706\$52 (182.527\$79 oiro).
De 1928-29 a 1933-34 o mínimo foi em 1928-29 e o máximo em 1933-34, subindo de ano para ano desde aquela quantia até 6.391.517\$21 (264.330\$72 oiro), não atingindo mais a importância de 1927-1928 (347.962\$25 oiro)
De 1934-35 a 1940 oscilou entre o mínimo de 6.478.219\$71 (no ano económico de 1934-35, que abrangeu três semestres) e o máximo de 8.004.977\$38 (em 1939).
De 1941 a 1945 oscilou entre o mínimo de 8.129.866\$88 (em 1941) e o máximo de 10.197.956\$78 (em 1944), baixando em 1945 para 9.188.821\$88.

(1) Independentemente da colecção do «Diário do Governo» e dos Arquivos da Direcção Geral de Saúde, Direcção Geral de Assistência e diversos Institutos e instituições deles dependentes ou das dos diferentes ministérios deve consultar-se

Boletim da Assistência Social, de 1943 a 1945.

Boletim dos Serviços Sanitários n.ºs 8 e 9.

Código do Médico

Boletim da A. N. T.

Publicações do *Instituto Português de Oncologia*, relatórios dos diferentes serviços, etc.

Administração Sanitária — por José Alberto de Faria — 1934.

Assistência Social — 2 vol. coord. e anot. por Paiva Brandão — 1948-49.

Assistência Social — Providências legislativas (1940-1950)—1951.

Representação de Portugal no Office International d'Hygiène e no Comité d'Hygiène da Sociedade das Nações

Desde 1929 a 1939, até Maio do próprio ano em que faleceu, Ricardo Jorge continuou a representar ali Portugal, com prestígio crescente.

Interveio em discussões, presidiu ao Conselho e apresentou trabalhos que anualmente foram inseridos nas suas publicações.

A sua actividade foi notável, apesar de ter atingido o limite de idade e sido substituído na Direcção Geral; quer nos trabalhos do Conselho Superior de Higiene, quer fazendo estudos sobre epidemiologia e outros, escrevendo em jornais, intervindo em polémicas, publicando obras literárias, tomando parte em congressos, fazendo conferências, etc. (1)

Durante esse período ocupou-se do dengue, varíola, febre amarela, febre exantemática (escaro-nodular), febre tifóide, encefalites post-vacinaes, peste, sarampo, icterícia hemorrágica epidémica, mialgia epidémica, tifo exantemático, leishmaniose, História da Medicina, mortalidade urbana e rural, etc., etc.

Falecendo, com 81 anos, em 29 de Julho de 1939, a Guerra impediu que no *Office* e no *Comité d'Hygiène* lhe fosse prestada oportunamente a devida homenagem. Em publicações várias, em referências orais e durante as reuniões da Organização Mundial de Saúde o seu nome foi saudado com respeito e saudade, pelo que sempre honrou Portugal, como intelectual, como patriota e como higienista. (2)

Basta citar o que dele disse o malogrado chefe do serviço da Febre Amarela do Instituto Pasteur de Paris, Dr. G. J. Stefanopoulo, (3) que, testemunhando o seu prestígio no *Office*, recordou o seu «grande amigo», «médico e higienista de valor, humanista para quem os clássicos gregos e latinos não tinham segredos», tendo deixado entre os seus colegas do *Office* «uma recordação inesquecível do homem de Ciência e do homem de

(1) Vid. «Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge» n.º 1, pg. 23 a 29 e n.º 4, pg. 266 a 269.

(2) Vid. Boletim do Instituto n.º 2, pg. 153 e 3, pg. 232.

(3) Id. Id. — pg. 159.

bem», lembrando as suas intervenções, por vezes sobre diversos problemas de higiene internacional, tanta vez improvisadas, que surpreendiam os que o ouviam pelos profundos conhecimentos que revelavam dos múltiplos assuntos de que se ocupavam», donde resultou que «a sua morte, ocorrida em momentos difíceis e dolorosos, não pôde ser comentada como deveria ser, no mundo dos higienistas em que Ricardo Jorge contava tantos amigos».

Publicações

No n.º 22 do Boletim do Instituto inseriu-se uma lista dos trabalhos publicados pela Direcção Geral de Saúde desde 1939 a 1942.

Entre estes trabalhos sobressaiem os volumes com os inquéritos sobre Higiene Rural e Águas e Esgotos, base indispensável das obras realizadas depois por iniciativa dos Engenheiros Duarte Pacheco e Frederico Ulrich, obras notáveis que ninguém apreciou mais do que aqueles que trabalham nos serviços de Saúde Pública, que em nenhum período da nossa História verificaram tantos benefícios em matéria de salubridade como neste.

Sobressai igualmente o volume sobre *Administração Sanitária* do Dr. José Alberto de Faria, repositório magnífico de esforços inteligentes e dedicados, lição viva para sanitaristas e para homens de Estado e desabafo dum Director Geral que soube nobremente honrar o seu antecessor, valorizar e prestigiar os seus colaboradores, trabalhando com sacrificio da sua saúde e apagando-se sistematicamente, tomando a responsabilidade de todos os actos dos seus subordinados, incompreendido por muitos, homem de acção e de iniciativas oportunas, corajosas e inteligentes, a quem a Saúde Pública em Portugal deve muitos dos melhores serviços e dos maiores estímulos.

Dois outros livros seus, um de colaboração com o Dr. Rolla Hill, a tradução da obra *Exemplo de sanidade*, do Dr. H. S. Mustard, outro, os *Preceitos sanitários*, relatório da viagem que fez em 1936, com o Dr. Arruda Furtado, a convite da Fundação Rockefeller, aos serviços sanitários da Polónia, Austria e Hungria, são igualmente orientadores e estimuladores excelentes para quantos se interessem pela defesa da Saúde Pública.

São 61 as publicações ordenadas pela Direcção Geral de Saúde, ou em volumes ou em separatas de revistas, (1) desde 1931 a 1942. Nelas se reúnem princípios, pormenores de técnica, crítica construtiva, etc.

Assinam esses trabalhos, além de José Alberto de Faria, Ricardo Jorge, Luiz Figueira, Fausto Landeiro, António Carvalho Dias, Bernardino de Pinho, Manuel de Vasconcelos, Francisco Cambournac, Azeredo Antas, Manuel Monterroso, Agnelo Prazeres, H. S. Mustard, Arruda Furtado, António Pina Júnior, José do Souto Teixeira, Arnaldo de Almeida Ribeiro, Jerónimo Lacerda, Almeida Garrett, Zuzarte de Mendonça, Gomes de Oliveira, Raul de Carvalho, Alberto Gomes, Bettencourt Ferreira, António de Sousa Gomes, Rolla Hill, Fernando da Silva Correia, Isaac Jaime Anahory, Victor Macedo Pinto, Mário Pereira Lage, João Maia de Loureiro, Henrique Jorge Niny, António Neves Sampaio, Arnaldo Tanissa, Aníbal do Couto Nogueira, Pimenta Presado, e Raul Lupi Nogueira.

Os assuntos são os mais variados, desde a legislação sanitária e a administração sanitária aos múltiplos problemas epidemiológicos (sezonismo, tuberculose, lepra, leishmaniose, carbunculo, febre tifóide, tifo exantemático, brotoeja, mal rubro humano, meningite cérebro-espinhal, águas de abastecimento e seu tratamento, leites, higiene infantil, higiene do trabalho, doenças profissionais, higiene da habitação, higiene rural, águas residuais e seu tratamento, piscinas, inquéritos e estudos sobre a higiene em Portugal, medicina social, centros de saúde, urbanismo, salubridade, comissões paritárias, assistência social, relatórios de visitas de estudo ao estrangeiro, etc.

A par disto foram publicados anualmente, desde 1931, relatórios das actividades do Dispensário de Higiene Social, do Posto de Protecção à Infância e serviço de vacinação.

(1) Ver a sua lista no n.º 22 do Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, pág. 475.

Estas publicações, espalhadas por todo o País e distribuídas aos Subdelegados de Saúde, estimularam muitos esforços, esclareceram muitas dúvidas e deram lugar a muitos estudos.

É digna de leitura essa série de trabalhos, que reúnem subsídios valiosos para todos os sanitaristas, apontando lacunas, estimulando novas realizações.

Foi publicado o último volume sobre o *Movimento Fisiológico da População de Portugal*, o de 1925, a maior parte dos elementos do qual passaram a ser insertos no *Anuário Demográfico* logo que saiu o decreto que criou o Instituto Nacional de Estatística.

Além destas publicações saiu mais um número dos *Arquivos do Instituto Central de Higiene*, em 1938, o último, dedicado à *Febre amarela*, volume precioso, em francês, em que Ricardo Jorge reuniu os seus trabalhos fundamentais referentes ao assunto, publicados de 1925 a 1937 e que tanto prestígio lhe deram nos meios sanitários internacionais, onde era considerado como uma das maiores autoridades sobre Febre amarela.

Independente do Instituto Central de Higiene e das suas publicações foi publicado o *Boletim dos Serviços Sanitários* n.º 8 e 9 com a colectânea da Legislação sanitária de interesse para a Saúde Pública, de 1926 a 1933.

O Prof. Ricardo Jorge publicou durante os anos de 1929 a 1939 inúmeros trabalhos sobre epidemiologia, não só nos *Compte-rendus* das reuniões do *Comité d'Hygiène* da Sociedade das Nações e nos *Procès verbaux* do *Office International d'Hygiène Publique* como em revistas médicas portuguesas (*Lisboa Médica, Clínica, Higiene e Hidrologia, Medicina Contemporânea, etc*) em relatórios de Congressos em que tomou parte (entre os quais citaremos o III Internacional da História das Ciências realizado em Portugal em 1934, a Conferência de Higiene de Marrocos, os Congressos de Medicina de Bucarest e Marselha, Congresso de Zoologia de Lisboa, etc.)

Mais de uma vez Ricardo Jorge publicou em jornais diários, principalmente no «Diário de Notícias», artigos de vulgarização, chamando a atenção para doenças epidémicas novas, anteriormente confundidas com outras, estimulando a atenção dos clínicos, esclarecendo dúvidas, desfazendo erros.

A par das publicações referidas, a cada passo os jornais publicavam artigos e entrevistas com o Director Geral, Dr. José

Alberto de Faria, ou com alguns dos seus colaboradores, esclarecendo o público sobre a natureza duma doença, a gravidade e característica duma epidemia ou dum problema, dando-se-lhe instruções para poder colaborar e para remover obstáculos, etc.

Ensino

Entretanto no Instituto Central de Higiene, que em 1929 passou a ter o nome de Ricardo Jorge por iniciativa do seu sucessor, continuavam os Cursos de Medicina Sanitária, dirigidos competentemente pelo Dr. Carlos d'Arruda Furtado, que lhe introduziu melhoramentos, actualizando os programas devidos a Ricardo Jorge, lutando dedicadamente para que ao Curso fosse dada pelos alunos a importância devida.

Desde 1929 a 1945 diplomaram-se no Instituto 947 alunos (1) com o Curso de Medicina Sanitária, entre os quais 46 senhoras, médicas, e 4 médicos veterinários, quase o dobro dos diplomados de 1903 a 1928.

Em 1929 foi feito o primeiro ensaio de Curso de Visitadoras, no qual se diplomaram 6 alunas.

De 1929 a 1938 diplomaram-se 339 alunas.

Dirigiu também este Curso com igual competência o Dr. Arruda Furtado.

Em 1939 realizou-se no Instituto o primeiro *Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde*, à custa dos maiores esforços, debaixo da direcção igualmente dedicada e competente do mesmo, tendo tomado parte nele 22 subdelegados, não se havendo repetido devido a obstáculos impossíveis de remover, só tendo sido continuados a partir de 1946.

Pessoal

Não é aqui lugar para se registar a lista completa do pessoal que desde 1929 a 1945 trabalhou nos diversos serviços da Direcção Geral de Saúde sob a direcção do Dr. José Alberto de Faria.

(1) De 1903 a 1928 haviam-se diplomado 483, entre os quais 2 engenheiros. Só a remodelação de 1945 permitiu de novo a inscrição a engenheiros e médicos veterinários.

Foram seus principais colaboradores, além do Prof. Ricardo Jorge que interveio nas reuniões internacionais com o costumado brilho e crescente prestígio, honrando sempre Portugal, e na presidência técnica do Conselho Superior de Higiene, onde a sua inteligência, saber, experiência, vivacidade de espírito e coragem, manteve o prestígio do Conselho, os Drs. Prof. Bettencourt Raposo, Gonçalves Marques, Gonçalves Braga, Manuel de Vasconcelos, Arruda Furtado, Pina Júnior, Anastácio Gonçalves, Souto Teixeira, Bernardino de Pinho, Carlos Santos (pai), Tovar de Lemos, Fernando Costa, Armando Narciso, Prof. Nicolau Bettencourt, Prof. Carlos Ramalhão, António Carvalho Dias, Fausto Landeiro, Luís Figueira.

Nos serviços administrativos dirigiram dedicadamente a Repartição de Saúde os srs. Júlio de Macedo e Alberto De Vecchi Neves.

Acção

A administração do Dr. José Alberto de Faria foi caracterizada essencialmente pela multiplicidade e valor dos estudos e pela acção, sempre cingida à lei, sendo ignorada pela maior parte da gente.

Ele próprio deu sempre exemplo a todos. Chegava às 11 horas, ou antes, à Direcção Geral, já almoçado e ali se conservava todos os dias até às 19 horas ou mais tarde. Em muitos domingos e dias feriados ia para a Direcção Geral ordenar assuntos que durante a semana não pudera resolver.

Surgia uma epidemia em qualquer ponto do País: telegrafava, telefonava, pedia esclarecimentos, dava instruções, mandava pessoal e material. Mas, à mínima dúvida ou receio, ia pessoalmente, depois de prever e preparar tudo o que era necessário, não olhando a fadigas nem a desconfortos, por vezes doente, animando os subdelegados de saúde, intervindo junto de presidentes de Câmaras, estimulando todos, esclarecendo o público, etc.

Logo que o Governo começou a intensificar os trabalhos de captação, defesa e canalisação de águas e de canalisação e tratamento de águas residuais, tomou a iniciativa da criação da Junta Sanitária de Aguas, que imediatamente, debaixo da sua direcção, começou a trabalhar, estudando os projectos, dando pareceres, removendo obstáculos.

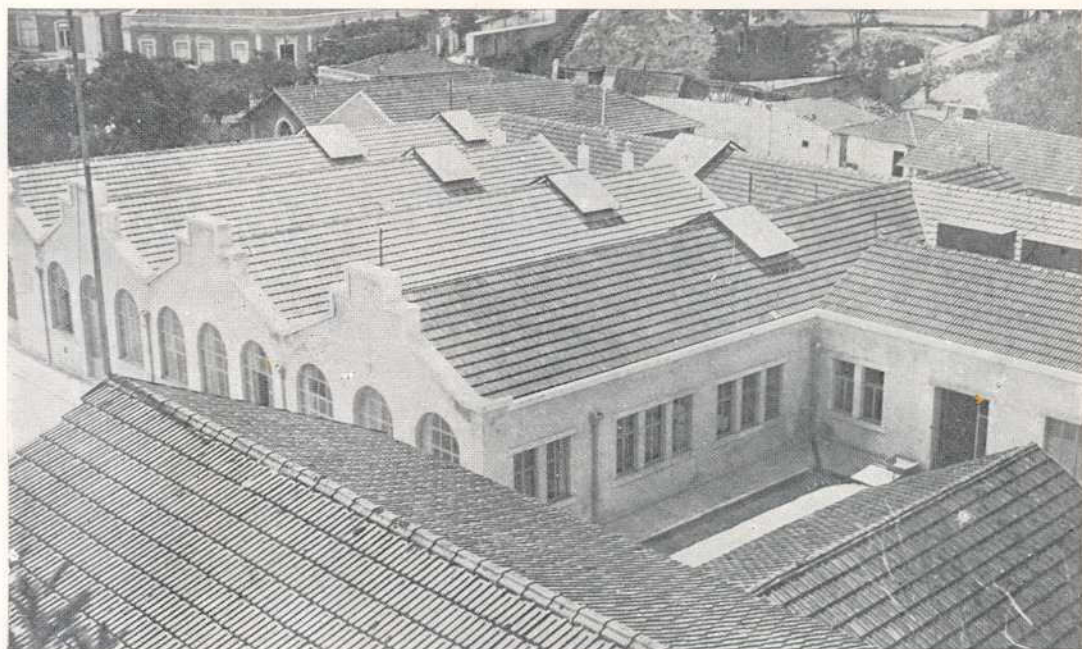


FIG. 4 — Parque Sanitário — Aspecto das edificações inauguradas em 1929

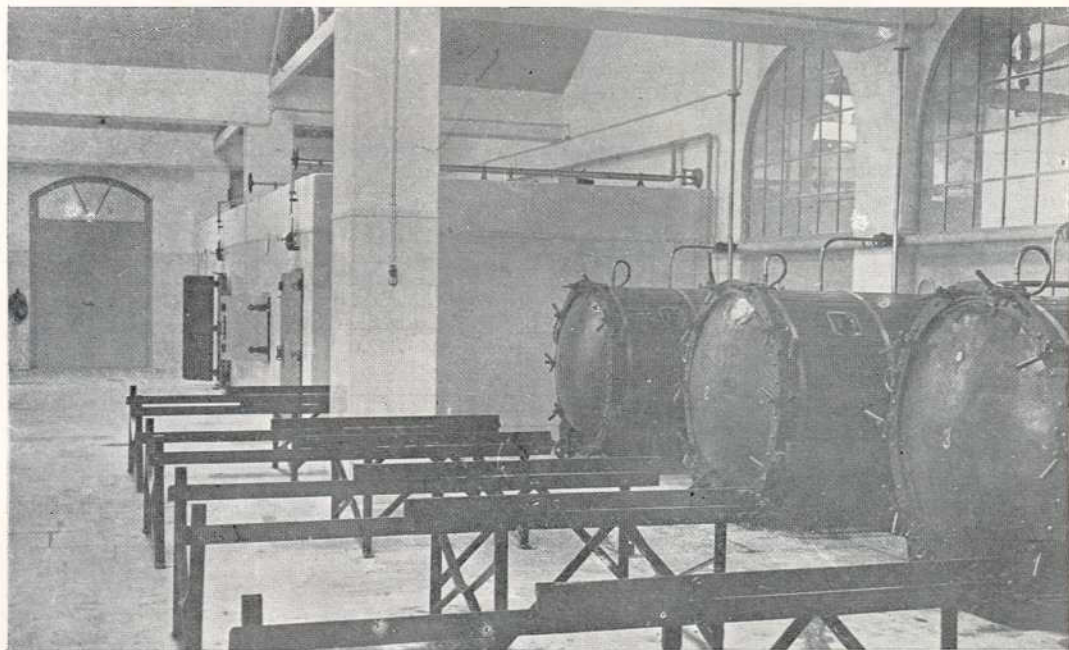


FIG. 5 — Estufas de Geneste, câmaras de sulfuração e de formolisação

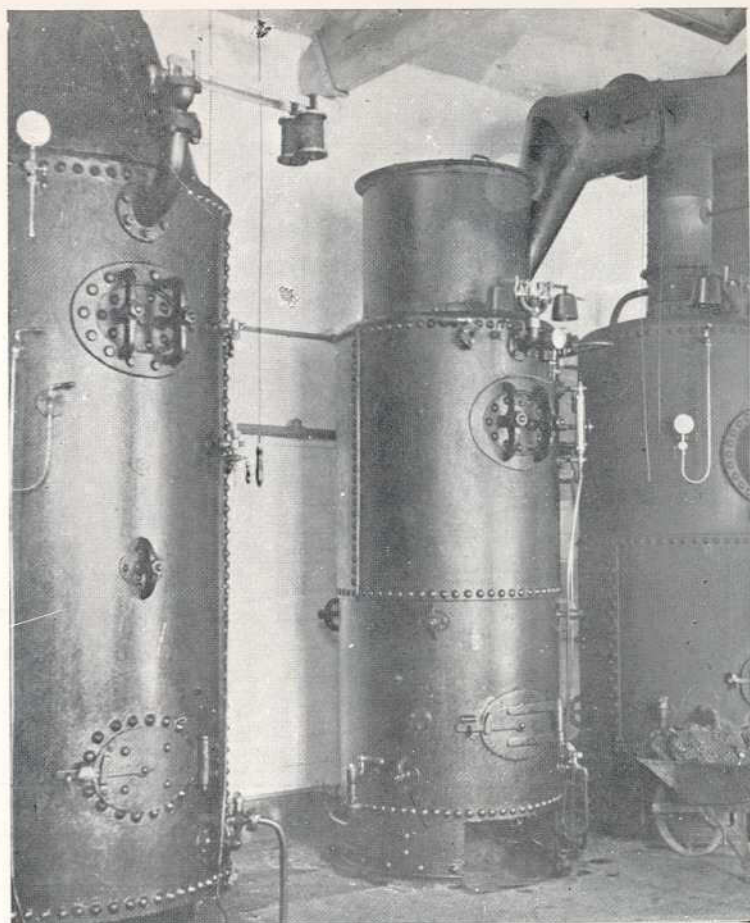


FIG. 6 — Casa das caldeiras

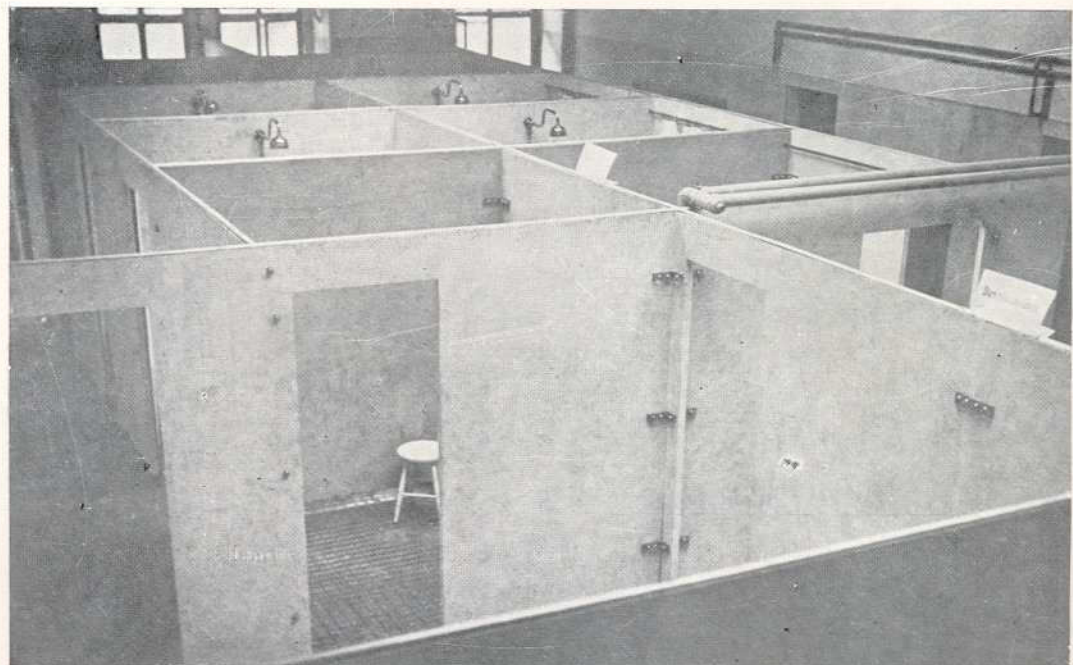


FIG. 7 — Balneário e posto de desparasitação

Tomou parte activa em Congressos (Nacional de Medicina, de 1928, das Ciências da População, etc).

Teve de acumular as suas funções com a de Director Geral de Assistência durante algum tempo. A sua passagem pelos serviços de Assistência forneceu elementos essenciais para a futura reforma dos serviços, pelos conceitos novos de carácter médico-social que procurou sempre fazer imprimir.

Vejam os traços largos algumas realizações e esforços que se registaram durante a sua direcção e em que a sua iniciativa, estímulo ou colaboração se verificaram :

I — Organização do *Parque Sanitário*, ampliando e transformando o antigo Posto de desinfecção, proposta apresentada em 1927, quando interinamente, sendo Inspector de Epidemias, ficou a substituir Ricardo Jorge. Aprovação do plano, fundado nas ideias modernas da luta anti-epidémica (maior importância da desinfeção e desparasitação durante a doença do que no final desta; importância crescente dada à desparasitação; facilitação da lavagem de roupa aos pobres; necessidade de balneários; necessidade de transporte rápido dos médicos e do pessoal auxiliar, para diagnóstico precoce e medidas imediatas consecutivas, etc.). Uma comissão a que presidia, e de que fazia parte o Director Geral de Administração Política e Civil, um engenheiro sanitário e um funcionário administrativo, dirigiu as obras, desde Dezembro de 1927, de modo a inaugurar-se o *Parque Sanitário* em 10 de Março de 1929, vencendo dificuldades devidas à rotina, obtendo verbas à custa de leilões de material inutilizado, intervindo pessoalmente para evitar especulações e abusos, o que permitiu fazer-se o que desde a reforma dos Serviços de Saúde de 1901, devida a Ricardo Jorge, não se tornara a fazer. A juntar às primeiras ambulâncias automóveis, adquiridas em 1920 para combate do foco de peste em Lisboa, foram compradas 11 viaturas para transporte de epidemiados, de roupas, camas e outro material de luta anti-epidémica, bem como de médicos e de pessoal auxiliar. Foi instalada uma estufa De Geneste-Herscher, uma câmara de formolização, além das que havia, uma câmara de sulfuração, um balneário, um posto de desparasitação, uma lavandaria, um depósito de material transportável para

montagem de hospitais de emergência, barracas desmontáveis, um posto de observação de toleradas, refeitórios para o pessoal, gabinetes da Inspeção de Epidemias, secretaria, oficina de reparação de material, etc. À inauguração do Parque assistiu o Presidente Carmona, com o Presidente do Ministério Vicente de Freitas, o Presidente da Câmara de Lisboa, Mardel Ferreira, os governadores civil e militar de Lisboa, João Luís de Moura e Domingos de Oliveira, o Reitor da Universidade, Silva Teles, e o Intendente Mouzinho de Albuquerque.

Em 1929 começaram as modificações no Posto de Desinfecção do Porto para o adaptar à nova orientação, como secção do Parque Sanitário.

- II — Instalação da *Inspeção de Saúde de Lisboa* (Delegação de Saúde, conforme a actual designação) no primeiro andar, ala sul, do edifício da Direcção Geral da Assistência, onde funcionara o Instituto de Orientação Profissional, sendo a inauguração no dia 7 de Março de 1929.
- III — Instalação do *Posto de Protecção à Infância* e do *Dispensário de Higiene Social*, no rez do chão do edifício da Direcção Geral de Assistência, o primeiro na ala sul, o segundo entre a entrada principal e a esquadra da Polícia. As obras foram possíveis devido aos auxílios concedidos pelo Governador Civil e o Inspector Geral dos Espectáculos. Iniciou-se assim, na Direcção Geral de Saúde, em moldes modernos, a luta contra a mortalidade e morbilidade infantís e contra as doenças venéreas e outras doenças sociais.

A seguir, no Porto, com a colaboração da Câmara, Junta Geral, Faculdade de Medicina e Direcção Geral da Assistência, foram criados serviços semelhantes, o *Instituto de Puericultura* e o *Dispensário de Higiene Social*, estimulando ou subsidiando a Direcção Geral de Saúde a criação de Dispensários com a mesma finalidade em Braga, Caldas da Rainha, Castelo Branco, Guarda, Benavente, Abrantes, Covilhã, Matosinhos, Setúbal, Olhão e Horta.

A luta anti-venérea começou a ser orientada, segundo o exemplo dado por D. Tomaz de Melo Breyner, no sentido profilático e do tratamento tão precoce quanto possível das toleradas e de outros quaisquer infectados, dependendo do

- Dispensário de Higiene Social do Largo do Rato o serviço de inspecção e profilaxia das doenças venéreas nas toleradas instalado no Parque Sanitário, e havendo outro posto anti-venéreo, igualmente dele dependente, no Beato.
- IV — Início do serviço de *Visitação Sanitária*, em 1929, sendo organizado o primeiro curso, que funcionou de Abril a Junho do mesmo ano, tendo as primeiras seis diplomadas começado a trabalhar em 1 de Junho, dedicando-se exclusivamente à Puericultura, para o que o ensino incidiu especialmente sobre Higiene Pré-Natal, Higiene Alimentar Infantil e Puericultura.
- V — Realização de inquéritos, os primeiros dos quais ordenados 15 dias depois de tomar posse, para a apreciação dos múltiplos e complexos aspectos, até então só parcelar e irregularmente conhecidos, das necessidades sanitárias do País, base indispensável da acção posterior a desenvolver. Referiremos os estudos sobre Higiene Rural, Higiene Municipal, Águas e Esgotos, Leites de Lisboa, Tracoma, Lepra, Sífilis e Doenças Venéreas, Alcoolismo, Hospitalizações e suas condições, epidemiológicas e endemiológicas, (como, por exemplo, sobre o Sezonismo, orientado em bases objectivas, segundo a técnica moderna), Carbunculo, Mal rubro humano, Brotoeja da palha centeia, Tifo exantemático, Febre recorrente, etc.

A estes inquéritos deram colaboração valiosa todos os Subdelegados de Saúde do País.

- VI — Criação do Centro de Saúde de Lisboa dirigido pelo Prof. João Maia (1939), e dos Centros de Saúde de Almeirim (1935) Figueiró dos Vinhos (1936), Loulé (1936), Elvas (1936), Cezimbra (1937) e S. João da Madeira (1940), dirigidos pelo Dr. António Carvalho Dias.
- VII — Criação da Organização Nacional *Defesa da Família*, dirigida pelo Dr. António de Sousa Gomes.
- VIII — Envio, subsídio ou apoio de bolseiros ao estrangeiro para estudar vários problemas sanitários, principalmente o da luta contra o sezonismo. Foram bolseiros os Drs. António de Carvalho Dias, Luís Figueira, Fausto Landeiro, Engenheiros Agnelo Prazeres e Jaime Pereira, Drs. Francisco Cambournac, João Maia, Alberto Bettencourt, Aníbal Correia Mendes, Carlos Gomes de Oliveira, Fernando da Silva

- Araújo, João Belo de Moraes, Manuel de Vasconcelos, Chaves Ferreira, Souto Teixeira e Bernardino de Pinho.
- IX — Criação da Junta Sanitária de Águas, cujos trabalhos intensivos muito contribuíram para o incremento que o Governo, pelo Ministério das Obras Públicas, deu ao problema da captação e canalização e defesa das águas de abastecimento e conveniente canalização e tratamento de esgotos.
- X — Criação dos Serviços anti-sezonáticos, dando-se enfim realidade a uma velha aspiração, de que tinha sido um dos maiores pioneiros Ricardo Jorge, serviço este devido principalmente ao esforço de Fausto Landeiro.
- XI — Obtenção de colaboração da Fundação Rockefeller com os serviços de Saúde, à custa de esforços dedicados, durante os quais o representante da Fundação na Europa, Dr. Strode, fez ver que a mesma, nos últimos tempos (1929-1931) resolvera de *preferência conceder colaboração a trabalhos de investigação, em vez de a dar à aplicação de conhecimentos já adquiridos, e que antes queria que a sua obra crescesse em intensidade, do que em extensão.*

Esta mudança de orientação dificultava o exito da colaboração. Por outro lado, esta seria dada se o nosso Governo aceitasse as seguintes condições:

- a) *Os serviços técnicos serem dirigidos e assegurados por pessoal especializado em assuntos de hygiene;*
- b) *Que esse pessoal consagrasse todo o seu tempo a esses serviços;*
- c) *Que os vencimentos fossem suficientemente elevados para atrair médicos e enfermeiros da melhor categoria, de forma a permitir-lhes viver sem terem de recorrer a outras fontes de receita.*

Em 25 de Abril de 1932 o Dr. Strode veio visitar alguns serviços a Portugal, acompanhado do Dr. Rolla Hill que foi designado para aqui representar a Fundação. Estiveram em Lisboa, onde visitaram, além da Direcção Geral de Saúde, o Parque Sanitário, o Dispensário de Higiene Social, o Posto de Protecção à Infância e outras instituições de interesse sanitário; foram às Caldas da Rainha, visitando um dispensário polivalente de profilaxia

social, um lactário-creche, um pequeno laboratório municipal, uma Casa de Repouso e uma Misericórdia; a Leiria; a Coimbra, onde, além do Dispensário anti-tuberculoso, visitaram as instituições dependentes da Junta Geral do Distrito, devidas ao Prof. Bissaia Barreto; ao Porto onde, além do Hospital Joaquim Urbano, visitaram o Instituto de Puericultura e o Dispensário de Higiene Social.

De regresso a Paris o Dr. Strode escreveu ao Dr. José Alberto de Faria, dizendo ter visto « coisas do maior interesse » e que verificara que tanto o Dr. Faria como alguns dos seus colaboradores haviam nos últimos anos criado muitos serviços de higiene pública « *orientados no bom sentido* » e que « não estando tudo alcançado, em virtude de falta de recursos, *realizam já bom trabalho*. Além disso *notamos no seu pessoal, quer em Lisboa, quer na província, um espirito de entusiasmo e de dedicação que deve compensar em grande parte a insuficiência dos recursos* ».

Reforçado o orçamento da Direcção Geral de Saúde pelo Ministro das Finanças (Dr. Oliveira Salazar) com 300 contos, destinados à « colaboração com a Fundação Rockefeller »; em face das impressões colhidas nessa visita aos serviços de Higiene Pública portugueses e da « excelente impressão, pelo que viu e que ultrapassa o que esperava », sendo a mais duradoura a produzida pela « *coragem e entusiasmo dos que a eles se dedicam* por serem obrigados a uma situação muito difficil, qual é a de terem de resolver um problema enorme com recursos mínimos »; pondo em destaque, « *o bom número de criações modernas, a maior parte da época de 1929; louvando a criação do Instituto de Higiene, com os seus cursos de ensino sanitário, obra de bom senso e previsão, que se antecipou vinte anos a muitas outras escolas de Higiene europeia*; testemunhando que Portugal reconhece certas das suas necessidades fundamentais referentes à Saúde Pública, estando pronto a fazer sacrificios necessários para os satisfazer »; reconhecendo as lacunas existentes e propondo-se estudar os meios de as preencher; deste modo, com as precauções e o estudo prévio meticoloso, a Fundação Rockefeller iniciou a sua colaboração em 1933, estímulo precioso para realizações futuras.

- XII — Criação do Instituto de Malariologia, com a colaboração da Fundação Rockefeller, dirigido pelo bolseiro da mesma, Dr. Francisco Cambournac, centro de ensino de sanitaristas médicos e seus auxiliares e campo de acção correcta em matéria de luta anti-sezonática.
- XIII — Organização do 1.º Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, realizado em 1939, no Instituto Ricardo Jorge, sob a direcção do Dr. Carlos de Arruda Furtado.
- XIV — Estímulo e apoio à primeira Semana Portuguesa de Higiene, verdadeiro congresso de Higiene nacional, organizado pelo Dr. Carlos Santos (Filho) em 1931, durante a qual se agitaram os principais assuntos sanitários de interesse para o País, fazendo-se sugestões valiosas e críticas inteligentes donde resultaram aperfeiçoamentos múltiplos.
- XV — Início duma acção organizadora e educativa a favor do aperfeiçoamento da Higiene do trabalho e das indústrias, devido ao Dr. Manuel de Vasconcelos, continuado, após o seu falecimento, pelo Dr. Couto Nogueira.
- XVI — Criação, em Setúbal, do primeiro serviço anti-tracomatoso, no qual se estudou a técnica a seguir na expansão desse serviço, com a colaboração dos Drs. Anastácio Gonçalves, José de Sousa Fialho e Eduardo Albarran.
- XVII — Visita, a convite da Fundação Rockefeller, aos serviços anti-sezonáticos de Espanha e, com o Dr. Arruda Furtado, aos serviços sanitários da Jugo-Eslávia, Polónia, Austria, Hungria, e a Paris.
- XVIII — Estímulo e subsídios dados a vários subdelegados de saúde e a outros médicos, para a realização de experiências de medicina social em várias localidades do País.
- XIX — Estímulo aos clínicos para se intensificar a participação dos casos de doenças contagiosas.
- XX — Intensificação, conforme as possibilidades orçamentais, da vacinação anti-variolica, e início da vacinação anti-tífica e anti-diftérica, fazendo-se no Centro de Saúde os primeiros ensaios de vacinação anti-pertussis.
- XXI — Instalação eficaz do serviço de tratamento de águas de abastecimento pela verdunisação, quer em Lisboa e Porto, quer noutras localidades, orientada tècnicamente pelo Dr. Bernardino de Pinho.

- XXII — Início do tratamento das águas residuais, sob a direcção técnica do Dr. José do Souto Teixeira, tendo sido construídas as primeiras estações depuradoras em Sintra e na Boa Vista, sob a orientação do engenheiro Agnelo Prazeres.
- XXIII — Impulso grande à fiscalização do Exercício de Farmácia, à Verificação de Medicamentos e à luta contra os Estupefacientes, devido à acção dos Drs. Lupi Nogueira, Souto Teixeira e Bernardino de Pinho.
- XXIV — Impulso grande à luta anti-epidémica, directamente orientada pelo Dr. José Alberto de Faria, com a colaboração do seu adjunto, Dr. António de Carvalho Dias, e dos Drs. Raul de Carvalho e Gomes de Oliveira.
- XXV — Remodelação e modernização do Dispensário de Alcântara, transformando-o num Centro de Assistência Social Infantil.
- XXVI — Início da criação de Dispensários anti-rábicos em várias localidades do País. Incitamentos à vacinação dos cães.
- XXVII — Colaboração dada a várias Câmaras Municipais para a instalação de postos de desinfecção (Sintra, Loures, Aviz, Viana do Castelo, Setúbal, Leiria, Caramulo, etc.), e de postos de despiolhamento.
- XXVIII — Organização do plano do Instituto Maternal, a cuja Comissão instaladora presidiu.
- XXIX — Organização do plano do Hospital Rovisco Pais, arcando com o odioso de propor que a tal fim fosse destinado o legado de Rovisco Pais feito aos Hospitais Cívicos de Lisboa.
- XXX — Realização de duas *Jornadas das Mães*, campanhas de educação puerícola, entre a população, onde se revelaram muitos entusiasmos e vocações.
- XXXI — Realização dos primeiros ensaios de filmes de educação sanitária da população, sobre a luta anti-venérea, orientados pelo Dr. Tovar de Lemos, sobre puericultura, « *Nasceu um menino* », da autoria das Dr.^{as} D. Maria Luísa Van-Zeller e D. Cesina Bermudes, a quem também se deve outro, de luta contra o aborto, « *Uma coisa sem importância* », ambos realizados por Adolfo Coelho.
- XXXII — Colaboração e orientação para se criarem vários centros de assistência social (Leiria, Guarda, Trafaria, Castelo Branco, Fundão, Vila Franca de Xira, Alpiarça, etc.).
- XXXIII — Estímulo à criação de Colónias de Férias.

- XXXIV — Colaboração constante com a Direcção Geral de Assistência (exerceu o cargo de Director Geral interinamente, por acumulação com o de Saúde), Assistência Nacional aos Tuberculosos, Ministério das Obras Públicas, Direcções Gerais dos Serviços Pecuários, de Minas, etc.
- XXXV — Participação no Congresso Nacional de Medicina, nos Congressos da União Nacional, no das Ciências da População, em todas apresentando trabalhos ou intervindo activamente, sempre a bem da Saúde Pública.
- XXXVI — Colaboração para o estudo do problema da assistência aos funcionários civis tuberculosos e propaganda do B. C. G.
- XXXVII — Publicação da nova Farmacopeia Portuguesa.
- XXXVIII — Apoio e colaboração a uma campanha *Contra as Mõscas e Mosquitos*, levada a cabo em Cascais, em moldes modernos, por iniciativa do então Subdelegado de Saúde, Dr. Manuel Marques da Mata.
- XXXIX — Transferência da Direcção Geral de Saúde do primeiro andar para o segundo do edificio do Ministério do Interior, ampliando e melhorando notavelmente as instalações.
- XL — Estímulos, conselhos e instruções às Câmaras Municipais, para aperfeiçoamento sanitário dos respectivos concelhos.
- XLI — Estudo, de acordo com a Fundação Rockefeller, do problema do ensino sanitário e da construção dum Instituto de Higiene novo, onde ele pudesse ser convenientemente feito.
- XLII — Colaboração nos trabalhos da Ordem dos Médicos, em cujo Conselho Geral teve desde o início da Ordem um seu representante.
- XLIII — Visitas constantes aos locais onde surgiam epidemias, se faziam estudos de interesse sanitário, ou se criavam instituições de Medicina Social.
- XLIV — Estímulo e amparo moral aos subdelegados de saúde que trabalharam gratuitamente, da melhor vontade e sem lhes ser prometida qualquer remuneração futura, nos dispensários e centros de Saúde que foram sendo criados.
- XLV — Colaboração dada ao Subsecretário de Estado da Assistência, Dr. Joaquim Diniz da Fonseca, para a elaboração do Estatuto da Assistência Social (Lei n.º 1998).

A partir de 29 de Abril de 1946

(sendo Director Geral o Dr. Augusto da Silva Travassos)

Legislação

- O decreto n.º 35.458, de 19 de Janeiro de 1946 concedeu autonomia administrativa aos organismos especiais de sanidade e assistência, referidos no art.º 88 do Decreto-lei n.º 35.108.
- O Decreto 35.815 actualizou as disposições em vigor sobre os agentes conservantes que podem ser adicionados aos alimentos.
- O Decreto n.º 36.099, de 15-1-1947, prorrogou até 31-xii o disposto no Decreto n.º 35.458.
- O Decreto-lei n.º 36.219, de 10-4-1947, reorganizou o ensino da enfermagem.
- O Decreto n.º 36.095 de 13-1-1947 veda aos directores gerais, inspectores superiores, directores de serviços técnicos e delegados de saúde o exercício da clínica particular e qualquer outro cargo oficial.
- O Decreto-lei n.º 36.361 de 20-6-1947 integra o Parque Sanitário na Direcção Geral de Saúde.
- O Decreto-lei n.º 36.450 de 2-8-1947 organizou o regime jurídico de combate à lepra.
- O Decreto n.º 36.636 de 28-11-1947 inclui na tabela I do decreto n.º 8364 a rubrica «Quinina, totaquina, quinidina e sais de quinina» (1.ª classe).
- O Decreto n.º 36.876 de 18-5-1948 inclui duas rubricas na tabela anexa às instruções aprovadas pela portaria n.º 6.065, (depósitos de papel inutilizado e estabelecimentos de barbeiro e cabeleireiro).
- O Decreto-lei n.º 36.810 de 27-3-1948 refere-se à redacção do art.º 13 do Regulamento de 23-2-1948 relativo à obrigatoriedade da vacinação anti-variólica.
- O Decreto-lei n.º 36.746 de 9-2-1948 ocupa-se de disposições relativas à cultura do arroz.

- O Decreto-lei n.º 37.575 de 8 de Outubro de 1949 revoga o decreto n.º 13.337, estabelecendo a distância mínima de afastamento, em relação aos cemitérios ou estabelecimentos insalubres, incómodos, tóxicos ou perigosos, dos terrenos destinados a construção de edifícios escolares.
- O Decreto-lei n.º 37.627 de 24 de Novembro de 1949 cria o Dispensário anti-rábico do Porto, definindo as suas atribuições.
- A lei n.º 2.036 de 9 de Agosto de 1949 promulgou as bases da luta contra as doenças contagiosas, incluindo um largo capítulo referente às doenças venéreas.
- O Decreto n.º 37.560 de 19 de Setembro de 1949 refere-se à importação e comércio dum estupefaciente.
- A portaria n.º 12.851 torna obrigatória a vacinação anti-tífico-paratífica na área do concelho de Estremoz.
- Foi nomeada em 14-VI-1949 uma comissão encarregada de estabelecer as normas para a abertura e funcionamento de hospitais e casas de saúde.
- Pela Portaria n.º 13.031, de 5-I-1950, é aprovada uma nova tabela das doenças de declaração obrigatória.
- O Decreto n.º 37.761 de 23 de Fevereiro de 1950 inclui uma nova rubrica na tabela I anexa ao Regulamento das Indústrias insalubres, incómodas, perigosas ou tóxicas.
- O Decreto n.º 37.838, de 27 de Maio de 1950 prorroga até 31 de Dezembro do mesmo ano o prazo fixado no Art.º 2.º do decreto n.º 35.458.
- O decreto n.º 37.948 de 7 de Setembro de 1950 permite que em dadas circunstâncias as visitas de saúde possam ser substituídas por declarações feitas pela T. S. F.
- A lei n.º 2.044, de 20 de Julho de 1950 promulga os meios de luta contra a tuberculose.
- A portaria n.º 13.412, de 6 de Janeiro de 1951, aprova as instruções relativas ao Boletim de Sanidade do pessoal empregado no fabrico e venda de pão ou na preparação e venda directa de outras substâncias alimentares.
- As portarias n.ºs 13.416 e 13.417, de 9 de Janeiro de 1951 constituem o quadro do pessoal de direcção do Hospital Joaquim Urbano, do Porto, aprovando a distribuição do que não esteja compreendido no quadro de direcção.

Orçamentos dos Serviços de Saúde Pública

Em 1946 o orçamento da Direcção Geral de Saúde previa a importância de 16.530.892\$28, a maior alcançada até então. De 1946 a 1951 a máxima verba (a maior de todos os tempos) foi de 35.399.107\$28 (1949) e a mínima a de 1946. Em 1951 foi de 33.718.928\$00.

Representação de Portugal nas últimas reuniões do Office International d'Hygiène e na Organização Mundial de Saúde

Terminada a última guerra, criada a ONU e a Organização Mundial de Saúde, foi possível reatar as relações sanitárias internacionais de Portugal com as outras nações, suspensas desde 1939, precisamente a seguir à morte de Ricardo Jorge.

Depois da interrupção forçada de 1940 a 1945 devida à Guerra, o *Office*, em cujo *comité* permanente o nosso País foi representado desde 1912 pelo Prof. Ricardo Jorge, reuniu pela primeira vez em Abril e Outubro de 1946.

Representou a Direcção Geral de Saúde nessas reuniões o Dr. António de Carvalho Dias, antigo assistente de Ricardo Jorge na Faculdade de Medicina, bolseiro da Direcção Geral de Saúde para o estudo do sezonismo em França e Espanha (1927), bolseiro da Fundação Rockefeller para o estudo de serviços europeus anti-epidémicos e de higiene rural (1938) e inspector adjunto, tendo a seu cargo a direcção da Inspecção de Epidemias e Profilaxia das Moléstias Infecciosas.

Ao tratar-se da dissolução do *Office*, pela criação da O. M. S., em 1946, defendeu o Dr. Carvalho Dias a opinião de que Portugal, embora não fazendo parte das Nações Unidas, não devia deixar de ser admitido nessa organização, o que foi aprovado.

Em 1948 começou o nosso País a ter na O. M. S. uma representação presidida pelo Director Geral de Saúde, Dr. Augusto da Silva Travassos, da qual fazem parte o Prof. Francisco Cambournac, director do Instituto de Malariologia e subdirector do Instituto de Medicina Tropical, o Dr. António de Carvalho Dias actual Inspector Superior, director do Serviço de Defesa sanitária dos portos, fronteiras e transportes colectivos, e o Dr. Bernardino Alvaro Vicente de Pinho, antigo adjunto da Inspecção do Exer-

cício Farmacêutico e actual director do Serviço de Higiene da alimentação e bromatologia.

A acção desta delegação, cujos trabalhos decorrem habitualmente durante o mês de Maio e são exaustivos, assinalou-se logo de início pela intervenção do Dr. Augusto Travassos, demonstrando que os nossos territórios em África, Ásia e Oceania, mais não são do que províncias com direitos iguais a quaisquer outras da Metrópole europeia, critério que foi reconhecido justo, sendo seguido depois por outros países a respeito dos seus territórios ultramarinos.

Publicações

Uma epidemia de acaro-dermatite proveniente da palha centeia dos leitões — Dr. António Neves Sampaio — 1946.

Regulamento geral de abastecimento de água (Portaria n.º 10.367) — 1948.

Regulamento geral das canalizações de esgoto (Portaria n.º 11.338) — 1948.

Constituição da Organização Mundial de Saúde — 1948.

Vacinação anti-tuberculosa pela B. C. G. pelo Dr. Augusto da Silva Travassos (separata do Boletim do Instituto Ricardo Jorge) — 1948.

O carbunculo — (Inquérito de 1947) — Dr. Pimenta Presado — 1950.

O estado actual da profilaxia da raiva em Portugal — (Separata do Boletim do Instituto Ricardo Jorge) — Dr. Augusto da Silva Travassos — 1950.

O carbunculo — sua profilaxia.

A saúde nas suas relações com a sociedade — 1950.

Relatório do Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia — pelo Dr. Bernardino de Pinho — 1950.

Inquérito alimentar entre operários da fábrica de louças de Sacavém — pelo Dr. Bernardino de Pinho — 1950.

Luta anti-môscas — 1950.

Além destas publicações, o Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge publicou 28 números do seu Boletim, de 1946 a 1950, com colaboração do Subsecretário de Estado da Assistência, Director Geral de Saúde, Director do mesmo Instituto, Inspectores Superiores, Directores de Serviços, professores dos

Cursos de Medicina Sanitária, de Visitadoras Sanitárias e de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde e outras entidades, ao todo 46 autores, prefazendo 2.250 páginas com 147 gravuras, ocupando-se dos principais assuntos de Saúde Pública e Medicina Social, e incluindo trechos escolhidos de Ricardo Jorge.

O mesmo Instituto publicou em 1950 o notável livro *Diagnóstico Social* de Mary Richmond, traduzido pelo Dr. José Alberto de Faria. (460 páginas com mais 76 de prefácios, índice, etc.).

Ensino

De 1946 a 1950 foi possível aperfeiçoar-se o ensino sanitário graças à publicação do decreto n.º 36.050, de 18 de Dezembro de 1946, (que impediu os abusos até ali verificados), às verbas concedidas ao Instituto e às facilidades e estímulos da parte do Subsecretário de Estado da Assistência Social, Dr. Joaquim Trigo de Negreiros e Director Geral de Saúde, Dr. Augusto da Silva Travassos.

Têm funcionado todos os anos cursos de Visitadoras e de aperfeiçoamento para subdelegados de Saúde e de Medicina Sanitária, cujo movimento tem sido o seguinte:

CURSOS DO INSTITUTO DR. RICARDO JORGE

CURSOS	1946	1947	1948	1949	1950	TOTAL
Medicina Sanitária	(¹)	46	33	33	59	171
Visitadoras	39	20	32	22	35	148
Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde	20	20	19	20	25	104

Sob a direcção do Director Geral de Saúde realizaram-se no Instituto duas reuniões de Delegados de Saúde e uma de oftalmologistas, directores de postos anti-tracomatosos. Sobre as

(¹) Os cursos de Medicina Sanitária, começando em Novembro, só em 1947 houve diplomados.

diversas actividades do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, inteiramente transformadas devido ao impulso do Dr. Trigo de Negreiros, veja-se a colecção do seu Boletim e, em especial, o N.º 28 do mesmo.

Limitamo-nos a resumir num quadro os dados fundamentais :

MOVIMENTO GERAL DO INSTITUTO RICARDO JORGE

	Média de 1941 a 1945	1945	1946	1947	1948	1949	1950
Análises quím.	1.054	1.256	1.264	1.171	1.653	1.673	1.726
Análises bacteriológicas	2.933	3.043	3.604	5.381	6.974	15.562	28.192
Verbas gastas.	321.014\$70	359.403\$51	775.331\$30	1.487.247\$75	1.469.181\$82	1.583.263\$00	1.601.136\$30

N. B. — Nos dois laboratórios os números, só por si, não são suficientemente explícitos, visto a variedade e complexidade das análises que passaram a fazer-se ter aumentado igualmente, devido à aquisição de novos aparelhos e à nomeação e preparação de novo pessoal.

— O número de livros adquiridos para a Biblioteca do Instituto e a sua variedade foi grande também.

— Independentemente das lições foram realizadas conferências por entidades categorizadas.

Pessoal

A execução das disposições do decreto-lei n.º 35.108 que reformou os serviços de Saúde e Assistência exigiu uma remodelação completa dos quadros do pessoal técnico, administrativo e auxiliar, quer da Direcção Geral de Saúde, quer dos serviços especiais, como o do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, Centros de Saúde, Parque Sanitário, Serviços anti-sazonáticos, Instituto de Malariologia, etc., quer do Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, cujas primeiras três secções (Salubridade, Higiene Geral e da Alimentação e Epidemiologia e Sanidade Internacional) reúnem regularmente todas as semanas. O incremento recebido pelos diversos serviços tem obrigado a equilibrar o pessoal, administrativo e auxiliar, com o técnico, de harmonia com o rendimento alcançado, o que tem exigido a nomeação de pessoal contratado além do quadro e a actualização dos diversos quadros.

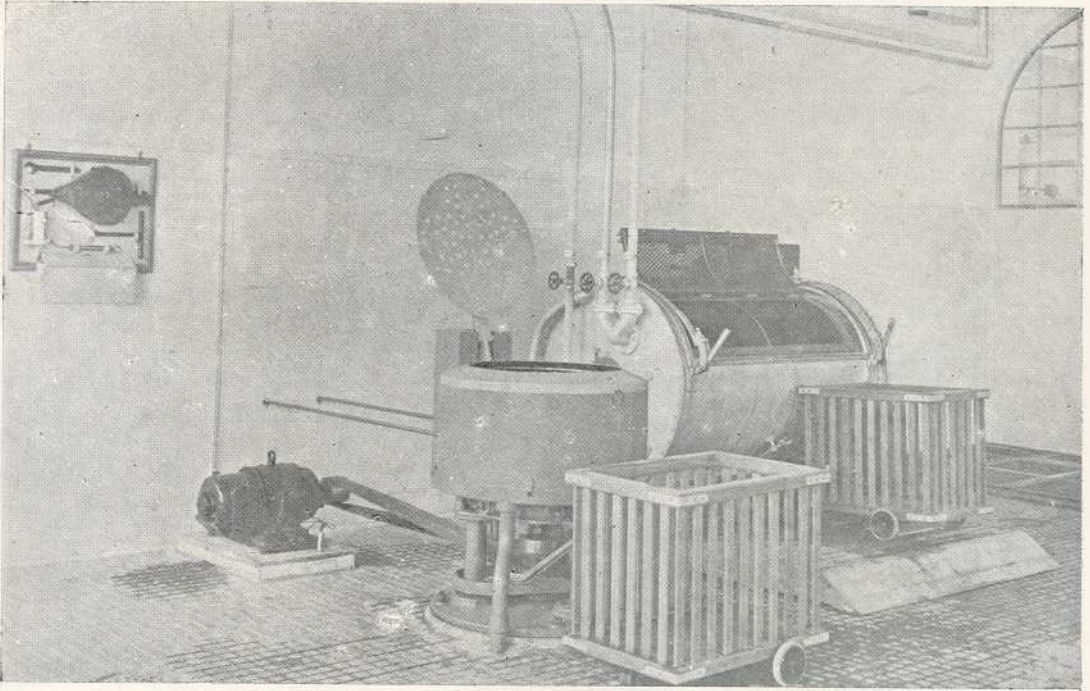


FIG. 8 — Aspecto da lavandaria

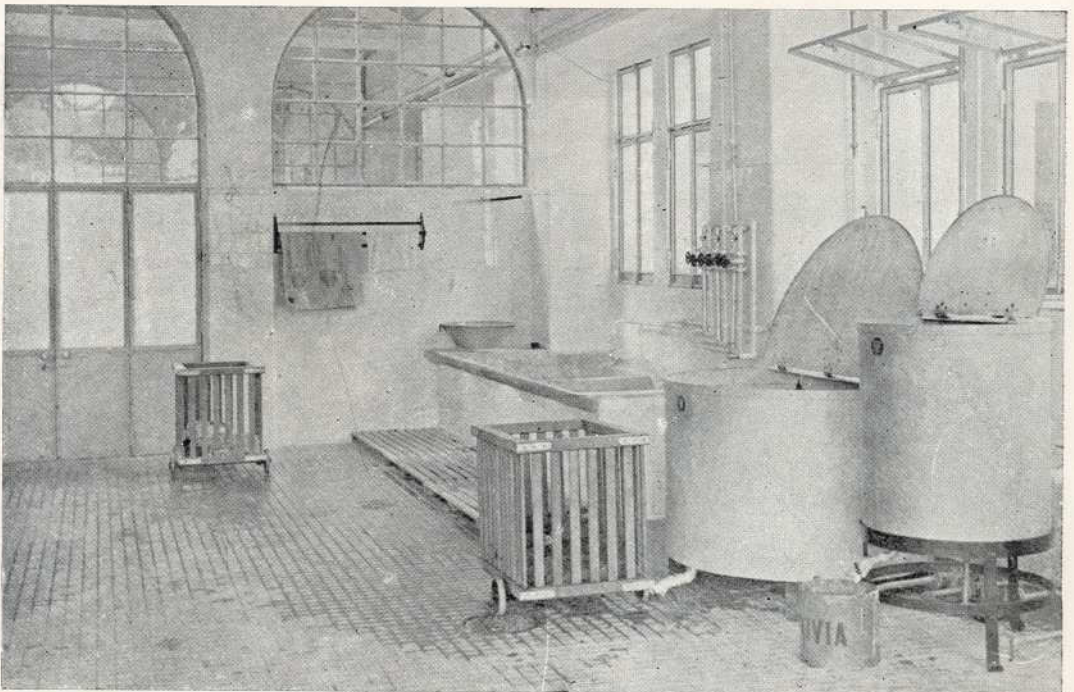


FIG. 9 — Aspecto da lavandaria

INSA
BIBLIOT A

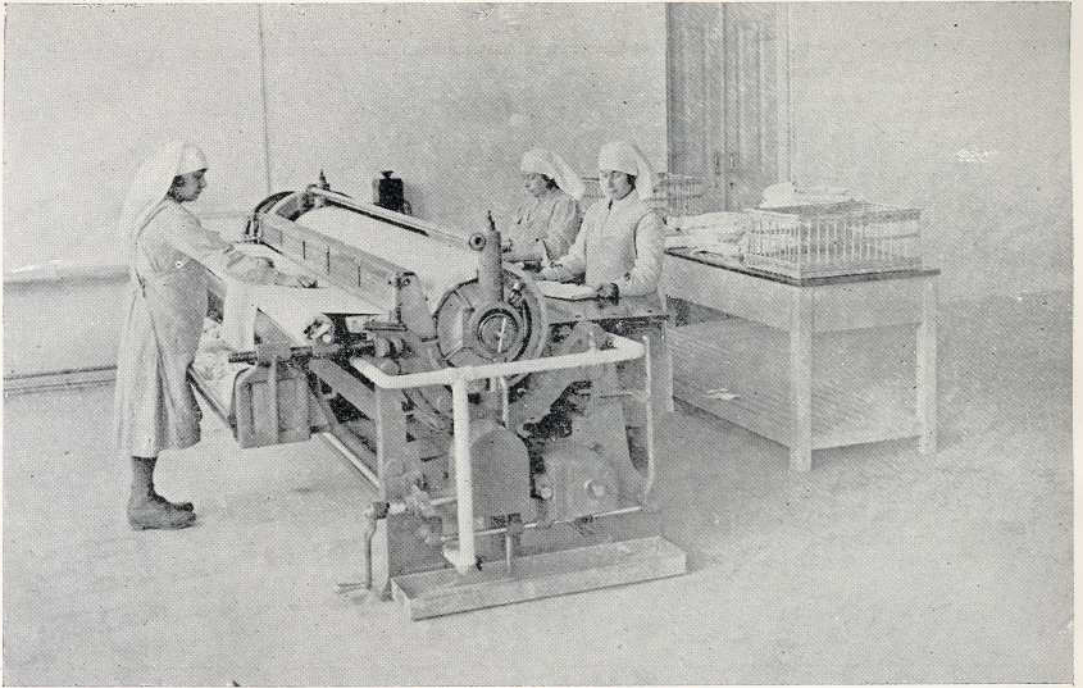


FIG. 10 — Engomadoria

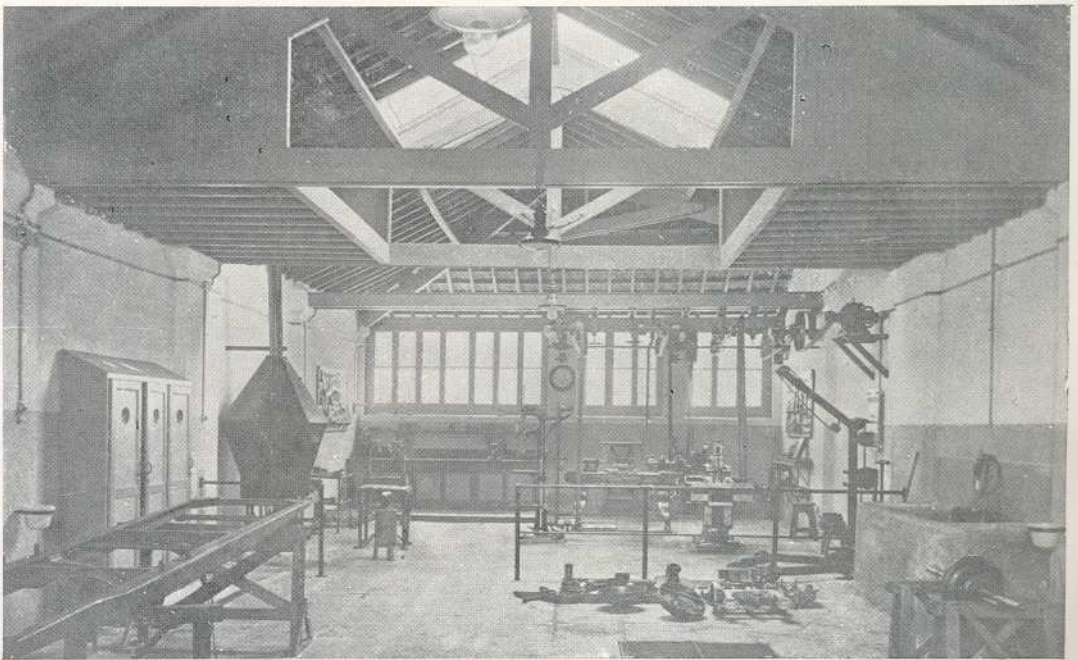


FIG. 11 — Oficina de reparação do material do Parque

Os serviços especiais gosam, segundo o decreto-lei n.º 35.108, de autonomia técnica e administrativa durante o tempo julgado necessário, de harmonia com as possibilidades e incremento que possam receber, até se fixarem num regulamento os progressos alcançados, tornando-os em normas habituais de trabalho.

A maior parte do pessoal foi nomeado entre a data em que, por motivo de doença, teve de abandonar o serviço o Dr. José Alberto de Faria (fins de Outubro de 1945) e a data da posse do Dr. Augusto da Silva Travassos (30 de Abril de 1946), pois a data do decreto-lei n.º 35 108 é de 7 de Novembro de 1946.

Os funcionários técnicos com quem o Director Geral tem mais contacto são os inspectores superiores, os directores de serviços e os dos organismos especiais e Conselho Superior de Higiene e Assistência Social (das suas três primeiras secções) e os delegados de Saúde distritais, estabelecidos esses cargos pela nova lei.

Entre esses funcionários contam-se os Drs. Arruda Furtado, Couto Nogueira, Castro Soares, Lobo da Costa, Fernando Correia, Bernardino de Pinho, Francisco Cambournac, António de Carvalho Dias, Rocha Santos, Souto Teixeira e Arnaldo Sampaio, além do chefe da Repartição de Saúde, De Vecchi Neves, e o Conservador do Parque Sanitário, Artur Barrô, como se contou o malogrado Dr. Fausto Landeiro.

Acção

A acção do Dr. Augusto da Silva Travassos tem sido caracterizada pelo método, prudência e obediência às disposições legais, cabendo-lhe a tarefa difícil da reorganização progressiva dos serviços, exigida pelo decreto-lei n.º 35.108, o estímulo dado aos serviços criados ou remodelados, a orientação geral de todos, particularmente a organização em bases sólidas do serviço das delegações de Saúde e o incremento dado ao Parque Sanitário, ao Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge e aos dispensários de Higiene Social.

Independentemente dos estudos que exigem recolhimento e que só podem ser realizados em casa e dos que exigem a sua presença em locais diferentes, está pontualmente todos os dias na Direcção Geral às 11 horas, só dali saindo pelas 19 horas, à parte o tempo do almoço.

Entre as realizações que se lhe devem citaremos:

- I — Instalação de todas as delegações de Saúde, em edifício provisório, até poder ser levada a cabo a construção de edifícios próprios, como projectou. Cada delegação de Saúde tem um automóvel, tipo *jeep*, permitindo ao delegado e ao seu pessoal auxiliar percorrer os concelhos a seu cargo e intervir rápida e eficazmente; serviços de estatística sanitária, de vacinações intensivas (anti-varfólica, anti-tífica, anti-diftérica e anti-pertussis), depósito de material permitindo hospitalização completa e rápida para 30 camas, serviços de desinfecção e desinfecção; dispensário de Higiene Social, visando principalmente a luta anti-venérea, e, nalguns, aparelhos de raios X, laboratórios, etc.
- II — Reorganização dos serviços do Parque Sanitário, nos termos do decreto-lei n.º 36.361, tendo aumentado o depósito de material pronto a seguir para qualquer local onde haja uma epidemia, reforçando o que está a cargo da respectiva Delegação de Saúde, adquirindo-se mais 8 ambulâncias automóveis para transporte de doentes, estufas móveis de desinfecção, cozinhas móveis, carros auto-tanques com dispositivos de depuração de águas, fornecimento de material sanitário, etc. (ao todo 36 viaturas automóveis em Lisboa, 13 no Porto e 17 na Província).
- III — Apoio laboratorial aos médicos para diagnóstico de doenças contagiosas, sendo as análises feitas no Instituto Ricardo Jorge ou noutros laboratórios dependentes da Direcção Geral de Saúde, sendo gratuitas para doentes pobres.
O movimento de análises bacteriológicas no Instituto Ricardo Jorge passou da média de 3 000 anualmente (de 1941 a 1945) para 28.200 (1950).
- IV — Apoio aos médicos para os doentes isolados no domicílio, por intermédio dos serviços de visitação sanitária, respeitando sempre os clínicos assistentes conforme a boa técnica do serviço social anti-epidémico, serviço este que está projectado intensificar logo que as circunstâncias o permitam.
- V — Intensificação das vacinações, alcançando-se, devido à acção dos delegados e subdelegados de saúde, médicos municipais e brigadas móveis, os maiores números de vacinados até hoje obtidos, pois se fizeram de 1947 a 1950, 1.757.631

vacinações anti-varfolicas, 489.515 anti-tíficas, 98.497 anti-diftéricas e 45.513 contra a tosse convulsa, o que fez baixar a mortalidade por febre tifoide para 8,53 e por difteria para 2,36 por 100.000 habitantes, registando-se em 1949 apenas 11 óbitos por varíola em todo o País.

VI — Intensificação da luta contra as endemias no País, pela realização de inquéritos e estudos epidemiológicos, análises bacteriológicas e virulógicas, utilizando técnicas novas, estimulando as actividades do Instituto Ricardo Jorge, que tem trabalhado constantemente com o serviço de profilaxia das doenças infecciosas e sociais.

Realizaram-se já trabalhos nesse sentido sobre:

- a) *Rickettsioses*, principalmente sobre a febre escarotodular.
- b) *Bruceloses*, entre as quais a febre de Malta.
- c) *Carbúnculo*, de colaboração com a Direcção Geral dos Serviços Pecuários.
- d) *Febres Tifoides*, assunto discutido largamente na II Reunião dos Delegados de Saúde, elaborando-se um plano de conjunto.
- e) *Difteria*, igualmente estudado na mesma reunião.
- f) *Tracoma*, intensificando notavelmente a luta contra esta doença, existindo, desde 1940, 5 dispensários e 15 postos anti-tracomatosos e funcionando já duas escolas para crianças tracomatosas, em Setúbal e Matosinhos.
- g) *Sífilis*, e outras *doenças venéreas*, em 21 dispensários e 4 centros de saúde, que se têm procurado anexar às Delegações de Saúde, dando-lhes um aspecto polivalente.
- h) *Sezonismo*, cuja acção tem sido notável, e, nos últimos tempos, particularmente eficaz, devido à utilização do D. D. T. e sucedâneos.
- i) *Kala-azar*, cuja luta se deve aos mesmos serviços.
- j) *Febre recorrente*, cujo estudo está a ser feito pelos mesmos serviços, em colaboração com o Instituto de Malariologia, cujo prestígio tem aumentado, realizando-se em 1951 nele um curso para médicos de várias nacionalidades por iniciativa da Organização Mundial da Saúde.

- k) *Bilharziase*, em que os serviços anti-sezonáticos actuaram em colaboração com o Instituto de Medicina Tropical.
- l) *Ancilostomiase*, devido à colaboração dos mesmos serviços com este Instituto.
- VII — Análises de águas de abastecimento (em todo o País);
Laboratório da Junta Sanitária de Águas:
Total de análises de águas nos 3 anos — 1.366.
- VIII — Fiscalização de estações depuradoras de Águas:
Existem numerosas estações desta natureza montadas pelas Câmaras Municipais nos abastecimentos que delas necessitam.
Instalações existentes em 1949 — 35.
Visitas efectuadas nos 3 anos — 232.
Amostras colhidas » » » — 572.
- IX — Secção de Alimentação e Nutrição
- a) Iniciaram-se estudos sobre composição de alimentos portugueses.
Temos assim:
— Composição dos queijos portugueses (publicado).
— Teor em Vitamina A das manteigas portuguesas (publicado).
— Teor em caroteno dos azeites portugueses (publ.)
— Princípios energéticos e substâncias protectoras do pão de milho e centeio (em estudo adiantado)
— Valor nutritivo das conservas de frutas portuguesas (em curso)
- b) Inquéritos alimentares, para o estudo das condições alimentares em Portugal.
- a) — inquérito alimentar na Fábrica de Loiça de Sacavém (publicado).
b) — inquérito alimentar no Ribatejo (terminado)
c) — inquérito alimentar no Baixo-Douro (terminado).
- c) Inquérito sobre a Pelagra no País (publicado).
d) Inquérito sobre o Bócio Endémico (publicado).
e) Polícia sanitária dos alimentos — vai-se desenvolvendo dentro das possibilidades de realização.
f) Inquérito alimentar no Minho (terminado).
g) Inquérito alimentar em doentes com pelagra, em Pombal. (terminado).

X — Colaboração com o Ministério das Obras Públicas.

Faz-se por intermédio da Junta Sanitária de Águas em relação com a importantíssima actividade que diz respeito à instalação de sistemas de abastecimento de Águas e de evacuação de esgotos.

Assim, nos últimos 6 anos, em 224 sessões dessa Junta deu-se parecer sobre 1.162 processos. Destes, 723 processos referiam-se a abastecimentos de águas e 71 a esgotos. Os restantes correspondem a outros pareceres de Salubridade.

XI — Comprovação de Medicamentos.

Está criado, em colaboração com a Comissão Reguladora dos Produtos Químicos e Farmacêuticos, um começo já bastante interessante deste importante serviço, que é bem necessário desenvolver. Estão assim sujeitos a fiscalização sistemática e aferição um grupo de medicamentos dos mais importantes, tais como Vitamina D e C, óleos iodados, extractos medicinais, arseno-benzois, insulina, penicilina e estreptomicina.

XII — Fiscalização de vacinas Nacionais e Estrangeiras.

Está-se fiscalizando a qualidade de produção, em colaboração com o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, para a maioria das vacinas, e Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge para a vacina anti-variolica.

É também uma actividade muito importante para garantia da eficácia das vacinas.

XIII — Ensino Sanitário.

Faz-se no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge. Além do Curso de Medicina Sanitária que foi remodelado e dos Cursos de Visitadoras Sanitárias, realiza se anualmente um Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde e colabora-se nos Cursos de Aperfeiçoamento médico-sanitário da Ordem dos Médicos.

Já atrás se fez referência ao movimento destes cursos.

XIV — O número de doenças de participação obrigatória de que é dado conhecimento tem aumentado, o que mostra serem cada vez mais ouvidos os apelos feitos nesse sentido e a melhoria da consciência sanitária dos clínicos.

XV — Para tomar parte em reuniões internacionais ou congressos e para fazer visitas e estudos de quaisquer assuntos de interesse sanitário, foram ao estrangeiro, indicados ou subsi-

diados pela Direcção Geral ou pela O. M. S. os Drs. Augusto da Silva Travassos, Francisco Cambournac, António de Carvalho Dias, Bernardino de Pinho, Arnaldo Sampaio, que tirou em Baltimore o Curso de Master of Public Health, D. Maria Ernestina Graça Mendes, D. Gabriela Pinto, D. Regina Costa, Fernando da Silva Correia, Manuel Marques da Mata, Mário Cardia, Alcino Pinto, Eduardo Albarran, Eduardo Paquete, José do Souto Teixeira, António Paúl e António Augusto Varejão Castelo Branco e Sousa.

XVI — Conforme as palavras do Director Geral de Saúde, « podemos dizer que, após a promulgação do Estatuto da Assistência Social e da subsequente Reforma dos Serviços de Assistência Social (Decreto-Lei N.º 35.108) o nosso Governo entrou decididamente numa nova fase de Política da Saúde. Os respectivos serviços que se debatiam na miséria de orçamentos deficientes começaram a conhecer melhores dias, ainda de modéstia é certo, mas de dignidade e relativo desafogo ».

* * *

Os elementos que acabam de ser lidos são simples apontamentos para guiar quem queira fazer ideia do esforço e competência dos que desde 1926 trabalharam na Direcção Geral de Saúde ou nos serviços dela dependentes, esforço em geral desconhecido do público e até de pessoas com responsabilidades.

Mas, além do esforço realizado a bem da Saúde Pública pela Direcção Geral de Saúde, não podemos deixar de registar o dispendido por outros serviços, dependentes ou não do Ministério do Interior. Apenas o faremos também em breves palavras, reservando-nos para oportunamente desenvolvermos e documentarmos o assunto, indicando ao mesmo tempo a respectiva Bibliografia.

Algumas realizações de vários serviços

I — Remodelação dos serviços de Assistência.

II — Construção, ampliação, apetrechamento ou melhoramento de muitos hospitais, entre os quais os *Hospitais Escolares* de Lisboa (para 1500 doentes) e Porto, *Hospital Rovisco Pais*, *Hospital Júlio de Matos*, *Hospital Sobral Cid*, etc.

- III — Construção da *Maternidade Alfredo da Costa* e da *Maternidade Júlio Diniz*, criação da *Maternidade Magalhães Coutinho* e apetrechamento destas e de muitas outras, instaladas em hospitais.
- IV — Construção do Instituto Português de Oncologia, com o seu *Pavilhão do Rádio, Hospital* para 300 doentes, *Escola de Enfermeiras*, etc., devidos ao Prof. Francisco Gentil.
- V — Organização da *Obra de Medicina Social* da Junta da Província da Beira Litoral, devida ao Prof. Bissaya Barreto, cuidando da *Higiene e assistência pré-natal, Puericultura, luta anti-tuberculosa* (dispensários, preventórios, sanatórios, colónias agrícolas, bairros higiénicos, etc.), bem como da Obra da Junta da Província da Estremadura, iniciada pelo Eng.º Carlos Santos e principalmente intensificada pelo Tenente Coronel Santos Pedroso.
- VI — Construções de inúmeras redes de canalização de águas (880 até 1948) e de esgotos (185 até 1948) e captação de águas em boas condições devidas aos Ministros Engenheiros Duarte Pacheco e Frederico Ulrich, ouvindo os pareceres da Direcção Geral de Saúde.
- VII — Construção de múltiplos Bairros Económicos em Lisboa, Porto, Coimbra e diversas localidades de todo o País, devido aos mesmos.
- VIII — Construção, ou criação por adaptações de edifícios, de novos sanatórios (Lisboa, Porto, Coimbra, Madeira, Covilhã, Caramulo).
- IX — Construções de edifícios para *Dispensários, Creches, Lactários, Preventórios, Colónias de Férias, Casas do Povo e Casas dos Pescadores, Postos Médicos*, etc.
- X — Construções de edifícios higiénicos para *Liceus, Escolas Primárias, Mercados, Cadeias, Colónias Penais, Quartéis, Edifícios Públicos, Matadouros, Lavadouros, Balneários, Cemitérios, Asilos, Albergues, Latrinas Públicas, Centros de Assistência Social, Jardins, Parques*, etc.
- XI — Regularização de rios, secagem de pântanos, construção de estradas, facilitando a rapidez das comunicações, construções de aeroportos, etc.
- XII — Criação e grande incremento dado ao *Instituto de Medicina Tropical* e a todos os trabalhos de defesa da saúde dos habitantes das províncias ultramarinas, (colonos ou indígenas).

- XIII — Remodelação dos serviços da antiga Sanidade escolar, criando-se a Saúde Escolar, em que os princípios da Medicina Social foram postos em acção, criando-se lugares de médicos escolares em todos os liceus e em parte das escolas técnicas e primárias (ao todo 78 médicos) além de 28 visitadoras escolares, cuidando-se da medicina preventiva do corpo e do espírito dos alunos, fazendo estudos de *tests* mentais, inúmeras vacinações, particularmente em Lisboa, procurando vigiar a prática da ginástica e dos desportos, apurando a existência de anormais, educando-se estes, etc.
- XIV — Construção do Estádio Nacional e de outros estádios, criação dum Instituto de Educação Física e da Inspecção dos Desportos, estimulando e orientando quanto possível as actividades nesse campo.
- XV — Criação da *Mocidade Portuguesa*, destinada à educação integral dos futuros cidadãos, a completar a instrução primária e secundária e preparando-os para a entrada no Ensino Superior e na vida prática, com uma orientação patriótica e nacionalista.
- XVI — Criação do *Instituto de Serviço Social* e do *Instituto Normal Social* para preparação de Assistentes Sociais, a juntar ao Curso de *Visitadoras Sanitárias* e a outros cursos de preparação de agentes do Serviço Social, ao todo 7, em Lisboa, Porto, Coimbra e Castelo Branco. Expansão das suas agentes em múltiplos serviços públicos e particulares. O número de diplomadas aproxima-se de 1.200. Atendendo a que em 1940 havia ao todo 200 escolas de Serviço Social em todo o mundo e que nos Estados Unidos, o país onde há mais, se contavam 44 809, Portugal vê-se que está em via de se colocar bem, atendendo a que só em 1929 foi iniciado entre nós o ensino do Serviço Social.
- XVII — Foi dado grande incremento às Misericórdias, Instituições tradicionais prestigiosas que se propõem realizar tanto quanto possível a assistência completa na área das respectivas actividades.
- XVIII — Foram aperfeiçoados e ampliados todos os serviços de Assistência Pública, quer de Assistência às Grávidas e às Crianças, quer a Inválidos, a Alienados, a Crianças anormais, em perigo moral e delinquentes, quer à Família, como núcleo

social, etc.; estabelecendo-se uma Inspeção da Assistência Social para vigiar todas as suas actividades.

XIX — Foi organizada a luta metódica contra as doenças sociais (tuberculose, sífilis, morbilidade infantil, doenças do coração, reumatismos, lepra, sezonismo, etc.).

XX — Com a Organização Corporativa foram criadas instituições de defesa e aperfeiçoamento profissional e moral dos profissionais da Arte de Curar, a *Ordem dos Médicos*, o *Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem* e o das *Profissionais do Serviço Social*, sendo criadas *Casas do Povo*, *Sindicatos*, *Casas dos Pescadores* e *Grémios*, *Caixas de Previdência*, *Federação das Caixas de Previdência*, etc., em que se está a ensaiar uma actividade notável no sentido da assistência à doença.

XXI — Nas Províncias Ultramarinas tem sido desenvolvida uma actividade intensa para defesa da Saúde, realizando-se missões de estudo médicas, criando-se cada vez mais *hospitais*, *maternidades*, *dispensários*, *asilos*, *creches*, *lactários*, *orfanatos*, *gafarias*, *albergues*, *jardins da Infância*, luta contra as doenças tropicais, etc.

Em Moçambique realizou-se um *Congresso de Medicina Tropical*, a que acorreram médicos categorizados e onde foram apresentados trabalhos de valor.

Os *Serviços de Saúde* das Províncias Ultramarinas foram remodelados introduzindo-se-lhes aperfeiçoamentos notáveis (1).

XXII — O último Anuário Estatístico refere que em Portugal prestam serviço 5.684 médicos, incluindo 325 senhoras, 2.487 enfermeiros, dos quais 879 do sexo feminino, 146 auxiliares de enfermagem, 134 dos quais são do sexo feminino e 620 parteiras.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

(1) É incompletíssima esta lista, apenas destinada a referir os factos mais importantes e só compreensível pelo estudo da remodelação sofrida pela Administração do Estado.

É basta a documentação insofismável que lhe diz respeito, tendo sido em 1948 reunida na Exposição das Obras Públicas cujas publicações não devem deixar de ser consultadas.

Alguns dados colhidos no Anuário Estatístico

População de Portugal em 1920	6.032.991
em 1930	6.825.883
em 1940	7.722.152
Números provisórios em 1950	8.490.455

Não está incluída a das Províncias Ultramarinas, mas apenas a do Continente e Ilhas.

	1925	1949
Total de nascimentos	210.830	212.260
casamentos	47.505	65.388
divórcios	568	1.032
óbitos	127.138	117.499
nados mortos	8.753	9.008
Hospitais gerais	291	304
Casas de Saúde	—	47
Misericórdias	263	330
Sanatórios e Casas de Saúde para tuberculosos	11	32
Hospitais e Casas de Saúde para alienados	4	16
Dispensários anti-tuberculosos	17	75
Dispensários de Higiene Social (luta anti-venérea)	—	41
» Anti-sezonáticos	0	10
Creches e lactários	27	115
Outros serviços de puericultura	0	164
Maternidades e enfermarias de partos	—	107
Colónias de Férias	1	76
Crianças beneficiadas com as Colónias de Férias	7.547	22.431
Total de consultas nos Dispensários anti-tuberculosos	25.726	196.003
Injecções	—	256.544
Radiografias	—	4.067
Radioscopias	—	106.111
Pneumotorax	—	3.204
Insuflações feitas	—	49.844
Análises de expectoração	—	10.911
Rações alimentares	10.163	—
Fórmulas ou remédios fornecidos	32.601	—
Visitas domiciliárias	213	—
Artigos profiláticos	339	—

Dois discursos

dirigidos ao Presidente Carmona

1929

Na inauguração do Parque Sanitário

pelo DR. JOSÉ ALBERTO DE FÁRIA

Sr. Presidente da República:

Excelência:

Os estabelecimentos de criação da Direcção Geral de Saúde que V. Ex.^a acaba de visitar não mereceriam a honra duma visita se por ela se quisesse revelar aos olhos de V. Ex.^a qualquer manifestação de grandeza ou novidade. Pobres, modestos, desvaliosos, eles não podem impor-se senão pelos efeitos da sua laboração em defesa do meio e do individuo contra doenças que física e socialmente nos venham a afectar. Ora tais resultantes não devem ser apreciadas exclusivamente à vista destas montagens porque delas, muito e principalmente, participa o esforço e a competência dos que têm o dever de pugnar por essa defesa. Não teria eu a ousadia de pedir a presença de V. Ex.^a nestas oficinas de labor médico-sanitário se me não tivesse julgado no dever de as apresentar a V. Ex.^a sob um aspecto que grandemente interessará ao homem que a Nação escolheu para árbitro e para guia da sua marcha no sentido de levantamento e progresso.

Em Setembro de 1927, o acaso duma interinidade, em substituição do querido e sábio mestre que é o professor Ricardo

Jorge, permitiu que fosse eu quem apresentasse a S. Ex.^a o Sr. Presidente do Ministério, então Ministro do Interior, as primeiras informações verbais sobre a necessidade da construção do Parque Sanitário. Sempre em minha lembrança restarão as indagações criteriosas e minuciosas que S. Ex.^a me dirigiu para bem se inteirar do assunto. Recordo cheio de comoção a troca de ideias e conjecturas que em duas manhãs de despacho S. Ex.^a se dignou conceder-me, porque delas saiu a ordem de ser lavrado o decreto da criação do Parque Sanitário por uma decisão vigorosa da parte do Sr. Ministro José Vicente de Freitas, a que correspondiam da minha parte a mais entusiástica alegria e confiança no alcance prático dessa decisão. O financiamento da obra a executar saiu da verba orçamental consignada à Direcção Geral de Saúde, e foi ajudado com a venda de sucata de ferro, trastes velhos, material químico e sanitário já em desuso ou por outra razão qualquer inaplicável. Quere dizer, o Estado não despendeu nele um ceutil fora do orçamento já estabelecido para as exigências anuais do serviço de saúde e, centavo por centavo, em sucessivos e trabalhosos leilões de material, perdido já, condenado a jazer pelos cantos dos armazéns, se foi reunindo cabedal suficiente para o excedente das despesas.

Os membros duma comissão administrativa a que presidi, encarregada da administração desta obra e da execução dos leilões, ao encerrar em fins de Fevereiro os seus trabalhos, poderiam jurar, em face dos homens e da consciência própria, que, se mais não fizeram, foi porque não puderam, porque não houve esforço que tivessem evitado, sacrificio a que se tivessem furtado, delinea-mento, por modesto que fôsse, que não tivesse sido pesadamente reflectido e tudo orientado na mais rigorosa parcimónia sem prejuizo do necessário.

Agora estou eu sentindo que do alto e bondoso espirito de V. Ex.^a se vai desprender a absolvição para o meu pedido de visita ao Parque Sanitário; é que me não caberia facilmente o direito, como sanitaria e como cidadão, de esconder a V. Ex.^a esta obra do Ministro sempre movido na sua acção pela mais desassomburada e brilhante compreensão das necessidades públicas e por quem as dificuldades são encaradas como estímulo, e, as contrariedades, quase olhadas como incentivo.

Ao Sr. Presidente do Ministério, pois, cabe esta realização; a comissão administrativa da instalação do Parque Sanitário só

para ela contribuiu com os escrúpulos de uma economia honrada, embora com os defeitos de uma mesquinha competência.

Logo a seguir, ainda no outono de 1927, é também o Sr. Presidente do Ministério que assina o decreto de criação dos Dispensários de Higiene Social e postos de protecção à infância em Lisboa e Porto. Veio-se aguardando oportunidade de corporizar essas determinações legais e só em fins de Dezembro de 1928 e princípio de Janeiro do corrente ano se apuraram dados materiais que prometiam aproveitamento feliz e exequibilidade racional. De pronto o Sr. Presidente do Ministério lhes deu impulso e assim sucedeu que o Dispensário de Higiene Social de Lisboa, que V. Ex.^a nos deu a honra de visitar há pouco e que está completado em sua primeira parte, foi nado e criado em trinta e poucos dias. Também pois a S. Ex.^a o Chefe do Governo pertence de facto o direito da fundação de mais essa instituição que, com a fundação do Parque Sanitário e os fundamentos lançados para a hospitalização dos tuberculosos, em decreto também de Outubro de 1927, se constituiu em estupenda revelação desse empenho sem medida, desse esforço de produção açoitado pela rapidez de deliberação, que fixam definitivamente a sua característica de homem público, raro, superior e, mais do que tudo, extraordinariamente útil à Nação, sobretudo quando aplicada, como agora, à defesa directa da saúde.

Excelência: ¿O que valem as instituições que hoje, se V. Ex.^a assim ordena, serão abertas ao serviço público? Valerão aquilo que os Poderes do Estado e o povo queiram que elas valham. Ambas são obra a que os médicos sanitários dão o seu mais acrisolado trabalho, às quais imprimirão o sentido mais lato e progressivo, servindo-a, modelando-a à feição nacional, divulgando-a, entranhando-a no sentimento das necessidades populares e enraizando-a nos próprios e verdadeiros princípios da educação da gente portuguesa. Com o apoio dos que governem e a aceitação dos que gozem de seus benefícios torna-se essa obra em valor que a si próprio se fomenta e de que o País tira larga soma de proveitos materiais e morais.

Assegurar a uma cidade com a extensão e população de Lisboa a garantia de que pode ser lavada, desinfectada, desinsectada; tomar a criança que nasce, estudar-lhe a resistência, estabelecer-lhe a alimentação mais apropriada, seguir passo a passo o seu desenvolvimento, vaciná-la contra as doenças que a podem

arrebatar, combatendo nela os estigmas herdados e os males que adquiram, olhando também pela saúde e bem-estar dos pais, livrando a estes de intoxicações que os ameacem por vício ou profissão; fazer por conferências, por escritos, relatos dos fins alcançados, sínteses de doutrina que o povo apreenda, sinta e abrace; iniciar tal trabalho hoje em Lisboa, daqui a dois meses no Porto, imbuídos todos nós da ideia de a lançar aos quatro cantos do País, levando essa organização às mais escondidas freguesias e aos mais inacessíveis povoados; e isto sem que os cofres do Estado se apercebam desse encargo, de que até poderão colher ligeiríssima taxa credora; afigura-se-nos plano em que o serviço oficial de saúde acciona de alavanca, e será alavanca que nunca quebra, mas em função do valor potencial que o Governo lhe transfira e do coeficiente de resistência que o povo lhe queira opor.

Excelência: Vamos arrostar com esses trabalhos nós, os médicos sanitários, confiantes, seguros de que a tudo nós por eles nos poderemos condenar, mas que jamais por eles desmereceremos no conceito que nos impusemos de impenitentes trabalhadores pelo bem da comunidade portuguesa.

Já um curso cheio de louros, a ascensão rápida ao professorado, as suas magníficas teses, de curso e de concurso, os seus trabalhos de neurologista e crenologista, as suas conferências sobre higiene, as suas «Águas do Gerez» e a sua «Higiene e Demografia da cidade do Porto» e o seu interessante e levantado trabalho da Repartição de Sanidade camarária dessa cidade tinham feito grande o nome do professor Ricardo Jorge, quando em 1899 surgiu ali a peste bubónica. O pesado obituário, o alarme a que o baírrismo dava extraordinário vulto, as perturbações económicas consecutivas, a vacilação governamental, puseram o Porto em ira, os protestos dos interesseiros encapelaram com a lamúria dos ignaros e, como tantas vezes sucede, no termo da epidemia apareceu vítima quem tomava na sua jugulação o papel primacial, e, reconheça-se mais, quem mesmo se atribuíra no combate anti-epidémico todos os lugares, todas as funções, todos os trabalhos, os que exigiam a maior preparação científica, os que se resgata-
vavam com maior perspicácia médica, os que afrontavam situações de maior perigo para a vida e para o nome.

Na história da epidemiologia não se descreve lance mais

brilhante do que este da peste do Porto, em que um só homem, em pesquisa por toda uma grande cidade, assoberbado pela mais intensa actividade e pela mais resistente opposição, diagnostica clinicamente o mal, marca a etiologia, organiza o combate até às mais reduzidas minudências e exuberante de talento, nunca embotado o viço do seu grande espirito com as amarguras que lhe criaram, desassombradamente identifica o agente causal nas preparações microscópicas, que durante a vigilia da noite ia cautelosa e apaixonadamente manipulando.

Mas a desgraça nem sempre só faz dano, porque se o professor Ricardo Jorge teve de sair as barreiras da cidade do Porto foi para vir trazer a Lisboa e ao País inteiro o esplendor que a sua altíssima competência conquistara, então já reflectida por todo o mundo e de tal maneira que o seu nome ficou para sempre nas páginas da epidemiologia engastado e nunca esquecido no mais limitado capítulo da peste do mais modesto e exótico tratado de patologia.

O rei D. Carlos, José Luciano de Castro, a Escola Médica de Lisboa, tapetam de homenagens a sua entrada em Lisboa, a Nação compreende-os argutamente e o professor Ricardo Jorge vem ser posto à frente da hygiene pública de Portugal.

À peste, à destruição, sucedera a graça providencial, os homens do governo por ela foram esclarecidos e o óptimo ensêjo aproveitado tinha de conduzir aos mais afortunados resultados. Estava ainda em campo e obediência a velha lei de 1878!

Quem, por estranho que seja à medicina sanitária, reflita na data da lei do bispo de Viseu e a refira ao período inicial dos trabalhos pasteurianos; quem, afastado propositadamente o espirito de quaisquer baldas de conceito político administrativo, bem atente na diferenciação marcada e positiva de procedimento entre duas épocas, a quarenta anos de distância e correspondendo uma ao meio e outra ao final do século irisado e cambiante que, por excelência, foi o século XIX; quem conheça as dificuldades que entre nós eram levantadas a um trabalho de organização que superasse o voejar de um voto eleitoral ou a immobildade de um regedor, poderá bem aferir do esforço, da competência, do talento, da devoção pátria, do culto científico e da coragem moral empenhados pelo professor Ricardo Jorge na concepção, elaboração e applicação da lei que ficou conhecida pelo Regulamento Geral de Saúde de 24 de Dezembro de 1901, o diploma mais saliente

da nossa legislação sanitária, a lei de Saúde que o mundo até então conhecera de mais levantada compleição, de mais completa perfeição e de mais rigorosa e racional intuição. Por ela temos vivido, brandindo-a, tem a medicina sanitária atravessado, sob o mestrado do homem que a produziu, os períodos de mais convulsa agitação política sem quebras da ligação necessária com o meio, sem falha de união entre os seus elementos e, mais do que isso, sem interrupção daquela fervorosa actividade e consciente dedicação que foram pilastras de toda a extensa linha de combates anti-epidémicos dos últimos trinta anos. O Dr. Ricardo Jorge, o professor, o neurologista que cultivara Recklinghausen e que foi discípulo de Charcot, o homem para os livros e para o microscópio, desce da cátedra, sai a porta do laboratório e corre à praça pública para, exposto a contendas, vitupérios e golpes, fazer triunfar, à força de ciência, consciência, energia e perícia, os ditames imperativos da higiene. E por esta enormidade de trabalho e através tam porfiada pugna foi criada por seu desígnio, e por sua mão, a moderna sanidade portuguesa.

Excelência: Quando depois de ressabido prélio parlamentar o Ministro Hintze Ribeiro, espírito eleito, subtil e experimentado, meteu na sua pasta para assinatura o decreto de 24 de Dezembro de 1901, confiava ele que resolveria inteiramente a organização estática dos serviços de saúde pública e deixava inscrito nessa lei o asserto legislativo para vencer todas as eventualidades. É que às câmaras municipais se distribuía nesse diploma as obrigações mais ajustadas aos sentimentos comunais, às edilidades se entregava confiadamente a guarda da vida dos munícipes, só elas ajuizavam das necessidades dos serviços de assistência médica e sanitária; colocava a seu lado os médicos sanitários e a estes dava nomeação pelo Governo para que os serviços estaduais fiscalizassem cuidadosamente, que a escolha recaísse nos mais competentes, criando cursos especiais que habilitassem a essa função esmerada; dava-lhes direito de soberanas na criação de instalações sanitárias, fomentando abertamente os meios para que tais montagens se fossem realizando de forma prática, criteriosa e variando com as condições do meio, doenças lá reinantes e disponibilidades económicas.

¡ Lei de pureza, lei de democracia, lei tão sábia nas suas estipulações de ordem técnica como nas suas determinações para humanizar o País !

Por uma ou outra razão de ordem política, por um ou outro qualquer aspecto de ordem financeira, pelo somatório de diferentes causas partidas da nossa educação popular e em respeito ao despotismo da rotina, as câmaras municipais nada quiseram aproveitar da lei senão nos trâmites que as prendiam ao Estado. A teia da lei foi cumprida, mas jamais lhe encheram as malhas com execuções de que o povo tirasse vantagem directa ou indirecta. Para as contingências, para as desgraças, apelavam as câmaras para o Estado, zumbiam-se ou revoltavam-se, conseguiam o desejado e depois tudo voltava à remansosa incúria. Quando, nove anos passados sobre esta já reconhecida inactividade, surgiu a República, vinha pois esse regime encontrar na lei de Saúde o mais sólido esteio para uma acção de fraternidade. Mercê de adaptação formal entre os caracteres dessa lei e a feição que vinha matizar o novo sistema de governação, passou por instantes o desalento que já ia minando os sanitaristas.

Ah! mas a República não teve a sorte de neste departamento conseguir infiltrar nas câmaras municipais aquela aptidão para o sentimento de bem valer a todo o que deva ser defendido contra a doença.

Fez a República obra de assistência, mas esqueceu completamente a higiene! Seis, oito anos passados sobre Outubro de 1910, toda a esperança estava perdida nas possibilidades da lei de 1901, e então o professor Ricardo Jorge, em cujos dons espirituais sobressai constantemente aquela suave transigência que curva o sábio aos factores de experimentação, começou de lutar pelas alterações que na lei se estavam a impor. Não tinham as câmaras capacidade ou disposição para as atribuições de que em 1901 lhes tinham feito entrega? Então que fossem criados organismos pelos quais o Estado fizesse a vigilância sobre a sanidade comunal e, com estes propósitos insinuados em sucessivas propostas aos vários Governos, o professor Ricardo Jorge mais uma vez manifestava os fachos da sua clarividência profética, porque lançava pedestal para uma lei portuguesa e bases para as leis que modernamente vieram a ser adoptadas para a Saúde Pública dos vários países.

Só em Outubro de 1926, sob o Governo de V. Ex.^a, Ex.^{mo} Sr. General Carmona, lograram essas propostas aceitação fácil, corrente e levantada; sob o impulso da forte e judiciosa acção governativa de V. Ex.^a se veio a consumir aquele anelo

fremente que torturava os que em Portugal se devotavam ao bem da sanidade, que é a expressão mais humana e sentida do bem do povo e da Nação. O decreto de 12 de Outubro de 1926 redime a República do abandono em que deixara a Saúde Pública e revigora, sobre indestrutível alicerce, as fundações que técnica, social e administrativamente serviam de apoio às prescrições de 1901. A lei de 1926 é luzeiro que nunca apagará, para lembrança, para honra, para culto do nome de V. Ex.^a que a promulgou, Ex.^{mo} Sr. General Carmona, depois de ter dardejado sobre o ambiente as cintilações que iluminassem para ela um caminho franco e para a Saúde Pública, portanto, uma triunfante estrada de Damasco.

Em acordo com o parecer do Sr. Presidente do Governo pensa V. Ex.^a, Sr. Presidente da República, decretar que ao Sr. professor Ricardo Jorge seja conferida a grã-cruz de S. Tiago da Espada.

Remota lembrança tenho de, em qualquer episódio da história da velha Roma, um senador arrancar de sob a toga o seu laticlavo para com ele jungir a si os de igual voto, a formar um feixe, um pequeno « fâscio » de resistência aos muitos de opinião adversa.

Essa fita roxa, que ficará prendendo os nomes dos dadores e do agraciado, vale como laticlavo que una o cônsul e o pretor ao questor da sanidade e vem aureolar com singular fulgor a grandeza dos três homens que pela saúde dos portugueses mais têm corrido em justa defesa.

10 Março 1929.

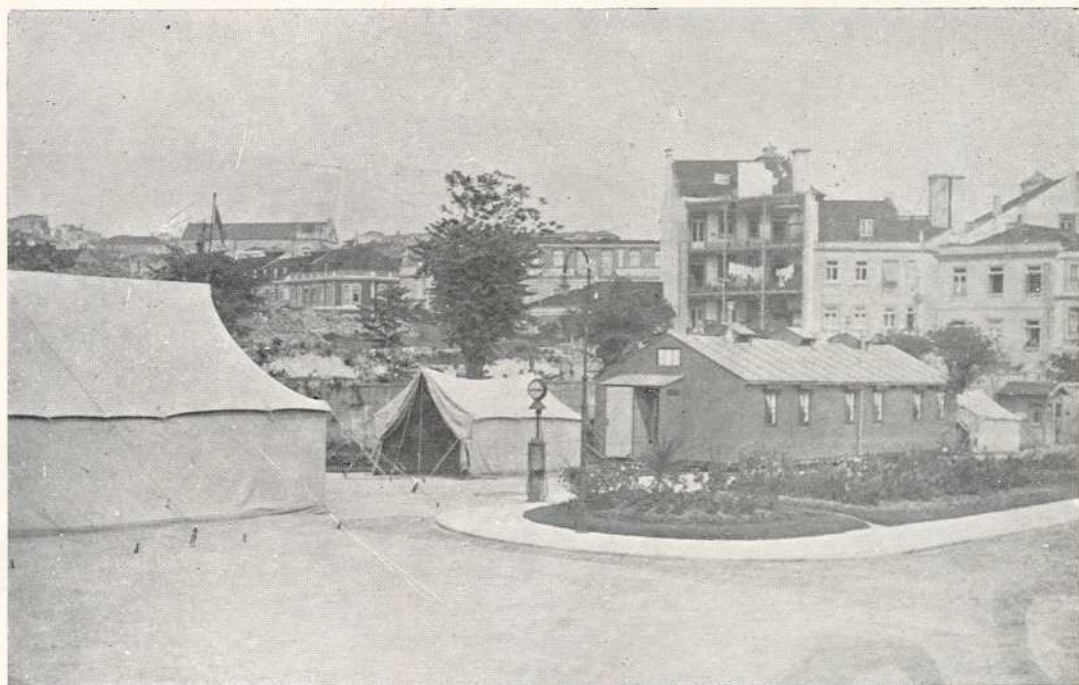


FIG. 12 — Formação sanitária móvel

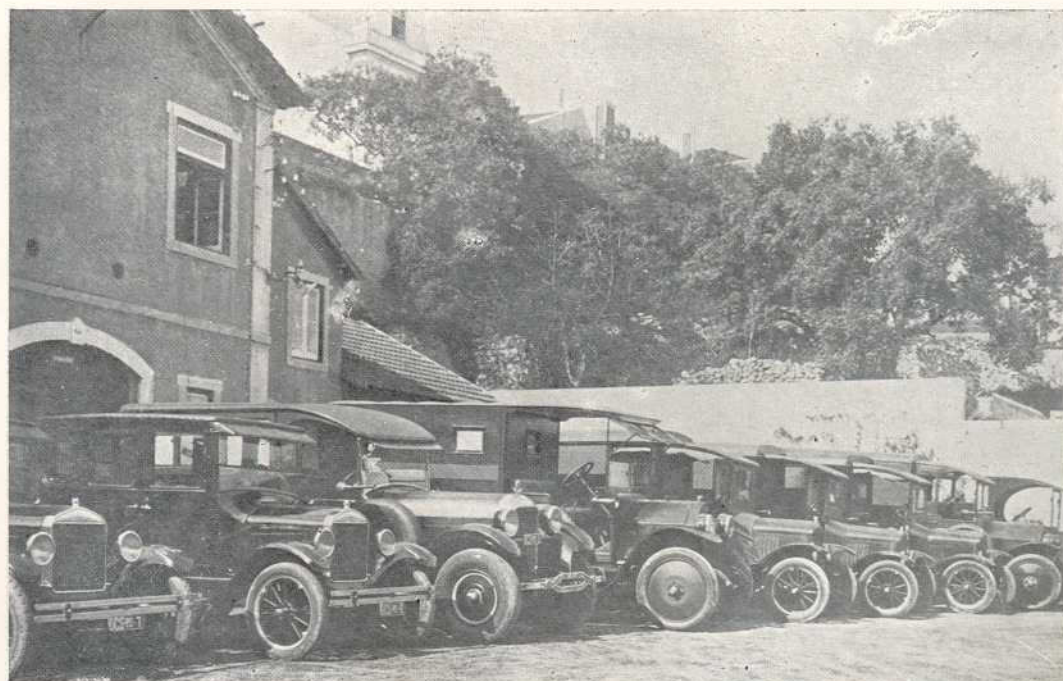


FIG. 13 — Viaturas de transporte de doentes, roupas e objectos contaminados

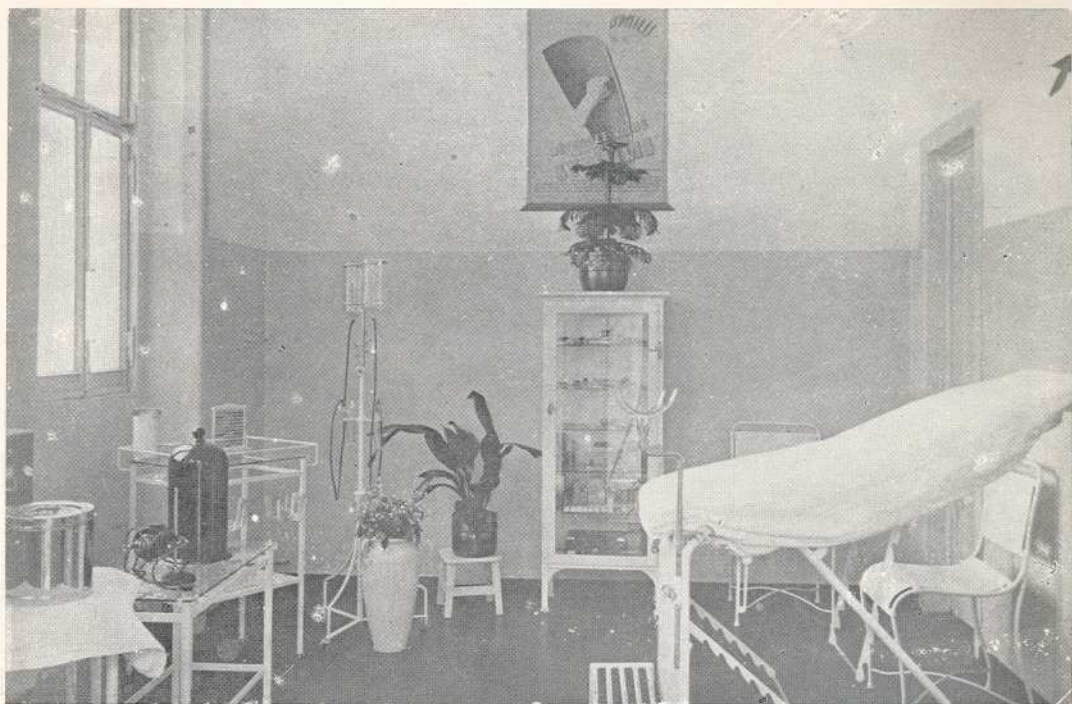


FIG. 14 — Dispensário de higiene social — Sala para exame das meretrizes



FIG. 15 — Aspecto da Exposição de material de luta anti-sezonática

II
1940

Inauguração da Exposição do material da luta anti-sezonática (1)

pelo DR. FAUSTO LANDEIRO

« Senhor Presidente da República
Senhor Ministro do Interior
Senhores Ministros
Senhor Director Geral de Saúde
Minhas Senhoras e Meus Senhores :

Apresento a V. Ex.^a, Senhor Presidente, em nome dos Serviços Anti-Sezonáticos que tenho a honra de dirigir, as nossas mais respeitosas homenagens e os nossos melhores agradecimentos pela honra que nos concede dignando-se assistir a esta despreziosa manifestação da nossa actividade.

Não vem V. Ex.^a encontrar o espanto habitual das grandes solenidades, porque é norma do Serviço o trabalho sereno e reflectido, longe do quente e falaz entusiasmo do triunfo fácil; porém poderá V. Ex.^a estar certo de que sentimos com júbilo os motivos festivos que V. Ex.^a nos concede com a sua presença. Neste momento tenho pena de ser mais homem de acção do que de palavriado, porque desejava com rasgos de oratória, bem vincar, em tradução fiel, o prazer que sentimos.

A V. Ex.^{as}, Senhores Ministros, também muito agradecemos o interesse que mostram pela obra em que estamos empenhados.

(1) Discurso proferido em 23 de Março de 1940 no Parque Sanitário, ao ser inaugurada uma exposição de material e de miniaturas de instituições de luta anti-sezonática e higiene rural, a que presidiu o Presidente Carmona.

Senhores! Felizmente já vai longe aquele tempo em que Portugal se mostrava alheio ao interesse que a todas as Nações merecia a luta contra o flagelo do paludismo. Ao Governo do Estado Novo se deve o estabelecimento dessa luta no País.

Prestando nesta altura a nossa viva homenagem à memória do Professor Dr. Ricardo Jorge, Homem insigne, que foi higienista de renome mundial, marcamos posição adversa ao comum hábito de responsabilizar os homens de antanho por erros ou insucessos passados. Esta nossa posição traduz apenas o princípio de justiça íntegra que a tantos se deve por não «terem podido» realizar os seus patrióticos desígnios e nunca por não «saberem» ou não «quererem». A atestar tais factos, no presente caso, pode-se afoitamente apontar: para o *saber*, o magistral relatório de 1901, inda hoje, decorridos tantos anos, cheio de verdades incontestadas; para o *querer*, o envio de Carvalho Dias à França e Espanha a estudar Malariologia, a fim de utilizar os conhecimentos adquiridos em benefício do País. Circunstâncias várias não permitiram a esse homem de talento e visão larga realizar a obra da luta contra o mal das sezões.

A situação política actual criando ambiente e condições especiais de trabalho a todo o bom português, permitiu ao actual Director Geral de Saúde, Dr. José Alberto de Faria, aproveitar em 1930 e nos anos seguintes, as bolsas que a Sociedade das Nações havia anos concedia para o estudo da malária. Luís Figueira e eu, assistentes da cadeira de Parasitologia da Faculdade de Medicina de Lisboa no Instituto Câmara Pestana, a convite do Director Geral de Saúde, fomos como bolseiros da Sociedade das Nações e da Junta de Educação Nacional, estudar na Alemanha, Jugo-Slavia e Itália os modernos métodos de luta contra o Paludismo. Ainda relembramos com saudade o Nosso Querido Mestre e Amigo o falecido Professor Aníbal Bettencourt que despertava, em todos os seus alunos, o gosto pelo estudo da malária, pela importância que concedia ao seu ensino.

Volvidos a Portugal fomos encarregados pela Direcção Geral de Saúde de montar a primeira Estação Experimental de combate ao sezonismo, em Benavente, sob a Direcção do Professor Nicolau Bettencourt membro do Conselho Superior de Higiene.

Queremos neste momento prestar a nossa pública homenagem ao Dr. José Alberto de Faria como instituidor da luta anti-sezonática em Portugal. Ao seu grande interesse e entu-

siasmo por esta Campanha Sanitária se deve o estabelecimento do Serviço começado apenas com o numerário obtido à custa de apertada economia na verba orçamental de epidemias e só conseguido pela pronta jugulação que foi feita de alguns focos epidémicos que se tinham reacendido. Amparado foi ainda o Serviço em anos subseqüentes, pela mesma verba, nas claudicações da dotação própria, insuficiente para o desenvolvimento que se concedera à luta. Ao lado dos recursos financeiros concedeu Sua Excelência também e largamente o seu conselho avisado, filho da experiência de tantos anos de dedicado labor na Higiene Pública.

Em Abril de 1931 começámos a trabalhar e volvidos dois meses apenas, sobre esse feliz início, em pequeno e despretenhioso folheto demos conta, a pedido do nosso Director Geral, do que havíamos posto em prática. Quis Sua Excelência o Senhor Dr. Oliveira Salazar, Ministro das Finanças, nessa época de severa economia, distinguir-nos com a sua confiança concedendo ao Serviço Anti-Seasonático a primeira dotação orçamental.

Poderão Vs. Ex.^{as} avaliar o legítimo orgulho que sentiríamos se tal honraria, acima de tudo, não constituísse para nós uma pesada tarefa pela responsabilidade que nos concediam.

Ao Sr. Coronel Lopes Mateus, ilustre Ministro do Interior na época em que se encetou a luta, ficou o Serviço devendo as facilidades de começo. A Sua Excelência o Sr. Dr. Mário Pais de Sousa, actual e mui ilustre Ministro do Interior, ficamos devendo o mais decidido e largo concurso, não só para a continuação da luta, mas também para a sua Organização Oficial. A esta o Sr. Dr. Rafael Duque, Ministro Ilustre da Agricultura, ligou indissolúvelmente o seu nome.

Com a regulamentação da orizicultura conseguiu Sua Excelência fazer vingar a organização do serviço anti-seasonático que durante sete anos viveu em regime experimental.

Lembramo-nos dos célebres versos de Camões: «Sete anos de Pastor Jacob servia...»

Pode ser que muitos visionassem, na incipiência própria dos organismos novos, as feições da Lia e entrevissem outros sete anos de servidão para conquista de requestada Raquel; contudo, os experimentados, pelos ensinamentos da biologia, decerto vão descobrindo as feições da formosa judia: que a idade sempre avivou os traços indecisos e pouco vincados da meninice.

Perdõem Vs. Ex.^{as} se caímos em devaneio, que a memória do épico lusitano nos permitiu. Volvemos pronto à realidade, retomando o fio da história no ponto em que a deixámos: a altura em que o Sr. Dr. Pais de Sousa conheceu o serviço. Foi no documentário que fizemos em desageitado ensaio de amadorismo cinegráfico, passado no Central Cinema ao fim da Campanha de 31.

Ao encetar a Campanha de 32, possuídos duma sincera crença no ressurgimento Nacional, deixámos a certeza duma clínica remuneradora, a troco dum duvidoso futuro, apenas seguro na nossa convicção patriótica.

A estadia entre os povos mais cultos da Europa, apurou o nosso sentido de bem pátrio, e permitiu que nos apercebessemos do valor da raça lusitana e das suas grandes possibilidades.

Como um ótimo general não pode vencer sem bons soldados, também ótimos soldados não conquistam louros sem um bom comando. O chefe sabedor e seguro requiere o concurso de conscienciosos e obedientes servidores. A obra não pode ser só dum, tem de ser de todos. Tínhamos em V. Excelência Senhor Presidente e no Dr. Oliveira Salazar o comando que ha muito requeria o Portugal de antanho, leal e valoroso. A nós todos, humildes servidores, cabia o papel de soldados modestos mas entusiásticos.

Se a luta anti-sezonática se tornava necessária e instante nas províncias metropolitanas, indispensável e urgente ela se mostrava e mostra para as províncias ultramarinas. Posta em prática no Continente serviria de preparação e exemplo para os futuros coloniais.

Foi o sonho dum Portugal Maior, visionado por Vs. Excelências e ambicionado por todos nós, que nos levou à « carolice », permita-se o termo, por esta obra que, além de Nacional, é também Humanitária e Cristã: visitar os enfermos, levando-lhes além do bálsamo duma consolação, a certeza dum pão quotidiano conquistado no trabalho saudável e não arrancado ao martírio dum vegetar de malaventurados.

Será talvez essa a única herança que deixaremos a nossos filhos: a certeza, numa convicção sincera, do Portugal de amanhã, não Grande como o de hoje mas Maior, como o de outrora.

Com o ano de 33 surgiu a colaboração da Fundação Rockefeller, atraída pelas normas modernas de trabalho que o serviço

apresentava: ausência dos preconceitos e vícios da antiga praxe, e presença de anseios de novidade, como o *full-time*, a habilitação do pessoal a trabalhar como homens e não manequins, a quem não se concede inteligência para discernir na aplicação das apertadas disposições regulamentares, e a cooperação decidida dos outros sectores da vida pública da Nação. Recordamos a audaciosa experiência, só, na Europa, tentada em Itália, da aplicação do Verde de Paris por meio de avião. O comandante Pinheiro Correia e seus colaboradores, entre os quais é justo destacar o major Amado da Cunha, deram vulto ao nosso atrevimento, tornando-o realidade. E tantas outras colaborações encontrámos, que enumerá-las seria alongar demasiadamente esta palestra.

A Fundação Rockefeller subsidiou o inquérito em todo o País, que já esboçáramos em 1932.

O alento que tal cooperação nos concedeu ficou provado pelo actual Instituto de Malariologia que, em Aguas de Moura, foi substituir a antiga Estação Experimental. Supérfluo é tecer encómios à benemérita acção da Rockefeller Foundation, porque sobejamente é ela conhecida no mundo inteiro.

O nosso sistema de solicitar cooperações frutificou em exemplo proveitoso, e assim, a Comissão de Iniciativa de Quarteira logo nos pediu saneamento da afamada Praia Algarvia; a Herdade do Pinheiro por intermédio do seu Administrador sr. Ferreira Lima, um dos melhores entre os melhores dos nossos colaboradores, acorreu a solicitar os benefícios da luta, e a Junta Autónoma de Obras de Hidráulica Agrícola nos requereu a cooperação. Esta, permita-se-nos a imodéstia com que a relembramos, foi sumamente proveitosa para o País. Estabelecemos as normas que, aperfeiçoadas, vingaram para a decidida protecção ao trabalhador rural por parte do Estado. A autoridade do Estado só se fortifica dando salutar exemplo aos seus governados. Ao contrário de Frei Tomás se dirá agora: « Fazei o que êle diz e... também o que ele faz ».

O serviço quando começou os seus trabalhos encontrou um óbice na cultura orizícola.

Mais que a desordenação reinante então, existia a apaixonada discussão dos pró e anti-arrozais. Quis sempre a Direcção Geral de Saúde guardar, como lhe competia, a posição imparcial de defensora da saúde das gentes.

O Serviço Anti-Seasonático lançou o balde de água fria nessa fogueira, dando exemplo de serena compostura no sério e calmo trabalho científico. Socegados os ânimos e feita justiça às nossas intenções, acudiu pressurosa a Lavoura Portuguesa — honra lhe seja — a nos facultar, através da Orizicultura, os meios para a luta, primeiro na Azambuja e depois em todo o País por intermédio da Comissão Reguladora do Comércio de Arroz.

Homenagem bem sentida prestamos à memória do Engenheiro João Barroso, um novo, cedo roubado à vida, quando tanto havia a esperar da sua lúcida inteligência, relembando a sua acção na Presidência da Comissão Reguladora do Comércio de Arroz.

Era Ministro do Comércio o Engenheiro Sebastião Ramires quando a Comissão Reguladora do Comércio de Arroz pôs à disposição do Estado, que a oficializou, a cobrança destinada à luta anti-seasonática, duma pequena taxa, sobre o arroz produzido e descascado. Exemplo louvável que esperamos ver seguido pelos outros ramos da mesma generosa Lavoura, para que não só possamos ampliar ainda mais a nossa acção mas também alargar o seu âmbito.

A aquisição de furgonetas, que adaptámos, nas oficinas deste Parque Sanitário onde nos encontramos, a ambulâncias-laboratório, as primeiras desta índole em Portugal, pretextou a ocasião de em bem simples exposição mostrar o que temos feito na luta contra o sezonismo. Pouco na verdade para o muito que desejaríamos ter feito.

Quando a Organização Oficial nos concedeu todos os meios de acção, que a honrosa confiança do nosso Director Geral nos permitiu pôr em prática, o serviço não possuía o âmbito que hoje se nos oferece. Para que tal campo de acção existisse, tivemos de organizar com segurança a rectaguarda, pois é mister fazê-lo, tanto no campo de batalha, como no terreno de combate a epidemias ou a endemias com reacendimentos epidémicos.

Assim o serviço das Estações e Postos teve de ser remodelado — algum mesmo foi criado pela organização — e preparada a base para o remuniamento indispensável. Em época guerreira podemos definir a nossa acção em termos adequados a tão mavórtico ambiente: se no ano passado as escaramuças se sucederam já com certo empenho, a grande ofensiva estava e está marcada

para ser empreendida este ano. Esperamos confiadamente que as dificuldades trazidas pelo estado de guerra na Europa nos permitam efectuar o ataque com o denodo que ambicionamos.

Contamos em breve publicar o primeiro número do nosso boletim e será nele que daremos conta dos trabalhos contidos nos relatórios anuais.

Podemos duma maneira geral dizer que temos conseguido uma regressão no número de casos de sezonismo em certas regiões do País. Claro é que a regressão da endemia sazonal faz-se mais lentamente do que o julgam e desejam muitos dos insofridos, e, para exemplo, citamos a Itália onde, apesar de todos os meios serem empregados em larga escala — *verbi gratia* a bonifica integral — a diminuição da malária tem sido conseguida à custa de muito e persistente trabalho e mesmo assim ainda não foi extinta.

Empregámos em Benavente, a título de experiência, todos os meios adequados, mas muitos tiveram de ser abandonados por improficuos ou muito dispendiosos para o nosso meio.

É o sezonismo um problema local e não pode ser resolvido parcelarmente. Uma acção de conjunto é requerida para emprego dos métodos que mais eficazes se tenham mostrado ao estudo indispensável, previamente feito.

Temos concedido ao tratamento dos doentes a necessária atenção, não só para evitar a expansão do morbo, mas também para que a economia nacional não sofra com a falta de braços para trabalho proficuo. A luta anti-larvar vamo-la condicionando à bonfica hidráulica, sua companheira inseparável.

As protecções mecánicas com redes metálicas temo-las ido executando como exemplificação muito de estabelecer, não só nos nossos serviços mas também nos hospitais, escolas, quartéis, etc.

Não resistimos a salientar a protecção que está estabelecida para a nossa guarda fiscal ao longo de toda a fronteira terrestre, nos locais da traiçoeira luta do Anopheles, a mostrar a estranhos que Portugal ainda dá exemplo em muitos campos.

O estudo e a investigação tem-se feito sempre como as necessidades aconselham.

Hoje ao Instituto de Malariologia de Águas de Moura foi confiado esse papel, trabalhando em perfeita colaboração com todas as Estações e Postos.

A pequena exposição que apresentamos, tirada a obra que a Comissão Reguladora do Comércio de Arroz nos ofereceu através da sua valiosa colaboração, é modesta. Mesmo a da Fundação Rockefeller não escapou ao cunho que a Direcção de Serviços lhe quis imprimir: trabalho do pessoal dos serviços e de amadores que mui obsequiosamente nos coadjuvaram.

Assim esclarecidos sobre a singeleza havida na confecção dos elementos que honestamente apresentamos, ao lado do nosso material técnico, que procuramos seja do melhor e mais adequado, embora muito dele seja por nós urdido ou improvisado na prática, Vs. Ex.^{as} terão de encontrar despreziosa e talhada pelo seu autor dentro da mesma feitura prática com que giza o trabalho dos serviços.

Ao reunirmo-nos aqui um pensamento mais alto nos guiou e o qual reservei para o fim, porque os últimos são sempre os primeiros até na sabedoria das usanças do empíreo.

Estes Serviços, cem por cento Estado Novo, servidos por um pessoal seguramente nacionalista, quizeram prestar justa homenagem a V. Excelência, Senhor Presidente da República, e ao Dr. Oliveira Salazar, colocando, na Direcção de Serviços e nas Estações, Postos e Dispensários, de todo o País os vossos retratos e considerando-os todos descerrados com estes.

Por um Portugal Maior! »

A seguir, o Chefe do Estado visitou minuciosamente a exposição de material e miniaturas de instituições anti-sezonaticas expostas no Parque Sanitário, acompanhando-o na visita os Ministros do Interior e do Comércio e Indústria, Srs. Drs. Pais de Sousa e Costa Leite, Director Geral de Saúde, Dr. José Alberto de Faria, Dr. Rolla Hill, Enfermeiro-Mór dos Hospitais Civis, Director Geral da Assistência, muitos médicos e outras entidades. (1)

(1) No Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge guardam-se as peças mais interessantes que figuraram nessa exposição.

LUGARES SELECTOS

Duas cartas

I

Do Prof. Ricardo Jorge ao Dr. José Alberto de Faria
na sua posse do cargo de Director Geral de Saude

Lisboa — 24 de Dezembro de 1928.

Meu caro Faria

Ausente, faltarei em carne e osso a uma cerimónia grata — mais grata para mim que para qualquer outro — mas sobre a sua cabeça se desenhará a sombra da minha mão e voará o meu coração e o meu espírito.

Bastantes anos já — curtos para quem desce a carreira acelerada da idade — são passados desde que mo trouxe menino e moço a mão daquele santo Gonçalves Marques — homem às direitas sem avessos, peito leal, cabeça rara, de um só rosto e de uma só fé, a de lidar sem descanso e com acerto por tudo que é de bem e da obrigação em serviço público.

Trazia-me o Faria pela capacidade e devoção que lhe adivinhara para trabalhar junto de nós nesta tarefa rude de epidemias em que o pulso e o ânimo são postos em provação a cada hora. Anos de ajuda desinteressada com uma solicitude nunca desmentida até que a última reforma definiu a sua situação para a qual gostosamente o chamei, enquadrado com outros de tamanha valia neste corpo central da Direcção Geral, onde as vontades e os pensamentos de todos se juntaram numa harmonia e solidariedade, casando o cumprimento do dever com a devoção da ami-

sade — uma consolação espiritual e cordial para quem traz o tornozelo ulcerado pela braga que um dia se lhe soltou ao artelho nesta galé da Saúde Pública.

Chegado o momento em que um elo dessa cadeia tinha de dessoldar-se, havia que chamá-lo para o lugar aberto: fi-lo indicar a quem era devido o apêlo, depois de obtida a custo a sua própria anuência, para a qual, posto de lado com uma abnegação rara o sacrifício pessoal, pode mais o impulso generoso do seu coração amigo que a tentação da paixão que a higiene inocula *intus et cute* àqueles que cederam ao amor do seu cultivo.

Mais uma vez se diga que no posto de perigo *uno avulso non deficit alter*.

De perigo, sim, sobretudo pelos precalços do officio em países como o nosso, onde não falta o mau natural de alguns e os movimentos injustos de opinião para vituperar quem, falho de recursos materiais e morais, moireja na faina ingrata do levantamento da sanidade, para o qual importa assegurar autoridade e meios sem os quais tudo definha, porque o saber e a boa vontade não bastam.

Que todos os males que poderiam empecê-lo lhe não tolham os passos — o ânimo não, que esse sei-o imperturbável; e que o caminho se lhe abra em estrada coimbrã, sem pedras nem abroelhos, por onde possa seguir desembaraçado.

Acompanhá-lo-ei enquanto os anos quiserem, que me não deixarão certamente ver esse estádio futuro de glória sanitária, pensamento irrealizado de uma vida inteira.

O que eles me permitem ao menos nesta hora é que estenda a mão para abençoá-lo como a um filho — porque o é pela eleição do affecto e pela dedicação agora mais que nunca testemunhada.

Do seu

Ricardo Jorge

Um ano depois — Política sanitária

Carta do Prof. Ricardo Jorge no dia do 1.º aniversário da posse do seu sucessor, Dr. José Alberto de Faria, em 24 de Dezembro de 1929:

Meu caro Faria

Um ano é passado. No fecho deste primeiro aniversário, que mais hei-de dizer-lhe que o dito no acto da sua posse? Um ano não passa em vão — ano de lutas, ano de provações. Havia que contar com elas. Falei-lhe então dos espinhos do cargo; estavam à vista, bem eriçados, afora os que rebentam a cada hora como de árvore viva. Mas, sinceramente, apesar de desabusado de experiência, esperava que os peores despontassem. Não lhe aconselho que se insensibilize como os faquires; tem que tomar esses espinhos como estímulos — da sensibilidade vem a reactividade, e a vontade, em vez de amortecer, exalta-se. Os principais obstáculos à higienização deste meio não são os de ordem física e natural, são os de matéria psico social.

É preciso que haja uma orientação colectiva e se entenda que deve cultivar-se uma política sanitária ao lado da política do ensino e da política do fomento, como nos países que se chamam civilizados, dentro do critério social de hoje em dia.

Nesta vergonhosa penúria actual, nem pode existir higiene, nem sequer higienistas. Endemias nefastas de opinião, inacção e abstenção, de toda a espécie, desde a educativa até à pecuniária — eis o que malogra os melhores esforços e iniciativas. Contra essa infecção endémica não há outra vacina a opor senão a têmpera de carácter, com firmeza e com medida, sem fraquesa, nem esmorecimento, estoicamente, até o dia em que o bem e a verdade obtenham triunfo, ou se perca, de todo a esperança de — alcançá-lo; ... E até lá — « *Sursum corda* »!

Do seu

Ricardo Jorge

Uma carta da América

Dr. R. B. Hill
Apartado Aereo 3950
Bogota — Colombia

Junio 3 — 1946.
Dr. José Alberto de Faria
Avenida da Liberdade
Lisboa — Portugal

Dear Dr. Faria :

When Dr. Cambournac was here a few months ago, told me that you had resigned your position as Director of Health. *La noticia me llenó de tristeza*, for you have given many years of untiring and desinterested service to the Government, and it will be difficult to find one worthy to be your successor. I realise that it is advantageous for you personally, since you are now free of the onerous duties and responsibilities that have been yours for so long, and that you can devote all your time to your personal affairs.

As a worthy successor to Dr. Ricardo Jorge, Your name will always be linked with his in the development of public health work in Portugal. Between you, the foundations of the work were built, while under your direction a great many things were started which will endure.

It was a great satisfaction to me personally to be associated with you for nearly eight years, and to be in Portugal and watch the developments which took place under you, which placed the public health organisation on a firm basis.

Only last week as I was unpacking my books, which I had not seen for four years, I found my copy of your translation of Mustard's book — Exemplo de Sanidade — to which you were kind enough to place my name along with yours. I shall always prize this as a memento of your association and friendship.

My wish is that you may now enjoy life to the full, and that some day I shall have the pleasure of seeing you again.

Yours sincerely

Rolla B. Hill (1)

(1) Alto funcionário médico da Rockefeller Foundation, que a representou durante alguns anos em Portugal.

Ao deixar a Direcção Geral de Saúde, o Dr. José Alberto de Faria fez transmitir a todos os funcionários dele dependentes a seguinte circular, a todos fazendo compartilhar da satisfação do dever cumprido durante os 4 anos, de 1941 a 1944, em que durou a epidemia de tifo exantemático que em Espanha atingiu 18.813 pessoas, vitimando 2.631, ou sejam 13,9 % dos atacados, não havendo em Portugal qualquer foco epidémico, mercê das medidas tomadas, em que pessoalmente o Dr. Faria interveio, percorrendo os postos sanitários da fronteira e estimulando o zelo dos subdelegados de Saúde.

CIRCULAR

Lisboa — 29 de Outubro de 1945

Para conhecimento de V. Ex.^a tenho a honra de transcrever o despacho seguinte:

No *Epidemiological Information Bulletin* que desde há pouco começou a ser publicado pela U. N. R. A., em Washington, vem, no número de Abril, e a seguir à descrição do tifo exantemático que assolou o país vizinho nos anos de 1941 e 1942, a seguinte referência em página 303:

« Portugal managed to keep the Spanish epidemic from crossing her frontiers and there was only the usual sporadic run of up to 50 cases a year. »

Julga-se de interesse levar notícia de tal apreciação, tão sóbria como positiva, aos esforçados trabalhadores daquela defesa anti-epidémica, que foram todos os serviços desta Direcção Geral e, com particular relevo, muitas das Delegações de Saúde concehlias, sobretudo as da zona fronteiriça.

Comunique-se.

Direcção Geral de Saúde Pública, em 27 de Outubro de 1945.

O Director Geral,

José Alberto de Faria

Resumé

En rappelant la mort du Président de la République du Portugal, le 18 Avril - 1951, on fait la synthèse de ce qu'on a fait dans ce Pays de 1926 à 1950 en matière de défense de la Santé Publique.

Législation spéciale, relations sanitaires internationales, augmentation des budgets destinés à la Direction Générale de Santé, principalement depuis 1946, cours sanitaires, nouvelles institutions, tels qu'hôpitaux, généraux et pour malades mentaux, cancéreux, tuberculeux et lépreux; sanatoires, dispensaires, maternités, centres d'assistance sociale, parcs sanitaires avec du matériel anti-épidémique; organisation de la lutte contre la mortalité infantile, la malaria, le trachome, les bruceloses, le charbon, etc.; des captages d'eaux nombreux, construction de plusieurs réseaux d'égouts; réalisation de plusieurs études sanitaires, enquêtes, voyages d'études et des cours, de perfectionnement, quelques uns dans des écoles étrangères; perfectionnement des statistiques, combat au chômage par l'organisation de travaux publiques, stimulation de l'assistance privée, organisation de l'enseignement d'agentes du Service Social, etc. etc., tout ça, avec une bonne formation des médecins aux Facultés de Médecine, nous permet affirmer, avec des preuves, et au contraire de ce qu'a affirmé le Prof. de Bruxelles Dr. René Sand que dans aucun des 32 quarts de siècle de l'Histoire du Portugal (de 1140 à 1950) on a tant réalisé et si bien fait en faveur de la Santé des Portugais que dans les 25 ans pendant lesquels le Président Carmona a présidé aux destins du Pays.

Summary

When the death of the President Carmona occurred, and as a homage to his value, tells us in a few pages what has been done in Portugal for the protection of the health of the Portuguese people.

Legislation, international sanitary relations, increase of fees, sanitary courses, institutions, such as general hospitals, hospitals for the insane and patients suffering from cancer, T. B. and leprosy, sanatoriums, dispensaries, maternities, health centers, social assistance centers, sanitary centers equipped with material for anti epidemic fight, fight against infantile mortality, against paludism, trachoma, brucellosis, carbuncle, etc.; water-supplies, sewage disposal for many towns and villages all over the country; various sanitary surveys, special sanitary studies, monographies on sanitary subjects, voyages and courses to foreign schools; statistical studies, fight against unemployment, by establishing new organizations of public works, stimulus to private assistance, the teaching of professionals of Social Work was started, etc., etc

Everything that has been described, besides good preparation of our doctors at the Faculties of Medicine, enables us to say that, on the contrary to what has been said by Prof. René Sand of Brussels, in his book «Vers la Médecine Sociale», in not one of the 32 quarters of century of the History of Portugal (from 1140 to 1950) has so much been done on behalf of the health of the Portuguese people, than during the last 25 years, period of time during which the Portuguese people had Marechal Carmona for their President.

Aspectos da prática sanitária (*)

Neste momento em que por bondade do Director desta Casa, Dr. Fernando Correia, venho, uma vez mais, realizar singela palestra em um Curso de aperfeiçoamento sanitário, seja-me permitido recordar alguns nomes, só daqueles que de todo a vida afastou da actividade sanitária os de Ricardo Jorge, José Alberto de Faria, Gonçalves Marques e Gonçalves Braga, nossos mestres e nossos amigos.

Podíamos não o dizer que a sua lembrança não seria menor, nem seria menor o amparo e o conforto que ela nos desse.

Mas recordando-os perante V. Ex.^{as}, meus colegas, cumprimos seguramente o dever de recordar alguns dos que no trabalho deste Instituto, no seu ensino e na sua defesa, melhor procuraram servir a Saúde Pública portuguesa.

*

* * *

De todo o sempre nos pareceu que as informações dos médicos sanitários regionais eivavam muita vez de um defeito : o da tendência à defesa dos serviços e das terras.

Aparece surto de febre tifóide, companheira velha e relha da sanidade ? logo se trata de o explicar, não só nas origens o que está certo, mas a modo de justificação, num aspecto de desculpa.

Há lepra ? em zona de turismo ? e tudo se arroga de turístico por moda, e em inconsciente rigor de termo, visto que as mais das vezes o turismo tem de ser um andar sem parança, até por falta de local onde se pare ; pois parece às vezes que se fez ataque com a afirmação.

(*) Lição do Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, em 16 de Maio de 1951.

Como vai a terra, a área, o concelho, de serviços e instalações sanitárias? O tempo que se perde a justificar supostos culpados que de tal não carecem!

Aconteceu-nos por vezes ser surpreendido com reparos — reparos é favor — de terras e gentes que de algum modo pareciam magoadas por terem em relatório nosso verdades indiscutíveis, aliás de seu inteiro conhecimento. É que julgavam pelo dizer, a terra diminuída.

A sua terra tão linda e pujante de maciços de vegetação e hortejos nas encostas, vinha dizer-se que os tinha a favor do lançamento em cascata dos esgotos de águas e imundícies?

A sua terra de casaria histórica, como poucas o são em Portugal, pequena, alcandorada e pobre, mas rica de filhos ilustres e proprietários, via afirmar que se deixasse a modo de museu vivo, e se trouxesse para a baixa, onde a água seria farta e dispensaria o encargo de uma grande elevação?

De um concelho disperso e imenso, mostrava-se a pobreza, em termos do seu rendimento ser inferior ao de tantos particulares, e condenava-se como tal aquela organização administrativa, incapaz de se valorizar por si só?

Dizia-se que em cidades de renome turístico a água era estercorária em todas as suas, infelizmente, várias origens?

Explicava-se que uma apreciada marezia era em outro centro de turismo não o cheiro de algas e mariscos, mas o cheiro salino da estagnação de imundícies, escorrendo sem ponto e refluindo com as marés?

E nessa mesma terra provava-se que velhas banquetas de assento na praia eram tão somente o assentamento das areias nas fossas ignóbeis das moradias vizinhas?

Insistia-se por que não crescessem povoações de toda a ordem, vilas, cidades e grandes urbes, no sentido das elevações, encarecendo a distribuição de água, e quando, como é o costume, feitas as edificações sem ela, ou sem ponto bastante, fazendo surgir uma origem desgraçada de reclamações e de insalubridade?

Dizia-se, alegava-se, propunha-se quanto mais?

Logo se sentia a má disposição, a queixa surda, e sempre uma atitude de defesa.

Por que motivo? e para quê? que mal vinha, ou vem, do relato verídico, da informação exacta?

Em que desmerecem por isso terras, povos, funcionários ou autoridades?

Se a fonte de mergulho existe ; se a febre tifóide se renova com certa regularidade de surto ; se os esgotos se vasam nas praias e as águas potáveis faltam nos cabeços ; se a promiscuidade em habitações insalubres mantém ninhos de piolhos e de tifo ; se os ratos alcançam as habitações a favor dos defeitos destas, de canalizações rotas e de terrenos esponjosos ; se o lobo medra, reservatório temeroso da raiva ; se os ciganos nómadas rondam as povoações e se albergam em pátios e cobertos ; é tudo isso culpa deste ou daquele ? não há que dizê-lo, que demonstrá-lo sempre ? não será esta a base da melhor propaganda e educação de higiene, de profilaxia, de salubridade ?

Continua a dizer-se que se instalam ainda escolas sem condições de salubridade, e até em cabeços onde a água não pode nunca chegar. Se é verdade, disse-se clara, rudê e francamente o que certamente se pensava, se tais projectos passaram ao alcance sanitário ? Poderia escapar a falta de água, a de lavatórios de água corrente, a impropriedade de esgotos ? Poderia escapar que uma cousa é um local ventilado (ventilado !) outra é um local salubre, e que a salubridade de um edificio não dispensa o abrigo e o conforto ? e a limpeza ?

Se vemos a dupla e espantosa insistência com que por um lado se põe de parte não só o conselho sanitário, mas a própria consulta a que as leis e regulamentações obrigam, e por outro se apela, em tom lamentável de queixa atrevida, contra os homens da saúde, quando doença vistosa alarma, não havemos de dizê-lo ? ofendemos com isso ?

Perdem os vários serviços de saúde em que se fale claro ? Parece-nos que não. Na certeza de que terão sempre de sofrer os reparos e a atribuição de culpa. E sucede assim sempre que poucos casos de doença de renome, ou muitos casos de doenças a que se habituaram, mal ou bem, explodem. Meia dúzia de casos de um tifo endémico e sorna, de uma varíola migrante, ou de uma febre tifóide inoxerável, determinam invectivas semelhantes às de uma gripe ou de um sarampo, doenças estas contra que se não sabe lutar em termos, quando se apresentam em forma de epidemia maciça.

Infelizmente de doenças como a disenteria bacilar ou os vermes intestinais não se ouve falar quase nunca, e estiolam-se os que as sofrem, como todos os que vivem em pobres partes de casa, em casas urbanas e rurais infectas, em povoações em que a viciação atmosférica é notável mercê da poluição dos locais.

Há desgraçadamente o que dá nas vistas, como há também o que é moda. E sempre o hábito atenua a luta a favor do que mais interessa,

exactamente por serem factores constantes de toda a vida humana e dos animais domésticos : o ar, a água, os alimentos, o alojamento.

Mesmo que todas as doenças da Tabela não existissem, mesmo que as vacinações preventivas assegurassem sufficiente defesa, e só para a variola tal ainda se alcançou, a verdade é que todos esses cuidados de salubridade que são os que asseguram ar bom, água potável, alimentação em condições, alojamento higiênico, se não dispensariam nunca.

— Em 1910 Ricardo Jorge promove a instituição em cada concelho, fora das capitais de distrito, de uma «comissão de saúde» com os encargos além de outros, de apreciar e promover as providências immediatas para a melhoria da salubridade, e em especial de águas potáveis e de remoção de imundícies, e melhoria de habitações. Num prazo curto deviam relatar superiormente. Ignoramos o que de tal resultou. Nada, provavelmente.

Em 1926 criam-se Juntas de Higiene Concelhias. Quanta vez as obrigações precisas das Portarias n.ºs 7.454 e 8.246, desta sobretudo, determinaram (vimo-lo na Junta Sanitária de Águas e no Conselho de Higiene) o envio da Acta n.º 1. Era sinal certo que de 1926 a 1932, a 1935, etc., não tinham reunido. Culpa maior das Câmaras Municipais? Por certo. Mas ninguém (ou quase) se queixou por tal. Entretanto succedia, infelizmente e em regra, que os pareceres emitidos eram singelas prosas de concordância, com raríssimos casos de uma análise, de uma sugestão, de uma emenda, ao projecto que se informava.

Não foram V. Ex.^{as} certamente, não foi mesmo ninguém, mas a verdade é que normalmente aquele parecer prestigiante, de tão grande valia possível, que deviam dar os interessados, os conhecedores das conveniências e das possibilidades locais, era um documento protocolar, e não um documento analítico, informativo e crítico como devia ser, e como era preciso que fosse.

Excepções? houve sim, honrosas, e notáveis algumas.

De todos os lados se viu assim desmerecer-se um elemento precioso do serviço.

O Código Administrativo de 1940 deu naquelas Juntas largo golpe, mas as próprias Comissões Municipais de Higiene que criou, deperecem e não são por certo fatigantes para os seus previstos componentes.

Seria assim se os técnicos tivessem falado claro, estudado detidamente e em pormenor os projectos apresentados, e dito de sua justiça?

Quanto projecto, não só os das raras posturas estudadas, mas os de águas, os de esgotos, e os de edificações de toda a ordem, edificios assistenciais, mercados, matadouros, lavadouros, mereceram muita vez apenas

um referendun de elogio, aliás tão curto e sucinto que menos linhas tinha do que as da entrada e fecho do formulário !

Perdoem V. Ex.^{as}, meus colegas, a afirmação da importância deste aspecto da prática sanitária, que é o de falar claro, ao depor informando, relatando, analisando, criticando, meios e condições de vida, emergências e rotinas nosológicas, e toda a ordem de projectos.

Não se acusa, nem se ofende ninguém, fazendo-o, repetimos, e repetimos igualmente que só por o fazer, se ajuda incomparavelmente à propaganda e à educação de hygiene.

*

* *

Vendo-os aqui, meus senhores, ocorre-me a lembrança das terras que representam. Hoje, como em cursos anteriores, os concelhos cujos subdelegados de saúde aqui vieram são vincadamente diferentes.

Como assemelhar a qualquer outro dos que aqui se citam, o de Lagos cuja sede era já cidade no século XVI, e que no próprio Algarve, a mais característica zona do país, se distingue ? mesmo na zona poente desse velho reino mediterrânico ? Lagos que era comarca há bem mais de cem anos, uma das 44 comarcas de quando os concelhos eram cerca de 800.

Como agrupar com outros que não sejam os limitrofes, o de Almodôvar, a cavaleiro das extremas meridionais das bacias hidrográficas alentejanas do Guadiana e do Mira, no fim dessa cumiada que a eminência de Ourique domina, Ourique comarca também daquelas 44 ? Região tão linda, que atinge o concelho de Odemira e as vertentes setentrionais de Monchique, terras em que o cantado da fala tem cunho raro ?

Coom não reconhecer as diferenças dessas terras da velha comarca de Penafiel que são as de Baião, a que se me prende o sangue em Ancêde, e que no limite das regiões tão diferentes de Entre Douro e Minho e Trás-os-Montes, avultam como um contra-forte fronteiriço ?

Por outro lado, como não agrupar os três concelhos do distrito de Coimbra cujos subdelegados nos ouvem, e que são os de Poiares, Arganil e Tábua ? sobretudo os dois últimos, da velha comarca de Arganil ? A própria nosologia sempre nos pareceu que os conjugava e hoje não duvidamos disso ; e quanto mais.

Esse maciço escarpado e ravinado, bravio e grandioso, que enche os espaços que se estendem de Castelo Branco à foz do Zêzere e desde este rio até perto das terras que bordam o Tejo do Ocreza a Constância, representa-se aqui pelo concelho de Vila de Rei, ligado à parte alta de Mação,

de forte tradição romana, e centro geométrico de Portugal. Que assemelhar-lhe ?

As terras marginantes do Vouga, antes das terras tão recentes da Ria, distintas dos campos baixos de entre Vouga e Águeda, representa-as aqui o concelho de Albergaria-a-Velha. Pode dizer-se que por ali começa aquela enfiada de localidades de tão remota povoação que vai ondulando até à Feira e por ali chega ao Minho. Em que se parece tudo isso com o mais ?

O Douro que já sentimos em Baião, aparece-nos de novo com os concelhos de Santa Marta de Penaguião e de Cinfães. É Santa Marta distrito de Vila Real, mas se é possível ligá-lo àquela cidade, como assemelhá-lha à zona de Chaves, em que o rio é bem outro ?

Cinfães, que é distrito de Viseu, só o poderíamos conjugar com todas as terras que vindo desde Arouca, atingem a Gralheira, e descem de Castro Daire a Lamego. Mas com o outro concelho do mesmo distrito aqui representado, o de Mortágua, nem de longe, nem de perto. Mortágua é outra terra, no fecho do distrito, entre as últimas quebradas do Caramulo e os primeiros contrafortes do Buçaco.

São estes dois concelhos do distrito de Viseu ? que importa ?

O concelho de Barcelos, velha e grande terra, e famosa comarca, assinala no Minho, e no distrito de Braga, toda uma região. É certo que muito em volta se lhe prende, e com ela se conjuga, mas dentro do distrito de Braga há pelo menos mais duas zonas completamente diferentes.

Da velha comarca de Setúbal, do que foi Estremadura a sul do Tejo e é o mais recente dos distritos, o único acrescentado aos primitivos, figura aqui o concelho de Sines. Extrema marítima dos socalcos que vêm das serranias que por ali isolam os campos de Beja do mar e são uma das razões das suas características planálticas e de clima interior, a ponta linda em que Sines se situa, encerra um dos mais curiosos dos nossos múltiplos microclimas. As bananeiras asseguram-no. E também do baixo Sado e Sines e daí à Comporta e à ria, quem não reconhecerá individualidade ?

Já aqui topámos o Minho ; mas por certo é outro aquele em que os «ares da raya» acentuam diferenças que vêm desde o Lima, e que aqui nos lembra o nosso colega de Vila Nova de Cerveira, termo da velha comarca de Valença, também daquelas 44 de há século e tal.

A Espanha entesta-nos também no concelho e remota comarca de Elvas, clima especial que vai até Campo Maior. Dali derivam as terras que foram outrora de fácil incursão de esquadões, mas que são sempre zona raiana de fácil expansão de certas espécies nosológicas e infestações.

Mas a «serra» de Portalegre, as terras de Castelo da Vide a Nisa, os concelhos que se alinham aos lados da estrada que vai de Nisa a Estremoz, são no distrito de Portalegre outras tantas zonas.

Passado o «termo» de Lisboa, depois do que foi o velho concelho riquíssimo dos Olivais, a comarca chamada de «Riba-Tejo», a da Castanheira, surge-nos aqui representada pelo concelho de Vila Franca de Xira, zona agrícola, comercial e ribeirinha, em que campo e água se entrelaçam como razão e condição de viver, e em que inegavelmente começam as Lezírias do Tejo, com os seus costumes, com a sua feição racial, com as suas remotas colonizações variadas.

As antigas e nobres terras que foram as da comarca de Miranda, vêmo-las aqui representadas pelo concelho de Vimioso, desse imenso e profundo distrito de Bragança, em que por tanto lado as gentes são diferentes, e tudo, solo, ar, costumes, tem cunho próprio.

Por certo o senhor subdelegado de saúde do concelho de Castanheira de Pera será o primeiro a concordar que aquela aba lindíssima da serra da Louzã, pastoril, florestal e industrial que é o seu concelho, nada tem que ver com tudo o mais do seu distrito de Leiria, passada que seja Figueiró dos Vinhos. Tudo o que se desprende do velho concelho de Óbidos, os vales ricos de Alcobaça, os campos do Liz, as alturas que a nascente de Leiria, vão a Ourém e a Santa Catarina da Serra, toda a extensa orla marítima de Pombal à Guia, tudo são outros mundos.

A região tão diversa de tudo o mais, a última que se incorporou na nação, e que se alinha ao longo do Côa, região fronteira por excelência, representa-se pelo concelho de Almeida. Por certo ninguém quereria recordar nas suas maravilhosas amendoeiras, o Algarve. Nessa velha «terra fria» da Beira Transmontana, assinalou-se outrora a comarca de Linhares.

O distrito de Évora faz-se representar por dois subdelegados de saúde, os dos concelhos de Vila Viçosa e de Alandroal. Mais fronteiro hoje c segundo, um e outro se distinguem. Mas a caminho do planalto de Estremoz por um lado, da Serra d'Ossa por outro, ou subindo para a eminência em que Évora fica na confluência dominante das bacias hidrográficas do Tejo, do Guadiana e do Sado, tudo muda.

Foram as doze regiões em que Barros Gomes dividiu o país que o Professor Telles Palhinha utilizou no estudo dos endemismos botânicos portugueses, e sabe-se bem como mais ainda do que pela fauna, pela flora se delimitam regiões. Não é só pelo homem, que migrou tanta vez em volta do Mediterrâneo, da Europa mesmo para a Mauritânea e a Numídia, em todos os sentidos, que a região tão interessante a que esse mar deu nome se define ; nenhum de nós deixa de a reconhecer nas oliveiras, nas

olaias, nas alfarrobeiras, nos tojos, nos sobreiros, nas amendoeiras, nas figueiras.

Os 21 concelhos que se referiram, distribuem-se bem diversamente por aquelas valiosas regiões ; Albergaria-a-Velha na da Beira Litoral ; Almodvar nos limites do Algarve e da das Baixas do Guadiana ; Barcelos na do Minho Litoral ; Vimioso na região de Trás-os-Montes ; Vila de Rei na da Beira Meridional ; Poiares ainda na Beira Litoral, entesta com Tábua e Arganil da Beira Central ; o Alandroal e Vila Viçosa ficam no Alto Alentejo ; Lagos no Algarve ; Almeida na Beira Transmontana ; Castanheira de Pera na Beira Meridional ; Vila Franca de Xira na Estremadura na parte do concelho que se alonga pela margem direita do Tejo, mas o concelho estende-se pela região curiosíssima e geologicamente tão recente que é a das Baixas do Sado ; Elvas no Alto Alentejo ; Baião ainda no Minho Litoral, quase na região de Trás-os-Montes ; Sines no Baixo Alentejo Litoral ; Vila Nova de Cerveira no Minho Litoral ; Santa Marta de Penaguião na de Trás-os-Montes ; e finalmente Cinfães e Mortágua ambas na Beira Central, a par da Beira Litoral.

A nossa flora, de norte para sul cada vez menos atlântica, cada vez mais mediterrânica, ibérica e ibero-mauritânica, é rica de endemismos (Palhinha).

Entretanto não devemos esquecer que se toda a nossa terra se tem de enquadrar zoológicamente na vasta Região Paleártica, dentro dela é à Sub-região Mediterrânica que pertence. E assim, pela Península Ibérica, razando o sul da França, nos agrupamos com a Itália e os Balcãs, e do mesmo modo somos levados a considerar povos e regiões de todo o Próximo Oriente até à Pérsia, e de toda a Arábia e de toda a África até à linha do Trópico.

Das gentes que aí habitaram nos vieram costumes, tradições, espiritualidade. E quando nos lembrar que os famosos invasores do Norte foram fecundados pela cultura dos invadidos e com eles se fundiram e se integraram, vemos que vivem ainda e sempre dentro de nós esses antepassados, a que só tardios elementos nórdicos, civilizados à parte, e depois elementos negros, se somaram aqui ou além.

E hoje que tanto se fala do valor da língua, temos de ver que o mais dela se organizou à custa desses mesmos povos que há mais de mil e dois mil anos foram a razão mais próxima da civilização latina e europeia, ocidental.

*
* * *

No mais rápido confronto que se faça dos concelhos hoje aqui representados, que diferença de raças, de costumes, de recursos e de tradições. Que nosologias de diferente aspecto, que densidades poulacionais tão extremas.

Não precisamos aqui de o salientar, sabido como será por certo de todos os senhores. Mas entendemos dever vincar que mesmo dentro de cada distrito cada um desses concelhos, se não é por si só uma unidade regional, e raras vezes é, faz pelo menos parte de um núcleo demográfico e geográfico distinto.

E parece-me que na prática sanitária um aspecto de relevo inesquecível daí resulta. É que nenhum trabalho de salubridade, nenhuma acção profilática, nenhum inquérito de higiene, nenhum apanhado estatístico, poderá fazer-se com rigor sem atender às condições geo-hidrográficas e crográficas dominantes, aos costumes tradicionais, às possibilidades decorrentes do valor comercial, da riqueza agrícola, do nível industrial, que são do mesmo passo a base das possibilidades de água bastante e boa, e de povoações urbanizadas em termos.

A Saúde Pública depende em cada lugar e em cada momento de condições ligadas primeiro que tudo ao solo e ao clima ; e quase em paralelo à raça.

As mais das vezes as organizações administrativas não acertam limites bastantes para isso, salvo, em grande parte, quanto às províncias.

E mesmo dentro de inúmeros dos 303 concelhos metropolitanos surgem divisões marcadas.

Nestas duas partes essenciais e clássicas da higiene pública que são a Epidemiologia e a Salubridade, em cada momento, em cada averiguação, em cada estudo, em cada decisão, tem de atender-se a essa circunstância.

Sem dúvida a interdependência crescente de povos, de lugares, de terras ; a facilidade grandíssima que atingem as comunicações ; a uniformidade de usos, de costumes, de hábitos, que sucede à intensificação comercial e à predominância aqui e além de fábricas, oficinas, indústrias ; acarreta fatalmente a necessidade de encarar quanto possível uniformemente situações nosológicas e sistemas de salubridação de povoações e de higiene individual.

Sem embargo, condições biológicas e sociais resistem a tudo, e há que atendê-las sempre que se quizer realizar trabalho eficaz.

Por certo se vacinará do mesmo modo e em toda a extensão do território, contra a variola. Mas será sonho pretender alcançar em toda a parte os mesmos resultados e pelos mesmos métodos, em relação à difteria ou à febre tifóide. A própria apreciação dos resultados, obriga a conhecer a evolução e as ondulações cíclicas das endemias, e tem de ver-se que estamos longe de conhecer suficientemente as razões e o ritmo dos surtos das nossas Ricketsioses.

Poderá de ânimo leve comparar-se a endemia surda, em pequeno, tenaz, da febre tifóide do Minho, com a endemia latente, de pequenos surtos explosivos, de toda a parte central do país ?

O carbúnculo da «serra» no distrito de Castelo Branco por que se assemelha ao dos distritos de Portalegre e da Guarda ? pelos gados só ?

Conhece-se suficientemente a biologia das nossas carraças ? A distribuição, as espécies, as variedades, dos nossos roedores, em que por si só ratos tão diversos carecem de estudo que não dispensará técnicos competentes ?

Condições de terrenos, em primeiro lugar, condições de alimentação por outro lado, aspectos climáticos, estão sempre em causa.

Como nos lembra agora o velho livro que em 1783 publicou em Lisboa o Doutor José António de Sá, e que intitulou «Compêndio de observaçoens que formão o plano da Viagem Politica, e Filosofica, que se deve fazer dentro da Patria». O título diz tudo, se atendermos à época do escrito. Seria transmontano o autor por certas referências a terras de Bragança.

Como lutar contra protozoários e vermes parasitas, e temos destes tão grande variedade, sem o estudo aturado do solo ?

Por outro lado tudo o que diga respeito à higiene de locais, de habitações, de edificações, e de indivíduos, não pode alcançar-se que seja sempre uniforme.

Obter água boa e bastante na maior extensão ocidental do Algarve, nas terras altas que separam os concelhos de Soure e de Ancião, ou no polígono que fica entre Rio Maior, Porto de Moz, Évora de Alcobaça, Santa Catarina da Serra, Ourém e Alcanede, é bem diverso do que alcançá-la nas eminências ou nos calcários do Alentejo, em Évora ou em Beja, em Estremoz ou em Vila Viçosa.

Construir a habitação rural, ou mesmo a das vilas, na faixa mediterrânica que sobe do Algarve ao longo da costa e atinge a Estremadura, não pode servir de norma para as terras do Sabugal a Bragança, nem umas nem outras se comparam às da zona atlântica que vai seguindo do Liz pelo baixo Mondego até ao Minho, ou às terras centrais do Alentejo.

Se a própria vegetação muda consideravelmente, não mudam menos

os tipos ancestrais humanos, a despeito de cruzamentos, em que na verdade somos incomparáveis.

Distinguem-se ainda nos Açores facilmente, pela pronúncia até, povoados originados de velhas migrações de minhotos ou de algarvios e de normandos e flamengos. E ainda hoje se percebe num ou noutro ponto do Alentejo um reliquat da colonização açoreana que se deveu ao homem de raro valor que se chamou Pina Manique e bem merece lembrar-se a sanitaristas.

Podem V. Ex.^{as}, meus colegas, dispensar-me de atender quanto possível a tudo isso que tão vagamente se apontou, a tudo o que vai implícito no que ficou dito ?

Uns em maior extensão, outros mais limitadamente o poderão conhecer e estudar ; mas todos, observando e relatando as suas observações, podem trazer para os estudos sanitários qualquer achega. E mais ainda, todos poderão justificar em cada parecer, em cada informação, em cada decisão, as alterações indispensáveis dos paradigmas e das rotinas.

Nunca Instruções, Regulamentos, Posturas, Normas de construção e outras, podem utilizar-se indiscriminadamente, por forma a suceder que os encarregados da sua aplicação se limitem a ser seus meros executores mecânicos.

E até dentro do próprio território de certos concelhos, repetimos, há que apreciar adequadamente cada caso. E pelo que nos interessa, a Higiene Pública, quer o assunto se enquadre na Epidemiologia, quer seja atinente a todas as largas matérias que sobretudo a Salubridade abrange.

Por vezes terão V. Ex.^{as} já dito consigo : tudo isto a propósito de terra tão pequena como a nossa toda, em lembrança aos responsáveis sanitários de simples concelhos ?

Assim é. E não suponham V. Ex.^{as} que pensando que assim cogitassem, me não preparei para lhes lembrar pelo menos duas cousas a propósito ; uma de valorização relativamente recente — os microclimas, cuja importância cada dia se acentua ; a outra a referência remota que lemos algures, à condição modestíssima das povoações famosas da Grécia antiga, quase todas de população bem inferior à das vossas vilas, quase todas capitais de estados com áreas semelhantes à de algumas daquelas nossas velhas comarcas, e a que o cunho local, condições diferentes, orientação diversa, permitiram referência imperecível.

No Peloponeso da velha Hellada, couberam a Lacónia da famosa Sparta, a Argólida, a Élida, a Achaia, a celeberrima Arcádia, a Messénia, e as terras em volta de Corinto. Tudo junto é bem menos do que um quarto do nosso território.

Nenhuma divisão territorial se pode ter por desmerecida para a estudar, para a entender, para a melhorar. Demográfica, geográfica, etnográfica vale sempre ; e a saúde pública deve aí aplicar-se por forma a que resulte eficiente.

*

* *

Dirão ainda V. Ex.^{as} : de que ambiente, de que ajuda dispõem para tudo isso ? com que cooperação podem contar ?

E estou vendo surgir toda a referência tradicional, e infelizmente justificada, às dificuldades que surgem do lado das Câmaras Municipais, na sua quase totalidade bem pobres e até por isso muita vez eivadas de má disposição contra tudo o que não rende em termos de se orçamentar.

Entretanto se há trabalhos sanitários que é sempre possível fazer, com maior ou menor intensificação e alcance, e sem embargo de Câmaras, e toda a obra de catequese e propaganda assim se mostra sempre possível, se assim é, a verdade é que ao fim de alguns anos de estadia e de vida médica num concelho, não é possível compreender que um indivíduo com a cultura geral que tem de supor-se em qualquer médico, mas que nunca pode dispensar-se num médico sanitário, não é possível compreender que um indivíduo em tais condições não tenha da sua sua região de trabalho e de vida uma noção suficiente.

Suficiente para trazer a cada projecto, grande ou pequeno, de abastecimento de água, de simples melhoria de uma fonte que seja, a informação útil que resulte do seu conhecimento de relevos do terreno, das condições do aproveitamento da bacia de captação, da natureza do solo e subsolo, das possibilidades de água ;

Suficiente para ajustar um projecto de postura ou regulamento municipal às possibilidades do meio, informando-o por forma a que mais seguramente se assegure a sua viabilidade ;

Suficiente para claramente indicar as vantagens ou os inconvenientes da localização de um edifício, sobretudo quando se projecte e por isso muito a tempo ; seja um hospital ou uma escola, um mercado ou um matadouro, uma oficina ou uma fábrica, não esquecendo a função educativa essencial dos estabelecimentos de ensino primário, os mais numerosos, os mais frequentados, os que mais vincam o espírito dos alunos ;

Suficiente para se avaliar da distribuição regional, em pequeno, em pormenor, de uma doença, sobretudo de uma doença parasitária, de uma doença com origem em animais domésticos ou outros ; e mesmo de qualquer doença infecto-contagiosa ;

Suficiente para de algum modo se fixar, ou pelo menos aperceber, a distribuição local de transmissores e a de reservatórios de vírus ou parasitas, apontando a natureza dos terrenos em que os animais habitem ; o que saiba da sua alimentação, ponto fundamental, e da sua reprodução ; e do mesmo modo o seu habitat e possíveis migrações ;

Suficiente para esclarecer engenheiros e técnicos municipais, e do mesmo modo outros técnicos e chefes de serviço, das adaptações de que careçam projectos de edificação e de urbanização ; acudindo a ideações em que se não atende primeiro que tudo às conveniências da salubridade, às condições de insolação, ao abrigo de ventos persistentes ou frios, ao alcance de água, ao destino das águas residuais ; e ao acesso ;

Suficiente para obstar às ideações de estetas e outros, que bem pode compreender-se que queiram situar em cabeços elevados toda a ordem de edifícios que se encarecerão até ao alcance dos recursos necessários de aquecimento, de água e de esgotos, ou instalar em baixas sem suficiente drenagem edifícios que a exigem ;

Suficiente para depôr a respeito da urbanização das terras, em que tanta vez se tem visto esquecer a necessidade de espaços livres, a necessidade de serviços comuns, e a preparação prévia dos arruamentos ; podendo suceder que feitas as construções, ocupadas, habitadas, é que em face do facto consumado se grita contra erros evitáveis ; e tem de ver-se que se é injusto atribuir-se a culpa da decisão aos homens da saúde, é por certo justiça imanente a que, inconscientemente, ao atribuir-lhes culpas o faz com aquela base errada, mas na ignorância de que eles ou não depuseram ou o fizeram complacentemente ; o que é uma rua nova sem canalizações ? uma rua ? não, uma estrada ;

Suficiente para honrar o título de um curso que é dos que maiores bases exige e dos que de mais variados conhecimentos carece ; não se queixem os médicos de tudo o que as exigências justíssimas de medicina social deles requerem ; mas não se queixem sobretudo os sanitaristas quando deles se reclame o mais completo conhecimento das suas terras, da sua topografia médica e, de par com ela, de tudo o que esse conhecimento implica de observações constantes de demografia, de geografia física, de geologia, de biologia, de etnografia.

*

* *

Temos vindo há tempos procurando redigir paradigmas de posturas e de textos de regulamentação sanitária municipal.

Defensor de todo o sempre da organização de «distritos sanitários» (*) cousa diversa de delegações distritais e de subdelegações privativas, em número maior do que as primeiras e com funções que às outras não cabem, em número muito menor do que o das subdelegações concelhias, distritos sanitários com um sanitarista em full-time, verdadeiramente preparado e com possibilidades de especialização perfeita, entendemos sempre entretanto que o recurso da saúde pública às organizações municipais era essencial e indispensável.

Há infelizmente manifesta tendência para a redução dos médicos municipais, atribuindo-se a assistência tradicionalmente atribuída aos partidos, a outros serviços. O Código Administrativo faculta-o, se o não sugere, obrigando apenas à existência de um médico municipal em cada concelho, ou seja o mesmo que dizer de um partido; e já em importante concelho central se extinguíram todos os partidos menos um, e entre os primeiros o da sede.

Quer dizer que se pode vislumbrar que onde não possa haver subdelegados privativos, e de modo algum poderá haver tão cedo num quarto dos 273 concelhos do Continente, o subdelegado possa ser o único médico municipal, em partido fora da sede, o que permite o Decreto n.º 35.108, sem oposição do Código.

Mas tudo isso não interessa para o que dizíamos, e que é ser indispensável a cooperação municipal na orientação regional, e na execução dos problemas sanitários, e do mesmo modo na sua indispensável propaganda.

Muito nos tem custado redigir aqueles projectos de modo a que possam em cada momento e em cada lugar ser devidamente alterados e adaptados.

Dada por um lado a necessidade de os defender o mais possível dos ataques dos que buscam nos textos legais a perfeição, o que desgraçadamente tanto tem contribuído para que tanta decretação tenha sido letra morta, e por vezes ignorada de todos; sucedendo por outro lado que sentimos sempre a necessidade de os tornar maleáveis, sendo preferível que um pouco se faça, mas esse pouquinho certo, do que muito se escreva e determine para nada; podemos dizer a V. Ex.^{as} que, como poucos, esse trabalho nos tem posto à prova a paciência e a experiência.

Adaptáveis a posturas ou a regulamentos municipais, são mais de quarenta os assuntos que sob a forma de normas ou de modelos, de posturas e regulamentos, já considerámos, e que pedimos licença para enumerar.

(*) Ver Nota a final.

Assim nos ocupámos por exemplo de :

— Recolha de lixos em recipientes ; intervenção sanitária em intimações ; desparasitação de pessoas ; idem de animais ; óbitos e problemas correlativos ; águas e mosquitos ; recursos de pareceres e decisões ; ratos ; moscas em feiras de gado ; camas de mato em serven'ias públicas ; modo de inclusão e referência de disposições do Estado ; ciganos ; fontes públicas ; altura de edificações e sua localização ; fontes de mergulho ou chafurdo ; cuspir ou escarrar ; chaminés e fumos ; limpeza de escadas ; vistorias em caso de mudança de inquilinos ; carbúnculo ; ruídos ; elevadores ; obras em prédios confinantes com a via pública ; raiva e lobos ; limites de cidades, vilas, áreas urbanizadas e zonas de turismo ; poços de abastecimento público ; aspectos a considerar em urbanização ; doenças do pessoal de estabelecimentos de géneros alimentícios e outros ; licenciamento de poços particulares ; fumos, poeiras e gases ; mosquitos ; suínos ; arruamentos ; zonas de protecção de captações de água potável ; poços particulares ; luta contra parasitas em estabelecimentos sujeitos a fiscalização municipal ; ideem em habitações e suas dependências ; cães ; gatos ; gado ; lançamento de lixos, etc., fezes e urinas em lugares e vias públicas.

Pareceu-nos que a indicação a V. Ex.^{as} desses problemas sanitários seria a modo uma forma de lembrar alguns primeiros aspectos da prática sanitária concelhia e seu exercício.

Dirão V. Ex.^{as} que os enumeramos sem uma ordem especial, tão depressa se tratando de águas como de cães, de habitações como de lixos. Assim é.

Pensando nos que porventura tivessem de ler esses trechos, escrevemos :

— «Poderá fazer-se natural reparo à forma como se irão apresentando, destacadamente, alguns exemplos de tudo.

Devemos esclarecer que o fazemos intencionalmente, por nos parecer ser assim mais obrigante a atenção à sua redacção, na apreciação prévia que venha a ser feita ; evitando-se por outro lado a monotonia invencível de tais assuntos quando seriados.

É evidente que considerando-se em cada trecho apresentado um problema de pormenor, será mais singelo considerar a sua redacção que especialmente nos parece carecer de cuidados. (Lembrando, e dando como integradas, as páginas que sobre posturas escrevemos em «Aspectos da Salubridade»).

E será sempre, na prática, cada trecho isolado que será considerado em cada caso, e assim ele terá então, e sempre, de valer por si.

O princípios gerais, teóricos, sabem-se. O que é preciso é ver como *aplicá-los* e, mais ainda, *limitá-los* para que resulte praticável o que se regulamente.

Posturas e regulamentos sanitários municipais não são livros de higiene, nem esta ali tem cabimento senão na forma especial requerida.»

Mas é evidente que se chegarmos a dar-lhe feição definitiva, certa ordenação se impõe.

Trazendo aqui a lembrança desse projecto, de que demos notícia ao Curso do ano findo, esperamos de V. Ex^{as} qualquer sugestão, e registamos com muita satisfação que alguns dos colegas daquele Curso nos forneceram elementos úteis de consulta.

A V. Ex.^{as}, como a eles, diremos : longe de nós o pensamento de legislar, ou melhor dito, de projectar legislação. Tudo tem sido encarado principalmente numa intenção de propaganda, de difusão de normas, com o maior desejo de que esses trechos, pondo em foco problemas de interesse, o façam por forma a evitar aquele escolho gravíssimo da preocupação de uma perfeição teórica.

Imensas vezes temos visto falhar aquilo que procura um óptimo de exactidão baseado em dogma científico.

Sempre nos pareceu que em cada momento, em cada terra, em cada meio, é de grande vantagem esforçar-se cada um por alcançar apenas o que seja possível, preferindo um mínimo de realizações a um preciosismo de rigor.

Nenhum de nós fará a sua glória com o trabalho de rotina, modesto, apagado, útil. Mas qualquer de nós realizando-o prestará bom serviço e melhorará a saúde pública.

Os grandes relatórios imorredouros têm raras oportunidades ; lembraremos os portugueses sobre a febre amarela de 1857 e a febre tifóide de 1912, e o relatório de Castellani sobre a campanha da Abissínia, como exemplos desse tipo.

Fora de tais condições excepcionais o relato de toda a observação sanitária é simples, e deve ser sóbrio, claro e modesto. E sobretudo convém que dele ressalte a segurança de conhecimento, anterior e rotineiro, das situações, por parte de quem o elabore.

Não é possível admitir que ao fim de anos o sanitarista responsável por uma região, careça de inquérito especial para depôr em consciência e com segurança sobre a urbanização de uma povoação, sobre as condições

Aqui nesta sala perfilhou publicamente essa ideia o Dr. Rolla Hill na sua conferência.

E embora nada tendo a ver com a divisão administrativa do País, valorizemos entretanto aquele princípio da federação de municípios no que em matéria sanitária interessa, e afirmemos uma vez mais que não se justifica nem pode manter, em trabalho orientado pela experiência de há um quarto de século, a dispersão do serviço de saúde por trezentos concelhos, na sua maioria servido unicamente por médicos.

... ..

«Aspectos da Salubridade» 1940.

«... ..»

O Subdelegado de Saúde, nome conforme à velha tradição de 1837 e à modéstia relativa do trato, e à do cargo, nessa época, manteve-se em 1868, sendo então já médicos, e no Regulamento de 1901. E em 1926 o sub ficou, como sub-inspectores.

Perdõe-se a nossa referência a este pormenor, mas ele tem valia e significação.

Partidário de sempre de formações regionais não concelhias, o nome por que em 1931 se designaram — Delegados de Saúde ajudava já à valorização e independência dos funcionários. O sub é bem o sinal do que inteiramente se tem de subordinar às Câmaras Municipais e à clínica. Não lhe conhecemos hoje correspondência em nenhum Serviço Público. E em boa verdade só a velha tradição do título salva a posição do médico na relatividade. Salva, mas não distingue nem reforça essa posição.

... ..

Nem a Justiça (comarcas), nem o Exército (Distritos de recrutamento), nem a Agricultura, nem a Pecuária (regiões), nem as Obras Públicas (circunscrições e divisões), etc., se subordinam à divisão concelhia.

Tivemos ensejo de elaborar, há bastantes anos, com previsão até de orçamento, trabalho preciso em tal matéria. Fixaram-se «distritos sanitários» (logo vimos que o nome não agradou, mas era o menos) e não se contava, nem de longe, com a possibilidade de haver para menos de 8 milhões de almas, mais de 300 sanitaristas regionais de chefia, além de mais de 30 que os dirigem e de 70 que a estes auxiliam.

Por certo a mais rica e numerosa especialização médica da Nação. Uma verdadeira vocação portuguesa, racial.

20.000 portugueses? logo se conte com um valor sanitário, especializado e dirigente.

Bem sabemos que carece a Saúde Pública do auxílio, da cooperação, da interferência de muito médico; e só os médicos municipais (em que os subdelegados não privativos se incluem) são mais de 1.300. E tanto como de médicos se precisaria da cooperação de médicos veterinários e de engenheiros (há destes um de quadro e outro auxiliar); pelo menos.

Nada a dizer, quanto a todos esses. O que sempre nos surpreendeu (é um modo de dizer) foi o número de dirigentes.

demográficas de uma região, sobre as possibilidades de melhoria de habitações, sobre as condições do trabalho industrial de uma zona, sobre os recursos e hábitos alimentares de um grupo humano, e seu valor.

E a tal propósito permitia-se uma lembrança, a da conveniência de evitar a tendência fácil para «descobrir» o que vinha bem conhecido de longe. Cada um que assuma a responsabilidade sanitária de um concelho, deve primeiro que tudo informar-se do que há e do que houve, estabelecer a história progressa; e ao mesmo tempo ligar o que vai conhecendo com tudo o que em volta o cerca, sejam bacias hidrográficas, que não-de apreciar-se em conjunto, sejam terrenos e rochas que é preciso conhecer com vastidão bastante, sejam condições climáticas para cujo conhecimento há tantos e tão remotos elementos.

O pior é que obrigado a ser acima de tudo um clínico, um clínico rural ou um especialista, o subdelegado de saúde será seguramente um funcionário, e cumprirá, melhor ou pior, instruções, requisições, ordens e regulamentos, mas nos dois fundamentais capítulos da Saúde Pública, o da Epidemiologia e o da Salubridade, só carregará para a primeira elementos estatísticos de maior ou menor valor, sempre curiosos e sempre de interesse, mas à segunda, a que mais avulta mesmo na profilaxia, só poderá dar a ajuda que ocasionalmente se lhe peça.

Procuremos mais e melhor.

Lisboa, Maio de 1951.

CARLOS D'ARRUDA FURTADO

NOTA:

«... ..
Afirmar-se claramente quanto à saúde pública interessa que se conglobem em regiões sanitárias, em «distritos sanitários» segundo a rotulação internacional, os serviços de saúde. Em certos casos com vários médicos e este do Porto é assim, noutros com um só; mas sempre com auxiliares de visitação e de fiscalização — visitadoras — fiscais — elementos indispensáveis em todo o trabalho sanitário, o que hoje, mesmo entre nós, se não discute. E com os médicos a cooperação constante ou, melhor, a conjugação do trabalho de engenheiros e veterinários (a).

Foi em Novembro de 1934 que escrevemos (Notícia dos Inquéritos de Higiene rural e sobre águas e esgotos — vol. II, pág. 621) que a condição sanitária de muitas terras justificava a nossa ver, — «uma larga revisão e remodelação da organização concelhia, municipal, do País, qualquer cousa no género do que fez o Ministério da Justiça com as comarcas».

(a) Distritos Sanitários e full-time figuram já no nosso programa de ensino sanitário em 1936/37.

Insistimos: a existência dos Subdelegados de Saúde nas condições em que se tem de contar com o seu trabalho, e ele é possível, é pormenor que tem grande valia e significação. E para este problema das posturas municipais é de relevo máximo.

Há uns 1.450 ou 1.500 médicos com funções sanitárias reguláveis pela nossa Direcção Geral? Com tantos outros espalhados por tanto Serviço sanitário oficial, reconhece-se competência sanitária especial a talvez 30 % dos médicos portugueses? Bom; seja.

Mas sanitaristas, com saber para dirigir, organizar e orientar, dedicados ao serviço, especializados e com uma competência de especialista, nem há, nem podia haver, nem é preciso que haja, nada que de longe se aproxime.

E para quê ?

Sabe-se como tanto, de tanto que se tem feito, se fez sempre com poucos, dedicados. Bem sabemos que o full-time (a) é um sonho, e como é perigoso propor a sua generalização ou mesmo falar nele a médicos; e foi esse aspecto um dos que mais contribuíram para sufocar o projecto que sugerimos.

Mas a verdade é que o trabalho regional executado, o tem sido por carolas. Dos serviços centrais em grande parte.

Com alguns carolas mais, o que se faria! Com outros carolas, que com igual dedicação e possibilidades de tempo executassem o trabalho de rotina, o mais valioso, o mais útil, o mais difícil, o de maior significação e interesse.

Nas emergências sempre se alcança solução, o que se compreende. Mas é trabalho mais fácil, por ocasional e menos fatigante. E para a modificação do meio, dele em geral nada, ou bem pouco, resulta.

Ninguém pensaria fazer a profilaxia dos incêndios somente a favor dos fogos que esporadicamente se ateassem com gravidade.

A autoridade sanitária regional é o elemento fundamental e primário de toda uma acção sanitária regular. É imprescindível para a criação de uma rotina de trabalho.

... ..

São os concelhos, no dizer do Código Administrativo (artigo 13.º) — «agregado(s) de pessoas residentes na circunscrição municipal, com interesses comuns prosseguidos por órgãos próprios». É o concelho — «uma pessoa moral de direito público» (art.º 14.º) sendo o seu órgão essencial — «da administração municipal» — «a câmara municipal» (art.º 15.º, seus n.ºs e §§).

Como circunscrição municipal é uma divisão do — «território do continente» (art.º 1.º do Código) e — «das ilhas adjacentes» (art.º 1.º do Estatuto).

Sabe-se como o concelho e o município se confundiram na linguagem corrente. «... os *municípios* eram cidades habitadas por uma população não originária de Roma, e cujos membros, pela incorporação do lugar em que viviam nos estados da república, entravam de um modo absoluto ou com algumas limitações na categoria de cidadãos romanos, continuando porém, a reger-se pelas suas próprias instituições e leis». «O nome de *concelho*, equivalente a

(a) Como escrever: fulltime?

município, é uma expressão puramente peninsular. *Concelho* deriva de *concilium*, vocábulo com que frequentes vezes no tempo do império romano se designava o complexo dos habitantes de uma povoação, de um distrito, e até de uma província.» (Fortunato de Almeida).

O nosso actual concelho é, como diz o Código, o conjunto dos habitantes de uma área territorial, municipal, e de municipal se apelida a sua administração.

Da dúzia e meia de concelhos ou municípios do território que inicialmente formou a nação portuguesa, chegou-se nos primeiros anos do século XIX a 817 que em 1836 foram reduzidos a 351 (supressão de 466).

Reconheça-se que os 303 de agora (continente e ilhas) são bem menos; e muito maior se reconhecerá ser essa redução se se atender ao enorme aumento da população do País.

Quanta localidade tem ainda por esse País fora a tradição da vila que foi.

Já em tempo, e a propósito, nos referimos à obra notável da redução do número das comarcas. E se é possível dizer que se fosse igual o número de concelhos certas dificuldades de regulação sanitária se evitariam melhor, a verdade é que tem sempre e acima de tudo que atender-se superiormente a interesses locais e regionais múltiplos. E porventura uma visão mais próxima e um mais perfeito conhecimento das condições e das possibilidades locais facilitaria o trabalho sanitário. Há Juntas de Freguesia que valem mais para a saúde pública do que muitas Câmaras.

Contentemo-nos; e reconheçamos que se qualquer de nós houvesse que remodelar a divisão concelhia não traria nunca o número de concelhos abaixo de 200, embora nessa remodelação tivesse criado porventura 10 ou 12. Em 1896 eram 226.

.....

«Posturas e regulamentos municipais de character sanitário» 1950.

A competencia profissional dos Subdelegados de Saúde ⁽¹⁾

Antes de procurar desenvolver o assunto de que me vou ocupar é lógico, nesta época de desordem na língua portuguesa, começar, não por definir, pois para tanto não tenho categoria, mas explicar, o que costuma entender-se pelas palavras que formam o título que lhe dei.

Competência julgo que é a capacidade para bem realizar e não apenas a compreensão dos actos a realizar ou a erudição dentro dum assunto. O nadador competente não é o que tem visto nadar mais gente, o que conhece os nomes de mais nadadores ou leu todos os tratados de natação, mas o que, atirando-se à água ou atirado a ela mesmo contra vontade, é capaz de chegar a porto de salvamento, quer a água seja salgada ou doce, parada ou corrente, com margens de areia, de rocha ou arvoredo.

Profissional é tudo o que diz respeito à *profissão*, mas esta não é apenas a garantia dum ganha pão, mais ou menos seguro, mas a certeza de que o profissional que a exerce dá em troca da remuneração um rendimento do seu trabalho que justifique essa remuneração, embora não alcance rendimento para merecer fazer parte de uma «brigada de choque», pormenor em geral ignorado ou desprezado pela maior parte dos que dizem que as desejariam ver realizadas em todo o mundo, mas no seu país, apenas as admitem sob a forma de «brigadas» de preguiça, de deslealdade, de relaxamento, de traição às próprias pátrias, a favor da pátria de outrem.

E Subdelegados de Saúde? A denominação aparece-nos em 1837 na lei de Passos Manuel, já sendo por isso centenária, e começou por se referir, não a médicos, mas aos administradores, que eram os chefes dos Serviços de Saúde Pública nos diversos concelhos, como «subdelegados» do Conselho de Saúde.

(1) Lição de abertura do VII Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde realizado no Instituto Ricardo Jorge em 15 de Junho de 1951.

Nas sedes dos distritos é que desde então houve, como «delegados» do mesmo Conselho, médicos. A função dos subdelegados era meramente policial, no sentido policial da época, aliás bem diferente do actual.

Só em 1845, na lei de Costa Cabral, surgem como subdelegados de saúde os médicos — os médicos municipais.

Não chegou a durar um ano esta lei, que serviu de pretexto à revolução da Maria da Fonte, quando as «amazonas de tamancos» de Póvoa de Lanhoso se tornaram árbitros da sanidade nacional opondo-se, com o apoio indecoroso dos intelectuais da época, à proibição da prática anti-higiénica dos enterros nas igrejas, que já era reprovada no nosso território desde o Concílio de Braga de 563, que os proibiu.

Má sina veio daí para a Saúde Pública, pois se tornou raro um governante ser dedicado a ela, dando assim ares intelectuais à sua ignorância na matéria, com a força que lhes vinha de terem as varas nas mãos, mas culpando sempre em ocasiões de epidemias os funcionários de Saúde de imprevidência que era antes deles próprios. E tornou-se em simbólica consagração quando a chegada dum ministro começou a ser assinalada pela execução do Hino da Maria da Fonte, cujos acordes se diria que recordavam ao homenageado que a voz da raça, no que ela tinha de mais ignorante, inconsciente e labrego lhe exigia que se alheasse dos assuntos de interesse para a Saúde Pública.

Quando em 7 de Março de 1929 foi inaugurado o Dispensário de Higiene Social do Largo do Rato, ao chegar o Ministro do Interior o então Coronel José Vicente de Freitas, e ao ser executado o Hino da Maria da Fonte, sentimos um arrepio, pelo agoiro de tal evocação. Talvez devido a isso (não somos supersticiosos, mas há coincidências impressionantes) o problema da luta anti-venérea tenha sido dos que mais lentamente têm progredido e o próprio Dispensário então inaugurado e o Posto de Protecção à Infância que lhe fica vizinho, mais duma vez hajam corrido risco.

Mas, felizmente, começou a ouvir-se outro hino — o Nacional, pois o Chefe do Estado — o Presidente Carmona — passou a ser, ele próprio, a inaugurar os melhoramentos sanitários, estimulando durante quase um quarto de século todas as iniciativas, louvando, premiando, acarinhando, tudo o que representasse benefícios para a Saúde Pública, como problema nacional de primeira plana que era. E assim o vimos a inaugurar o Parque Sanitário, a presidir à I Semana Portuguesa de Higiene, a visitar a exposição de material de luta anti-sezonática, a inaugurar novas instalações para abastecimento de águas a Lisboa e a outras localidades, novos hospitais, sanatórios, maternidades, creches, dispensários, apoiando campanhas sanitárias, o envio de bolseiros ao estrangeiro, a construção de casas

higiénicas, de escolas primárias, liceus, escolas técnicas, mercados, mata-douros, balneários, cemitérios, colónias de férias, Casas do Povo, obras de secagem de pântanos, etc., etc., obras e reformas que, no seu conjunto, permitiram, ao meditar-se em frente do seu corpo inanimado de octogenário, sempre no seu posto de honra até à morte, afirmar, com provas que toda a gente pode ver, que o quarto de século em que esteve à frente da Administração Pública foi aquele em que na História de Portugal de 8 séculos, mais e melhor se fez a bem da Saúde Pública.

Honra lhe seja e aos seus governos. É que até o que tantas apreensões nos causara em 1929, ao ser inaugurado o Dispensário do Rato — o som do Hino da Maria da Fonte — foi seguido de uma brilhante excepção à velha regra geral, a do General Vicente de Freitas, a quem tanto se ficou devendo apesar da falta de verbas, como o foram os outros ministros que com o Presidente Carmona colaboraram na obra sanitária encetada, quer na pasta da Instrução (a lei que reformou os serviços em 12 de Outubro de 1926 deve-se ao Prof. Artur Ricardo Jorge), quer nas do Interior, Obras Públicas, Finanças, Colónias, Guerra, Marinha, Corporações, Justiça, etc.

Além dos nomes do Presidente Carmona, Prof. Artur Ricardo Jorge, Prof. Alfredo de Magalhães e General Vicente de Freitas, que deram o impulso inicial, é justo recordar os dos ministros do Interior, Costa Macedo, Ivens Ferraz, Lopes Mateus, Pais de Sousa, Albino dos Reis, Gomes Pereira, Botelho Moniz, Cancela de Abreu, dos ministros das Finanças, Sinel de Cordes, Oliveira Salazar e Costa Leite, dos ministros das Obras Públicas, Duarte Pacheco, Cancela de Abreu e Frederico Ulrich e dos Subsecretários de Estado da Assistência Social Diniz da Fonseca e Trigo de Negreiros.

A todos os Governos, por todas as pastas, se deve muito a bem da Saúde Pública. Só em honra de todos isso resultou, em benefício para o Povo Português e em bom nome para o País que tão má reputação alcançara no mundo em tal matéria.

Muito resta todavia ainda para fazer. A glória de Disraéli em Inglaterra de nada valeria se ele não tivesse continuadores.

*

* *

Ora para que a Saúde Pública possa progredir não basta que os homens do Governo promulguem leis, realizem obras e criem instituições, por mais notáveis que estas sejam.

É indispensável que aqueles a quem os Governos confiam a execução das leis e o funcionamento das instituições sejam competentes.

Ao impulso dado pelos governantes tem de corresponder uma acção à altura do impulso dado, da parte dos técnicos.

Esses técnicos são os funcionários dos Serviços de Saúde — os sanitaristas portugueses — e, entre eles, como de particular importância, os subdelegados de Saúde.

Não é do Estado Maior Sanitário nem dos dirigentes distritais que tenho de ocupar-me neste momento.

Os delegados de Saúde actuais, quase todos interinos, já por vezes deram públicas provas de competência prática nas reuniões que se realizaram neste Instituto, em 1948 e 1950, sob a direcção directa do Sr. Director Geral de Saúde, e vão dentro em breve dar novas provas, estas dos seus conhecimentos, da sua cultura sanitária, em concursos de provas igualmente públicas e exigentes.

E os subdelegados de Saúde ?

Que provas deram da sua competência ?

As do velho Curso de Medicina Sanitária ? Sei que nenhum consideraria tal prova suficiente.

Mas têm-nas dado ? Têm. Quais ?

*

* *

Procuramos ser metódicos.

Já explicámos o que julgamos dever entender-se por *competência profissional dos subdelegados de saúde*.

Vejamos agora como é que ela pode ser apreciada.

Não é preciso embrenhar-nos profundamente nos diversos aspectos dos problemas da Orientação e Selecção Profissionais para reconhecermos que, se já estão analisadas suficientemente as condições físicas e psíquicas necessárias para se ser um bom tipógrafo, um razoável marceneiro, encadernador, relojoeiro, telefonista, marinheiro, etc., e estudados convenientemente os actos, simples ou complexos, exigidos pelo exercício das respectivas profissões, será lógico seguir as mesmas regras na orientação dos que estão a escolher uma profissão ligada à carreira sanitária, ou, da parte do Estado, utilisá-los para a selecção dos subdelegados de Saúde.

Quais as condições físicas a que terá de satisfazer um subdelegado de Saúde ? Não o que se considere apenas um consultor técnico, meramente burocrático, mas o que verdadeiramente seja sanitarista — um homem de

acção — pois de outro modo justificar-se-ia, depois dum século de a termos ridicularizado, a denominação de subdelegados de Saúde dada aos administradores dos Concelhos, visto estes terem, evidentemente, de ser homens de acção.

O Subdelegado de Saúde não pode sofrer de doença contagiosa, deve ser robusto e saudável, de modo a haver as máximas probabilidades de estar em estado de actuar oportunamente, ter boa vista, bom olfacto, bom ouvido, bom paladar e bom tacto; bom tacto no duplo sentido da palavra, como veremos.

Além disso, deve ser resistente à fadiga, seja esta de origem física, mental ou moral (e tantas sensaborias o esperam a cada passo!) e ao mesmo tempo ser resistente ao sono, não sendo sensível a mudanças de temperatura e a outras perturbações atmosféricas (pressão, humidade, estado eléctrico, etc.).

Ser forte, mas menos de força muscular do que de força de ânimo. Falar com clareza e suficiente desembaraço, sem gaguejar, em voz que se oiça, mas sem gritar.

Não ter certos defeitos físicos — os mesmos que não se toleram aos professores (nunca esquecer que o sanitarista moderno tem de ser constantemente um pedagogo e realizador duma difícil pedagogia, a pedagogia social). Não ter vícios que o desprestigiem, como o alcoolismo (mesmo sem embriaguez), o morfinismo e o donjuanismo, mais mental do que real por via de regra, como se sabe, a cada passo disfarçando impotência actual ou próxima. Ter em grau elevado a faculdade da *atenção* e uma *memória* segura, não só de conhecimentos adquiridos em livros, lições ou experiência pessoal, memória tanto visual, como acústica, como até de cheiros e impressões tácteis ou de reacções psicológicas a que tenha assistido, podendo em certos casos ser suprida por um bom ficheiro que aprenderá a manejar e terá sempre devidamente ordenado.

Tem de ter tacto, bom senso, calma, não ser precipitado, resistindo a impulsos, de modo a evitar certas reacções muita vez provocadas por pessoas interessadas em contrariar as suas determinações, em o perder.

Só nesta altura citaremos a *inteligência*, visto que, pelo menos, todos têm a que bastou para se formarem em Medicina.

É claro que a inteligência nunca é demais, mas abusa-se dela como moeda, julgando que pode suprir a força de vontade, a atenção, a memória, a noção das responsabilidades, o saber suficiente, a preparação técnica.

O saber! Precisa o subdelegado de saúde de saber muito? Menos do que se costuma apregoar em vésperas de concurso, quase tudo esquecido a breve espaço; melhor seleccionados do que é hábito fazer, por se des-

prezarem coisas preciosas e haver tendência, ou só para novidades ou para as coisas difíceis de compreender ou de descobrir onde se encontram, que dêem glória rápida aos que as exibem, o que a cada passo leva a descobrir coisas há muito conhecidas mas desprezadas.

Entretanto, tal como a inteligência, o saber nunca é demais, como não é demais a honestidade, o brio e a bondade (sem relaxamento, é claro).

O que é preciso é que o estar a estudar novidades e coisas transcendentes não seja um disfarce de inércia, impotência, preguiça ou sedentarismo, para fugir ao que deve caracterizar o subdelegado de Saúde — ser um homem de acção, suficientemente culto, inteligente, saudável, avisado, sensato e activo para pôr oportunamente em prática os ensinamentos da ciência, sem se esquecer que lida com pessoas pertencentes a grupos sociais múltiplos e complexos por vezes. Em resumo, é preciso que todos os subdelegados de Saúde saibam «levar uma carta a Garcia», conforme a frase consagrada.

Podia entrar em mais pormenores e repetir mesmo a colecção das qualidades aconselhadas por Taylor, Lippman e outros autores que se dedicaram à orientação e selecção profissionais e à organização científica do trabalho.

É tempo porém de encarar outros aspectos do problema.

*

* *

Em que consiste a profissão de Subdelegado de Saúde?

Poderemos mesmo em Portugal considerá-la já uma profissão? É o que agora vamos ver.

O Regulamento Geral de Saúde de 1901 especifica quais as atribuições dos Subdelegados de Saúde. Seria ocioso repeti-las aqui.

Mas, posteriormente, não só a legislação sanitária mas diplomas emanados da maior parte dos ministérios, atribuem ao subdelegado de Saúde determinadas e múltiplas funções. Seria longa, fastidioso para V. Ex.^{as} e até difícil, enumerá-las todas, tal a sua variedade e inexequibilidade manifesta, já por falta de tempo, já pela distância que separa os locais, já pelo esquecimento de que os subdelegados de Saúde não teriam maneira de dar vencimento, a pé, dos deslocamentos que costumam ser assegurados de automóvel a outros profissionais, funcionários ou não públicos, nem se lhes concede verba para pagarem tais deslocamentos.

Em poucas palavras, o subdelegado de Saúde é o guarda da saúde da população dum concelho, defendendo-a de doenças contagiosas esporádicas

endémicas ou epidémicas ; promovendo, por intermédio das Câmaras, Juntas de Freguesia, Governos Civis, Juntas das Províncias, Governo ou particulares, a realização de obras e a execução de medidas tendentes a evitar a sua propagação ; estudando as doenças de qualquer natureza que aparecem no seu concelho e promovendo a extinção máxima das suas causas, com o auxílio de todas as autoridades locais ou gerais e dos técnicos especializados (médicos, veterinários, agrónomos, etc.), estudando as condições geológicas, agrícolas, pecuárias, climatológicas e sociais, de modo a conseguir que todas se conjuguem a bem da saúde colectiva ; educando a população, começando pelas classes cultas, de modo constante, com tacto, respeitando a psicologia, os temperamentos e até as vaidades de cada um para alcançar o melhor possível o objectivo de tornar cada pessoa um auxiliar da campanha sanitária ; vigiando a saúde do maior número de pessoas, de modo que estas não sejam prejudicadas pelas condições em que trabalham, mas também que não se furtem ao trabalho, por preguiça, vício ou outro interesse, alegando falsamente o estado de doença ; realizando, enfim, diligências complexas, muitas delas inesperadas e urgentes, exigindo inteligência prática, atenção a um tempo concentrada e distribuída, contínua e rítmica, por vezes verdadeiramente saltitante, tal a variabilidade dos problemas que lhe surgem.

Tem de aprender uma técnica, que importa conhecimentos de fisiologia, patologia, medicina legal, bacteriologia, parasitologia, higiene, administração, legislação, etc., e a prática de inquéritos epidemiológicos e sociais de desinfecção, de desinfestação, de ensino e educação, de contabilidade, etc., e até por vezes . . . de condução de automóveis. As suas actividades, a par do aspecto técnico, têm de encarar os aspectos económicos, psicológicos e sociológicos.

Constituirá este conjunto uma profissão ?

Serão actividades, estas, que se devam confiar a amadores ?

Poderão merecer confiança, sendo-lhes destinadas apenas sobejos do tempo utilizado na clínica ?

Somos dos que entendemos que o facto de ser o Estado o patrão não tira a uma ocupação habitual e que exige aprendizagem, cultura e qualidades físicas, psíquicas e morais elevadas, o carácter de profissão.

Bastará isso todavia ? Não estará ligada ao conceito de profissão o de ser com o produto do trabalho realizado, com a sua remuneração, que o profissional se sustente e aos seus ?

E então caímos num círculo vicioso : — ou a remuneração e as condições de trabalho são deficientes (falta de meios de transporte e de pessoal auxiliar, não limitação racional das atribuições, etc.) e então o subdelegado

de Saúde para sustentar os seus e pagar os meios de transporte tem de acumular as suas funções com a clínica, agricultura, emprego industrial, jornalismo, etc., ou, por não querer deixar a clínica, não dedica à Saúde Pública o tempo suficiente e não merece maior remuneração.

Aqui entra em jogo outro factor : — Quais os subdelegados que têm gosto, atracção e fé na acção dos serviços de Saúde Pública e na sua própria acção e quais os que as não têm ?

Esta vocação, só por si, favorece já a selecção e orientação e nada tem com a importância da remuneração a conceder-lhes. Só há um meio de a apreciar, o que consiste em os pôr à prova durante o tempo julgado suficiente e observar como é que cada um leva (ou se leva) a «carta a Garcia».

Qual deverá ser, por outro lado, a remuneração do subdelegado de Saúde quando ele deixe de exercer qualquer clínica remunerada ?

É mais fácil do que julgam alguns fazer o cálculo, como é mais difícil ser justo do que outras pessoas pensam. A clínica rural, cuja remuneração cada vez é menor, desde a organização das instituições corporativas (Casas do Povo e dos Pescadores, Caixas de Previdência, etc. (*quase todas devidas à iniciativa e insistência de médicos*), tem todavia ainda quem a inveje. O que muitos ignoram é as despesas a que ela obriga o médico. Este, por sua vez, ao fazer o cálculo da justa remuneração do *full-time* (passe o termo consagrado) é vulgar esquecer-se de descontar essas despesas obrigatórias e imprescindíveis (automóvel, charrette, cavalo, motociclete, criado para cuidar deles, etc.).

Não há que pensar em ordenados à americana, que de resto estão de acordo com as despesas americanas.

Valerá a pena pensar-se no problema, ao falar-se na necessidade de assegurar a competência profissional dos subdelegados de Saúde ? Não me incumbe ocupar-me de tal assunto.

*
* *

Quem queira aplicar à profissão de subdelegado de Saúde a técnica da Orientação e Selecção Profissionais a cada passo topa com dificuldades e fica perplexo.

Vejamos um exemplo, o das características psicológicas que indicam ou contra-indicam uma profissão para determinado indivíduo.

Segundo Stefan v. Maday, podemos encarar dois tipos de indivíduos, o *lutador* e o *trabalhador*.

O génio do lutador é em geral egoísta, o do trabalhador altruísta ; o primeiro, um tanto malicioso, o outro, inclinado antes ao bem e pacífico. O temperamento do lutador é vivo, o do trabalhador é calmo.

O modo de reagir daquele é rápido, de tipo omântico, o deste é lento, de tipo clássico. O instinto do lutador é destrutivo, o do trabalhador é construtivo.

O grau de intensidade da actividade do primeiro é elevado, o do último é baixo.

Em compensação a capacidade da intensidade exigida ao lutador é baixa e a do trabalhador é elevada.

O tempo que o lutador gasta na acção é breve, o do trabalhador é lento ; mas o repouso exigido por aquele é longo, sendo o deste curto.

O lutador é preguiçoso, o trabalhador laborioso.

A tendência muscular do lutador, é para a extensão (hipertónica), a do trabalhador é de molde a poupar os músculos (hipotónico).

O lutador gosta de dormir de manhã, o trabalhador prefere dormir de noite ; como consequência, aquele prefere trabalhar durante a noite e este de manhã.

A atenção do lutador é distribuída, a do trabalhador concentrada. A actividade intelectual do primeiro é extensiva, a do segundo intensiva.

O tipo histórico do lutador é o caçador e o guerreiro, o do trabalhador é o agricultor, tendo, na sociedade moderna, aquele, vocação para advogado, comerciante, explorador de terras ou polícia ; este, mais tendência para ser funcionário.

Como podíamos aplicar os princípios de Maday aos subdelegados de Saúde ?

No que diz respeito ao estudo dos futuros homens de ciência Wilhelm Ostwald aponta-nos dois tipos que também vem a propósito citar : o *romântico* e o *clássico*.

O *romântico*, de reacção rápida, cheio de ideias, com muita imaginação, devendo ser aproveitado onde quer que haja investigações a emprender ,em laboratórios onde esteja em contacto e colabore com estudantes ; o *clássico*, de produção lenta, com espírito crítico, construtor da ciência definitiva (haverá ciência definitiva ? será científico afirmá-lo ?), amigo das sínteses, capaz de fazer excelentes cursos.

Podiam multiplicar-se os exemplos, referidos por autores categorizados. Mas para quê, se por certo já todos os que me escutam repararam que conhecem duas pessoas que sintetizam as características fundamentais dos dois tipos : D. Quichote e Sancho Pansa ?

Aplicado à escolha de caixeiros, de vendedores de jornais, de jornalistas, de ministros ou de sábios, os dois tipos surgem-nos sempre.

Qual deles convirá para subdelegado de Saúde? D. Quichote? Sancho Pansa? Nem um nem outro, nem filhos deles sequer, à cautela.

Mas convirá provavelmente, bem entendido, seguindo as leis da genética, um sobrinho de ambos. Com efeito, se é de apreciar a viveza, o entusiasmo, a coragem, a rapidez da acção dum D. Quichote, Deus nos livre da sua leviandade, da sua precipitação, das suas infantilidades.

E se a laboriosidade, o bom senso, a calma, o altruísmo, a bondade e a actividade intensiva de Sancho são qualidades preciosas, seria desastroso um subdelegado de Saúde ser sempre lento, querer sempre deitar-se cedo, mesmo em tempo de epidemias, ou querer pesar tanto os prós e os contras que quando acabasse por se decidir já fosse tarde.

In medio virtus? Também não, pois não se trata de obter uma média aritmética ou geométrica, ponderada ou não, processo cómodo de certos preguiçosos, hesitantes, mas duma coisa mais séria, qual é a guarda da saúde duma população e do normal funcionamento das famílias, das oficinas, das fábricas, dos grupos de trabalhadores que as constituem.

Acima de tudo é indispensável a noção da responsabilidade, não só pessoal, como profissional e social.

Ora essa noção de responsabilidade a cada passo fica esmagada pelo fatalismo do temperamento, quer em D. Quichote quer em Sancho, ou pelo pretensiosismo das técnicas.

A noção da responsabilidade, em particular dos sanitaristas, não dispensando os factores congénitos do temperamento de cada um, depende essencialmente de factores de ordem intelectual adquiridos no decurso do estudo e prática da profissão em todos os seus pormenores, do que pouca gente se costuma aperceber.

*

* *

Todas estas considerações, fundadas no sistema actual de distribuição dos sanitaristas — um em cada concelho — mais aplicação teriam se fossem criadas, *mas com pessoal sempre convenientemente formado, seleccionado e, apesar disso, posto à prova e inexoravelmente afastado* quando desse más provas, as comarcas ou áreas sanitárias, que permitiriam o aperfeiçoamento dos serviços de Saúde Pública provinciais melhor do que qualquer outra técnica (no que respeita, ao pessoal, bem entendido).

O exemplo dos delegados de Saúde interinos actualmente à prova é bem claro e digno de ser seguido.

Valeria a pena fazer o ensaio com os subdelegados num distrito ?
Também não me incumbe ocupar-me deste assunto.

O que me incumbe sim, é citar, embora a traços largos, a técnica científica seguida em todos os países do mundo civilizado para orientação e selecção profissionais dos mais capazes para as diversas funções, sem exclusão das profissões liberais, chamando a atenção para a necessidade e oportunidade de aproveitar a excelente colaboração que pode dar a tal empresa o Instituto de Orientação Profissional.

E aos colegas que vêm assistir a este VII Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, fazer-lhes um apelo para que, com o interesse que lhes mereceu a sua frequência e com a experiência da vida que certamente não desmentirá estes princípios, que não são meus mas que muito admiro, se tornem arautos duma campanha de onde só pode resultar prestígio para a nossa classe, benefício para a Saúde Pública e honra para o País.

Todos os anos tenho procurado colher dos colegas que aqui acorrem sugestões, críticas e ideias para beneficiar os cursos, dando assim justo direito a todos de orientarem e seleccionarem também os professores e os assuntos.

Alguns colegas não se têm tentado a vir tomar parte nos cursos ; uns por motivos justíssimos, de ocasião, que os impedem e que os delegados de saúde confirmam e são claros e indiscutíveis. De tempos a tempos, porém, surge uma desculpa que, se não é de mau pagador (pois de pagamento se não trata) é nitidamente derivada de não terem atentado suficientemente no que são os cursos e na vantagem deles. Um ou outro tem alegado que é longo o curso e que a ausência da clínica lhes traz transtorno económico irremediável. Se em casos excepcionais tal argumento tem sido de ponderar, menos raro é verificar tratar-se de colegas que não têm felizmente dificuldades económicas, ou até ricos, mas que receiam perder durante um mês um cliente que seja, coisa que só voltaria aliás a succeder-lhes, a manter-se o ritmo dos cursos como até hoje, daqui a 15 anos, ou seja, a perda de 2 dias por ano . . .

Quanto à matéria sanitária que cada um saiba já, dispensando lições dos outros, repetirei o que disse há pouco por outras palavras. Ser subdelegado de Saúde não consiste apenas em se saber, mas em manejar oportunamente os conhecimentos adquiridos, discutindo-os, pondo problemas novos, vendo instalações, escutando colegas de outras regiões, treinando-se, enfim, para ser cada vez mais e melhor um homem de acção, de maneira a ser capaz de «devar uma carta a Garcia» em assuntos de Saúde Pública, em vez de mero crítico de café ou má língua de farmácia dos velhos tempos.

O desinteresse por estes assuntos, pelas visitas, a laboratórios, hospitais, creches, lactários, dispensários, a algumas das inúmeras instituições criadas ou aperfeiçoadas durante os últimos vinte e cinco anos, nem sequer é uma atitude política, pois a tomam pessoas de vários ideais políticos, manifestando interesse pelos cursos igualmente pessoas de todas as ideias.

O que é, sim, é um *test*, a aproveitar também aq ser feita a selecção dos futuros subdelegados de Saúde. Será justo confiar em quem tal indiferença mostra e só a quer resolver . . . quando um dia, sem *curriculum vitae*, nem revelar qualidades, pretenda certo cargo elevado nos serviços sanitaristas ou assistenciais ?

Já me ocupei da justiça de os subdelegados de Saúde actuais, cada vez menos remunerados pela clínica livre, deverem ter vencimentos correspondentes às múltiplas atribuições que a lei lhes impõe.

Não hesito, por isso, com igual espírito de justiça, em dizer que o factor económico não pode ser o único que nos leve a tomar uma resolução em matéria profissional.

A não ser que nos convencessemos de que basta o dinheiro para haver Saúde Pública num País, que então, visto dispensarem-se médicos sanitários, voltárimos a nomear como subdelegados de Saúde . . . os administradores do concelho.

Eu sei que houve quem proclamasse ao Mundo a teoria materialista da História . . . Mas tal teoria, desprezando os idealistas, os românticos e os carolas (que os há paradoxalmente também entre os discípulos dessa teoria), vendo apenas a parte material da vida e comercializando os espíritos (fazendo andar ao contrário a famosa máquina de fazer chouriços de Chicago), conduziu-nos à situação internacional que se sabe, de onde não pode resultar, a triunfar tal culto exclusivo pelos bens materiais, nem Saúde Pública, nem Justiça, nem verdadeiro bem-estar para os autênticos trabalhadores competentes como são em geral os subdelegados de Saúde, que têm de ser lutadores, sim, mas para poderem trabalhar melhor em paz e vendo à sua volta a felicidade das suas famílias, dos seus vizinhos e dos seus compatriotas e, com essa, a da humanidade inteira.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

Epidémica de triquinose humana em Aranhas, no concelho de Penamacor (*)

As instituições com a tradição e a perpetuidade da Sociedade das Ciências Médicas permitem-nos retomar, sem solução de continuidade, antigos ou esquecidos problemas, e são como que realidades vivas do aforismo hipocrático : *vita brevis, ars longa* . . .

Vem esta consideração muito a propósito do que vou dizer.

Com efeito, a 21 de Agosto de 1867, realizou-se numa das antigas sedes da Sociedade das Ciências Médicas uma sessão extraordinária que deve recordar-se em breves palavras.

Presidia o ilustre Professor de Patologia Médica Dr. Cunha Viana e achavam-se presentes, além de distintos médicos, outras entidades de grande relevo na vida nacional, o Conselho de Saúde Pública do Reino, professores do Instituto Agrícola onde se ensinava então, Veterinária, e membros da Real Associação de Agricultura, convidadas para ouvirem e apreciarem do 1.º Secretário Dr. Silva Amado uma comunicação sobre triquinose humana.

Havia justificada expectativa e mesmo certa emoção geral, pela novidade entre nós deste problema sanitário, a sua gravidade clínica, humana e veterinária, e a sua importância económica.

Fora o caso dum professor primário, com 59 anos de idade, natural de Vila Viçosa, estudante em Coimbra e talvez emigrado (não se apurou bem onde), residindo em Odemira e Almodôvar, no Alentejo, com o hábito de almoçar presunto cru; e internado na enfermaria de S. Carlos do Hospital de S. José, durante o mês de Abril de 1866, para lhe ser extirpado um cancro epitelial. A doença recidivou, voltando o doente ao hospital,

(*) Comunicação à Socied. das C. Médicas, de Lisboa, em 24-IV-951.

em que foi recebido na enfermaria de Santo António, e ali faleceu no mesmo mês de Abril do ano seguinte. Procedendo à autópsia com o fim de descobrir as metástases do tumor, Silva Amado referiu as circunstâncias em que tinha observado as triquinias, alojadas nos músculos, encontrando os parasitas incluídos em quistos infiltrados de sais calcários com algumas triquinias vivas, e achando-se as respectivas preparações expostas nos microscópios.

No debate intervinham António Maria Barbosa, Craveiro da Silva, Tomaz de Carvalho, Simas e May Figueira, tendo este último Professor sugerido medidas fiscais, segundo o relato do secretário Farraz de Macedo, que pudessem «assegurar aos cidadãos de que se não alimentem com carne nociva, por entender que este caso seria seguido de outros, e por isso se lhe deve dar toda a atenção» (1).

Entretanto a imprensa ocupava-se da comunicação, e Silva Amado redigiu artigos para *O Jornal do Comércio de Lisboa* e o *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*, os quais ainda hoje se lêem com proveito (2).

A profecia do ilustre Professor May Figueira é que felizmente não se cumpriu, visto não se verificar entre nós a triquinose humana, depois de decorridas algumas dezenas de anos.

A tese de António Eduardo da Costa à Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, de Julho de 1862, passando em revista a *trichinose* que também designa *trichiniasis* ou *doença de Zencker* (cuja leitura fico devendo à amabilidade do Senhor Professor Costa Sacadura, feliz possuidor de uma das mais valiosas bibliotecas médicas portuguesas na quantidade e na qualidade das espécies), não assinala, quinze anos depois, nenhum outro caso de parasitose pela triquina (3). E não nos consta que se haja verificado algum outro caso posterior ao de 1867, inscrito nas resenhas da epidemiologia como que a título de curiosidade histórica.

No seu *Portugal Sanitário*, o Dr. Fernando da Silva Correia regista-o com sobriedade, sendo, aliás, muito valiosa a indicação que orientou as pesquisas bibliográficas (4).

Outro caso, de que tive notícia por especial deferência do insigne Prof. Francisco Gentil e publicado pelo falecido Prof. Parreira, localiza-se no ano de 1914. Era uma doente com carcinoma de origem glandular que

(1) *Jornal da Soc. das Sc. Médicas*, 1869, pág. 39 e segs., n.ºs 8, 9, 10-11.

(2) *O Escholiaste médico*, n.º 329, 15-IX-1868, pág. 305. Noticiário: *Sobre a trichina e a trichinose*.

Jornal do Comércio de Lisboa, n.ºs de 1, 3 e 9 de Setembro.

(3) *A triquinose*, these inaugural, de António Eduardo da Costa. Minerva Central, 14, Largo do Pelourinho, 15, Lx. 1882.

(4) *Portugal Sanitário*, págs. 431 e 491.

operada de amputação da mama esquerda, com esvaziamento da axila, em 7 de Maio de 1914, apresentava na análise histológica dos fragmentos de músculos do grande peitoral e do grande dentado, quistos de triquinas. Vem publicado na *Medicina Contemporânea*, n.º 24, de 1915.

Um 2.º caso do Prof. Parreira foi objecto de comunicação à Soc. das C. Médicas e é «um achado de autópsia» a uma doente falecida em caquexia no Hospital Escolar, do Prof. Belo de Morais, e vem descrito igualmente na *Medicina Contemporânea*, n.º 11, de 1916, referindo entre as suas considerações, a localização de um porco triquinósico, em Penamacor, nota de algum interesse para o que adiante se dirá.

(É curiosa a estatística de triquinose porcina, de Águeda Ferreira, referida a propósito da última comunicação, citando que em 154.479 reses suínas abatidas em 10 anos no Matadouro Municipal de Lisboa, apenas 3 foram inutilizadas por triquinose e, ulteriormente, foram regeitadas 22. A proveniência destes casos foi de Badajoz, Cáceres, Valência de Alcântara e Coima. Alguns foram engordados em Moura e Penamacor, mas adquiridos em Espanha.)

Fora destes casos de laboratório, há conhecimento, pelo Prof. Gentil, de um caso clínico de triquinose humana, em uma senhora médica que foi tratada pelo Prof. Cabeça.

O Dr. Miguel Mendes Alves, Assistente de Farmacologia na Un. de Lisboa teve ocasião de tratar alguns casos de triquinose, aí por 1944 ou 1945, em pessoas de Celorico de Basto, empregando um antimonial, a Fuadine, com bons resultados, mas não foram publicados.

Também nos constou que um colega do distrito de Portalegre foi infestado com triquinas, sendo diagnosticado e tratado pelo Prof. Fernando da Fonseca.

Eis o que consta do nosso *Inquérito Epidemiológico de 5 casos de Triquinose*, remetido em 20 de Fevereiro último à Inspecção Superior de Profilaxia e aos Serviços Técnicos de Higiene da Alimentação e Bromatologia, da Direcção-Geral de Saúde.

«Em 12 de Fevereiro corrente, deu entrada num quarto particular do Hospital de Castelo Branco, a doente *Iria de Jesus*, de 31 anos, natural da freguesia de Aranhas, no concelho de Penamacor.

O médico assistente Dr. Ramos Proença, impresionado com a sintomatologia pouco vulgar da doente, ouviu em conferência o colega Seabra de Almeida, comunicando à Delegação de Saúde os elementos da história clínica seguinte :

mononucleose, a concomitância de grandes edemas localizados na cabeça mas desacompanhados de fenómenos renais, quase impunha na verdade o diagnóstico em hipótese. A pesquisa de triquinas endoteliais nas matérias fecais e de triquinas jovens no sangue da doente, pelo método de Staubli (ácido acético diluído) deu resultados negativos. A de outros parasitas foi igualmente negativa.

O sero-diagnóstico de Stroebel não se efectuou por falta de antigénio.

Entretanto, como quer que nos adviesse a informação da existência de quatro outras mulheres atingidas de queixas semelhantes, convidámos a analista do Gabinete da Delegação de Saúde, recentemente inaugurado, D. Maria do Carmo Cavalheiro a deslocar-se a Aranhas, com algumas hipóteses de trabalho, visto não ser cousa fácil a vinda das doentes a Castelo Branco.

2.º — *Maria Neves*, 61 anos de idade, de Aranhas, concelho de Penamacor.

Como a anterior, assistiu à matança do mesmo suíno, ajudou a lavar as tripas do animal e a preparar o enchido, *provando o molho cru dos chouriços* e ingerindo alguma carne cozida.

Em 27 de Janeiro sentiu grandes arrepios, náuseas e vômitos, febre a 39,5 - 40º e, alguns dias depois, edemas da face, com cefaleias, delírio, dores musculares por todo o corpo.

A 15 de Fevereiro, ainda se mantém apreciável edema da face e das pálpebras, com febre vespéral à volta de 37º.

<i>Linfocitos</i>	18 %
<i>Monocitos</i>	4 »
Mielocitos	0
Metamielocitos	0
Bastonetes	2 »
Segmentados	54 »
<i>Eosinófilos</i>	22 »
Basófilos	0

Pesquisa de triquinas no sangue pelo método de Staubli — negativa.

3.º — *Maria Luíza M. Adão*, 38 anos de idade, natural de Penamacor, assistiu igualmente à matança e amanho do porco, em Aranhas. Ajudou a lavar as tripas do animal, *ingeriu fevra assada e prova crua dos chouriços*.

Em 29 de Janeiro teve perturbações intestinais, dores no quadrante hepático, diarreia, calafrios, febre inicial a 40º, cefaleias, mialgia nos membros superiores e inferiores, e edemas muito pronunciados na face.

Tratada pelo seu médico assistente com penicilina e cloromicetina não obteve qualquer resultado. Tomou ainda *per os* vacina anti-colibacilar, atribuindo a baixa de temperatura a este produto. A febre elevada persistiu até 9 de Fevereiro, isto é, durante 12 dias, mas ainda conserva alguma temperatura vesperal, à volta de 37°, língua saburrosa e edemas (15 de Fevereiro).

Linfocitos	29 %
Monocitos	1 »
Mielocitos	0
Metamielocitos	0
Bastonetes	3 »
Segmentados	40 »
<i>Eosinófilos</i>	27 »
Basófilos	0

Pesquisa de fezes — negativa. Pesquisa de sangue — negativa.

4.º — *Rosa Neves*, de 51 anos, de Aranhas, concelho de Penamacor, assitiu também à matança e amanho do porco, em 7 de Janeiro; ajudou a lavar as tripas, *comeu carne assada e prova crua dos chouriços*, alguns dias depois.

Em 28 de Janeiro seguinte, sentiu calafrios, náuseas e vômitos, febre a 39° que se prolongou até 10 de Fevereiro. Os edemas, muito pronunciados na cabeça, são-no igualmente nos membros inferiores. Mialgias e rigidez do pescoço e da cintura.

Cefaleias, delírio, persistindo os edemas e a astenia em grau muito acentuado.

Linfocitos	26 %
Monocitos	0
Mielocitos	0
Metamielocitos	0
Bastonetes	3 »
Segmentados	47 »
<i>Eosinófilos</i>	24 »
Basófilos	0

Pesquisa de triquinias no sangue — negativa.

5.^a — *Maria Emilia*, criada de servir, de 14 anos, natural de Salvador, residente em Aranhas, concelho de Penamacor.

Assistiu, como as anteriores, à matança do mesmo porco. *Comeu fevra e morcela*. As perturbações gastro-intestinais surgiram igualmente em 29 de Janeiro e ainda actualmente persistem. Calafrios iniciais, febre a 40°, edema da cabeça, mialgias e rigidez do pescoço, cefaleias, apresentando nesta data febre, à volta de 37°,1 (15 de Fevereiro).

Linfocitos	...	...	...	...	...	...	25 %
Monocitos	...	...	...	...	...	...	2 »
Mielocitos	...	...	...	...	...	...	0
Metamielocitos	...	...	...	...	...	...	0
Bastonetes	...	...	...	...	...	...	7 »
Segmentados	...	...	...	...	...	...	47 »
<i>Eosinófilos</i>	...	...	...	...	...	...	19 »
Basófilos	...	...	...	...	...	...	1 »

Pesquisa de fezes — negativa. Pesquisa de sangue — negativa.

Averiguou-se que o animal fora adquirido, em 3 de Janeiro, no mercado de Penamacor, criado «à pia» no local vizinho da Moreirinha.

Colhida a amostra do chouriço, em que participava a língua e outras partes musculares, e amostras de presunto, verificou-se em três preparações da primeira a existência de triquinias musculares enquistadas, sendo negativas as pesquisas no presunto. O exame microscópico foi concludente, a fresco, em pequena e grande ampliação, observando-se vários quistos contendo larvas enroladas.

Aos doentes foi então recomendado, e com evidente proveito, a aplicação de injecções intravenosas de cálcio a 30 %, como indica Sogemeier.

Ao Subdelegado de Saúde de Penamacor comunicou-se o apuramento do Inquérito para convenientes providências.

*
* *
*

A pequena epidemia doméstica de 5 casos de triquinose afigura-se-nos suficientemente esclarecida nos factos descritos e presta-se a alguns comentários.

Encontramos descrições da epidemia francesa de Crépy, no Valois, de 17 casos e da epidemia de Liège, de 11 casos, estes, provenientes do

consumo de salmouras americanas. Numa das epidemias de Berlim, um só porco infestou cêrca de 100 pessoas.

Na maior de todas, a de Standacher, com 668 casos, provenientes do uso de chouriço cru ou deficientemente fumado, permitiu individualizar o quadro seguinte :

«Início muitas vezes assinalado por síncope, miocardite, perturbações neurológicas caracterizadas por oftalmoplegia, nistagmo, sinal de Kernig, etc. Apatia com sonolência, febre elevada, cefaleia, mialgias, edema da face e particularmente o sinal das pálpebras, hipotensão e bradicardia. O exame hematológico mostra eosinofilia, leucocitose com linfopémia e velocidade de sedimentação normal. O diagnóstico biológico tem sido obtido por colheita muscular praticada ao nível da inserção do tricípede. A demonstração radiológica dos quistos calcificados jamais foi possível, mesmo ao fim de seis meses. Igualmente, o método de Stauble, quando utilizado até ao volume de 250 cm³ de sangue não logrou evidenciar a *Trichinella*. Pelo contrário, as reacções de desvio e de precipitação a um antigénio específico, eram fortemente positivas, em todos os casos, ao fim de seis meses e, em mais de 85 % dos casos, ao fim de um ano. A intra-dermo reacção de Schultz mostrou-se mais infiel.»

Nos casos descritos, não é possível determinar rigorosamente o período de incubação, visto que abatido o animal em 7 de Janeiro (5), mediam 22 dias nas doentes n.ºs 1, 3 e 5 ; 21 dias na n.º 4, e 20 dias na n.º 2. Não parece provável que a infestação se desse no acto da lavagem das tripas do animal ; uma das cinco mulheres não concorreu a esse acto (n.º 5) e verifica-se entre todas a quase simultaneidade dos sinais da indigestão. Os primeiros sintomas da fase intestinal aparecem, segundo os Autores consultados, desde algumas horas a 10 dias da ingestão, afigurando-se dos dados anamnésticos este prazo ultrapassado, pois decorreram 15 a 20 dias entre «a prova dos chouriços» e os sintomas da toxi-infestação.

A fase septicémica ocupou, nestas doentes, períodos variáveis entre 12 a 20 dias (n.º 3 — 12 dias ; n.º 4 — 13 dias ; n.º 5 — 7 dias ; n.º 2 — 19 dias ; e n.º 1 — 20 dias).

A invasão revestiu um carácter inopinado e violento, incômodos gástricos, náuseas, vômitos, calafrios e febre elevada, mas sem síncope, nem sintomas meníngeos.

As mialgias, o edema da face e, designadamente, das pálpebras (*doença das cabeças grossas*), foram consecutivas e sem período intercalar apreciável.

(5) A preparação das carnes foi feita no dia 10, segundo informação do Ex.^{mo} Sr. Dr. Alberty.

Na realidade, a eosinofilia teve a maior importância no diagnóstico, feito já no declínio do período agudo, variando de 19 a 39,5 % (n.º 1 — 39,5 % ; n.º 2 — 22 % ; n.º 3 — 27 % ; n.º 4 — 24 % e n.º 5 — 19 %).

A mononucleose, mais infiel, observou-se apenas em 2 doentes (n.º 1 — 6 % ; n.º 2 — 4 % ; n.º 3 — 1 % ; n.º 4 — 0 ; e n.º 5 — 2 %). É possível que o período avançado das pesquisas não autorize conclusões, neste particular.

A leucocitose apenas pôde ser pesquisada na doente n.º 1, indicando 10.350 leucocitos por m^3 .

O diagnóstico presuntivo da triquinose humana não oferece, na verdade, dificuldades de maior, se estiver presente ao espírito dos sanitaristas e dos clínicos.

Por se tratar de parasitose quase desconhecida entre nós, não será talvez descabida uma ligeira recapitulação.

Não se sabe ao certo como foi introduzida na Europa. Pretende-se que teria sido trazida pelas ratazanas (*Mus decumanus*) através do Volga, em 1727, propagando-se pouco a pouco e, por via dos ratos dos navios, à América do Norte. Poderia ser importada com os exemplares de porcos asiáticos, com o fim de melhorar as raças europeias, se é que não existia nos países da Europa central desde tempos imemoriais.

A *trichina* ou *trichinella spiralis*, nemátodo da superfamília *Trichinelloidea*, origem da *triquinose* ou *triquineliose* havia-se deixado observar sob a forma de quistos do tecido muscular no decurso de autópsias, em Londres, por Peacock (1828), Hilton (1833) e Paget (1835), sendo descrita e classificada pelo zoólogo Richard Owen, em 1835. Foi observada em Filadélfia, nos Estados Unidos, por Joseph Leyden (1848); na Alemanha, por Leuckart (1855) e Virchow (1859).

Aos trabalhos destes investigadores juntaram-se os de Davaine, Tomazi, Rupprecht, Zencker (de Dresde) e outros, permitindo estabelecer, aí por 1860, o quadro clínico e os dados epidemiológicos essenciais.

Os trabalhos de Virchow esclareceram o desenvolvimento do parasita no corpo dos animais, o ciclo evolutivo, a transmissão de um a outro animal e a gravidade da infestação. «Fez comer a um coelho um fragmento de músculo humano contendo triquinas, e viu no fim de algumas semanas que o animal emagrecia e ia perdendo as forças sensivelmente. No fim de um mês estava morto e tinha os músculos cheios de triquinas. Estes músculos foram ingeridos por outro coelho, que morreu um mês depois ;

os músculos deste foram ingeridos por outro, e assim sucessivamente, obtendo por este processo cinco gerações de entozoários (6).»

Os estudos de Zencker, coligiram e completaram o quadro da sintomatologia clínica da triquinose humana, de forma aguda.

Quistos e larvas invadem, na realidade, a mucosa duodeno-jejunal, desenvolvendo-se adultos sexuados, machos e fêmeas, ao fim de cinco a sete dias. O adulto masculino mede 1,4 a 1,6 m/m de comprimento, por 40 a 60 microns de largura, possuindo de cada lado do orifício cloacal o apêndice copulador. A fêmea é duas vezes maior no seu comprimento e uma vez e meia, na largura, com a vulva na parte anterior.

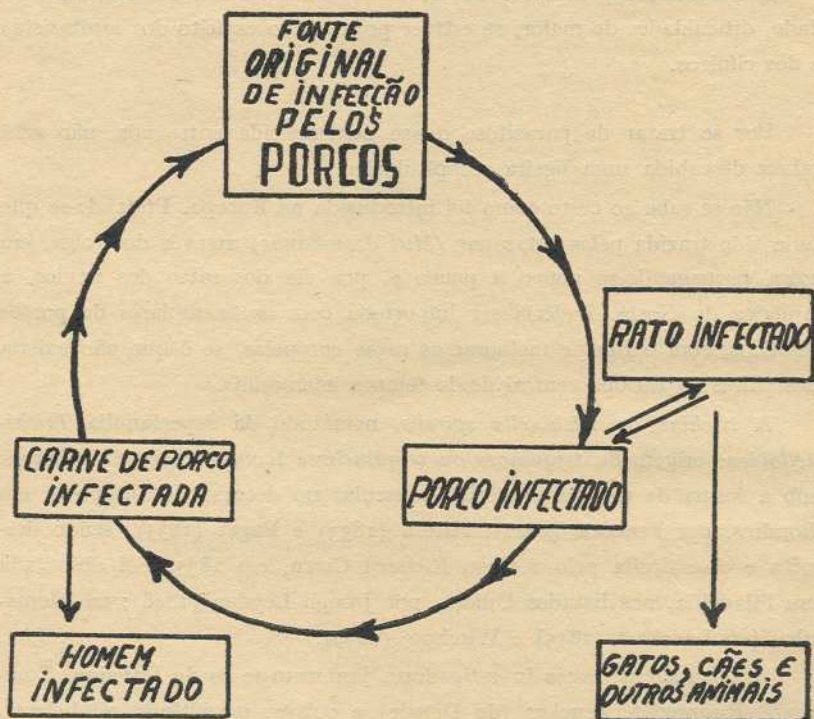


Fig. 17

Diagrama da infestação pela «*Trichinella spiralis*»

(De «Clinical Parasitology»)

O verme adulto instala-se nas criptas glandulares, dá-se a fertilização, e as fêmeas atingem as vilosidades, o estroma inter-glandular, as camadas profundas da parede intestinal, até às glândulas linfáticas mesentéricas.

(6) *A trichinose*, op. cit.

A larvipostura atinge 15.000 larvas por fêmea, no período de seis semanas, com 100 microns de comprimento por 6 de transecção. Algumas, podem inicialmente cair na cavidade intestinal, a maioria, nos capilares, nos linfáticos intestinais ou nas vénulas mesentéricas, e são veiculadas na circulação. Estas larvas de 1.º estado, invadem todo o organismo, mais designadamente os músculos em constante actividade, pobres de glicogénio, tais o diafragma, os da laringe, da língua, os intercostais e abdominais, o bícípede, o deltoide, o grande peitoral e o psoas.

Encapsula-se cada larva numa bainha elipsoidal, de bordos irregulares, informada de células redondas, com infiltração de eosinófilos, de grande eixo paralelo às fibras musculares. A insulina aumenta e a dextrose diminui o número dos enquistamentos larvares. No homem, as larvas permanecem viáveis durante mais de trinta anos.

A calcificação ocorre habitualmente depois de seis a nove meses e pode ser acelerada pelo ergosterol irradiado e os sais de cálcio.

Considera-se infestação letal, no homem, a densidade de 5 larvas por grama de peso ; no porco, a de 10 larvas ; e nos ratos, a de 30 larvas.

Wirchow estimava a incidência humana na Alemanha do seu tempo em proporções consideráveis. É realmente a Alemanha o país da Europa mais castigado, sendo bem conhecidas as suas epidemias, desde 1859, que atingem anualmente centenas de casos, tendo-se já referido a maior de todas.

Além da Alemanha, os países clássicos da triquinose são a Espanha, a Hungria, a Áustria e os povos do Danúbio.

A epidemia de Zurich, de 1839, atingiu 444 indivíduos.

Na França, Holanda, Bélgica e Dinamarca há epidemias de menor importância e na Inglaterra são actualmente raras.

Na Espanha, foi assinalado o primeiro caso de triquinose no mês de Janeiro de 1881, que despertou profunda emoção, tendo o Dr. Cardenal explicado em conferência pública os conhecimentos sobre a infestação. Muitos outros se seguiram, estabelecendo a endemia.

Na Itália descobriram-se numerosos presuntos triquinados de proveniência americana. Os trabalhos do Dr. Casati e Dominique Bomba são clássicos.

É chocante a progressiva incidência de contaminação murina, porcina e humana, de Além-Atlântico, onde se assinalou desde 1848.

Em 1898, Osler estabeleceu o índice de 0,6 % no exame do diafragma das autópsias do *John Hopkings Hospital*. Ranson, em 1916, calculava em 6 % os norte-americanos que se encontravam parasitados, aumentando

sucessivamente a incidência até 15 %, em 1934. Sawitz, calculou, em 1938, que 16 milhões de estado-unidenses se encontravam contaminados.

O *peptic-digest-methods* forneceu mais elevadas centilagens de positivos, do que os cortes microscópicos, apurando-se a incidência de 27 % em Boston, 17,5 % em Rochester, 24 % em Maryland e Washington. Wright, Kerr e Jacobs, em autópsias dos hospitais e dos serviços de justiça de 37 Estados, dos Estados Unidos, respeitantes a 5.313 pessoas, encontraram 16,1 % positivos às larvas de triquina, segundo técnicas apropriadas. Tendo analisado mais 6.618 trabalhos de outros investigadores, a incidência corrigida alcança 16,4 %. Isto significa que aproximadamente 1 de cada 6 norte-americanos se encontram infestados, posto que somente 4,5 % acusassem 50 ou mais larvas, por grama de amostra muscular.

Clinicamente, consideram-se, nos formas agudas, três fases : a 1.^a intestinal ou de incubação ; a 2.^a de generalização muscular ou migração , e a 3.^a de enquistamento das larvas.

O 1.^o período, habitualmente de sete a catorze dias, caracteriza-se pelos sintomas de irritação e inflamação do epitélio duodeno-jejunal, seguidos de bruscos sinais de indigestão, náuseas, vômitos, diarreia coleriforme, cólicas e suores profundos, durante 24 horas ou mais. Calafrios, com elevação de temperatura a 40°, 41° e, por vezes, exantema muscular ou maculo-papular do tronco e das extremidades.

A febre elevada que não existe em outra helmintfase, apresenta o tipo tifóidico ou dotientérico, segundo Brumpt, ou o tipo remitente, segundo Charles Franklin (7).

A rotura dos quistos e a libertação das larvas ocasiona os sintomas iniciais de indigestão, pelos produtos tóxicos de reabsorção, assim como a presença de fêmeas fecundadas na espessura da mucosa, à semelhança de outras parasitoses, daria lugar às perturbações intestinais.

No 2.^o período, correspondente à larvipostura, seguida de larvimigração, agravam-se os sintomas gerais, as dores reumatoides musculares, quer ligeiras, quer excruciantes, com os movimentos respiratórios, da mastigação, da deglutição e da fala.

O hemograma é característico : hipereosinofilia, leucocitose, linfopenia e ligeira mononucleose.

Já em 1897, Brown demonstrou que a hipereosinofilia era altamente sugestiva da triquinose.

(7) *Clinical Parasitology*, por Charles Franklin e Ernest Carrol Faust, 1945.

A eosinofilia encontra-se nos processos exsudativos e alérgicos, nas verminoses de toda a espécie, qualquer que seja a sua localização, em certas enfermidades cutâneas, na escarlatina, nas infecções blenorragicas, em certos tumores, em nefroses e algumas nefrites, no reumatismo muscular, na linfogranulomatose, na leucemia, na anemia perniciosa, nos infiltrados eosinófilos pulmonares, nos esplenetomizados e, acaso, na lepra, na tripanosomiase e na amibiase, nos convalescentes, etc.

Eis um quadro de Schilling em que se registam alguns elementos do hemograma e, designadamente, a eosinofilia :

Casos	Número de leucocitos	Eosinófilos	Linfocitos	Mono-citos
1 — Asma bronquial	14.000	10	43	3
Febre dos fenos	—	6	31	7
2 — Triquinose	10.900	17	18	5
Tricocef. dispar	8.400	11	30,5	14,5
Filariosis Loa	Aumento	67	12	4
3 — Penfigo foliac.	Hipoleuc.	12	24	9
Eczema	Normal	19	18	14
Prurigo Hebra	6.500	8	39	7
Exantema permict.	12.900	12	22,5	9
Micosis fungd.	Aumento	17	17	4
4 — Escarlatina, 3.º dia	11.760	5	16	6
5 — Anexite crónica	7.800	9	18	9
6 — Carcin. peritoneo	40.000	19	4	5
7 — Glomerulonefrite	—	8,5	27,5	9
8 — Reumatismo	6.900	7	27,5	8,5
Púrpura reumática	—	14	27	9
9 — Linfogranulomatose	17.750	7	12	0,5
Pleuresia tub.	Aumento	22	18,5	11,5
Sepsis beng crónica	6.600	6	52	8
10 — Leucémia	17.290	6,7	1,1	—
11 — An. perniciosa	11.800	17	15	8
12 — Esplenetomizados	8.430	29,5	40	7

O mielograma apresenta-se hiperplástico e com acréscimo de mioblastos.

Segundo Mc Naught, dá-se infiltração celular focal do miocárdio, de linfocitos, eosinófilos e polimorfonucleares, com necrose e fragmentação das fibras musculares, supõe-se que ocasionada pela migração das larvas. A miocardite é das mais sérias complicações, não sendo excepcional.

Raramente, têm-se observado trombo-flebitis, entero-tromboses e periarterites nodosas. A encefalite, a meningite, os distúrbios oculares, a diplegia, a surdez e o síndrome da esclerose lateral amiotrófica, podem verificar-se. Em metade dos casos, há chemosis conjuntival.

Se o doente não sucumbiu nas fases precedentes, dá-se o enquistamento das larvas (3.º período), com as expressões clínicas de caquexia, edema tóxico ou desidratação extrema.

A pressão sanguínea decai rapidamente em colapso.

Perturbações nervosas, tais como nevrites periféricas, deficiências da visão, reflexos demorados ou abolidos, insónia, alucinações, desorientação, delírio e encefalite. Cita-se um caso de hemiplegia direita definitiva.

O paciente pode sucumbir tanto pela toxémia e a miocardite de invasão larvar, como pelas complicações secundárias, pneumonia, peritonite, pleurisia ou nefrite.

A forma crónica dura meses e até muitos anos, quer primitiva, quer secundária. As dores reumatóides podem inspirar as pesquias.

Em países com forte incidência de triquinose, na maioria dos casos, apresentam-se formas frustes ou mesmo subclínicas e, com a idade, ocorrem as sobreinfestações. Consoante a densidade da infestação, assim a respectiva sintomatologia, aparatosa, atenuada ou nula, mas resta saber o que sucederia no período inicial da difusão ou o que poderá vir a suceder em população indemne como a nossa. O diagnóstico firma-se nos sinais de indigestão, seguidos de febre elevada, as mialgias, o edema das pálpebras, da face e da cabeça, «epidemia de grandes cabeças», segundo a feliz designação brasileira e os elementos laboratoriais.

O exame das fezes pode ser positivo durante o período intestinal ou de invasão.

A biopsia muscular do deltoide, do bicípide e do gastrocnémio, oferece a pista mais concludente, quando seja aceite pelos pacientes, utilizando-se o tratamento pelo suco gástrico, durante várias horas, a 37°, para digestão das fibras musculares, libertação e concentração das larvas.

Nas microfotografias que se publicam (Figuras 18, 19 e 20), o chouriço recolhido em Aranhas foi tratado no Laboratório Central de Patologia Veterinária, pelo processo dito, obtendo o chefe de serviço Dr. Alves da Cruz uma razoável concentração de triquinas.

A pesquisa de embriões no sangue, durante a septicémia larvar, mediante a diluição de 10 cm³ de sangue venoso em 100 cm³ de soluto de ácido acético a 30 %, seguida de centrifugação e exame microscópico do sedimento, entre lâmina e lamela, com ou sem Giemsa, tem sido uma ou outra vez coroada de êxito, mas é infiel.

Considera-se da maior aplicação prática a *Bachman intradermal reaction*, com antígeno diluído de 1/5000 a 1/10000, embora também positiva ao *Trichocephalus trichiurus*, mas na concentração de 1/500; e

desta sorte o extracto de triquininas é muito utilizado pelos médicos norte-americanos.

Podem utilizar-se precipito-reacções e reacções de fixação de complemento que vêm enunciadas em diversas obras.

Do 1.º tipo, é exemplo a R. de Sawitz e do 2.º, a de Ströbel. Bachman empregou para as do 2.º tipo, um antigénio preparado como para a precipito-reacção, concluindo não ser específica antes do 25.º dia após a inoculação em animais de laboratório.

O diagnóstico diferencial pode propôr-se com a cólera, o brightismo, a febre tifóide e a febre reumática.

Conta, em um dos seus artigos, o Dr. Silva Amado que tendo o abalizado Professor Dr. Cunha Viana observado um caso agudo de triquinose, num hospital da Alemanha, confessava «que julgaria ter visto um caso de febre tifóide, se não conhecesse o resultado do exame microscópico dos músculos de outros indivíduos que, tendo comido da mesma carne, tinham sido atacados ao mesmo tempo, e tinham sucumbido». O diagnóstico laboratorial da febre tifóide, pela hemocultura de Kaiser e a R. de Widal, está ao alcance de toda a gente.

A primeira hipótese de diagnóstico da doente do Hospital de Castelo Branco, foi o brightismo, mas uma análise sumária de urinas facilmente o eliminou.

Na triquinose não há aumento da velocidade de sedimentação como na febre reumática.

Não se conhece tratamento etiológico ou específico da triquinose, apesar do relativo sucesso na redução do número de larvas musculares dos ratos de laboratório, pela administração de sulfanilamida e fenotiazina.

O alimento butolan da casa Bayer, segundo Someren, conseguiu reduzir a quantidade de vermes nas paredes intestinais.

Salzer sugeriu o soro de convalescente, colhido a partir do 23.º dia da doença, como desintoxicante e sem efeitos profilácticos.

O emprego do timol, do feto macho e dos antelmínticos habituais, pode conceber-se de alguma utilidade na expulsão dos parasitas adultos do intestino. Aconselham-se as terapêuticas sintomáticas da exoneração intestinal, alcalinização, vigilância das funções miocárdica e renal, os estimulantes cárdio-respiratórios, as injeções hipodérmicas de soros iso e hipertónicos contra a desidratação.

O emético intra-venoso, tem sido utilizado na fase septicémica larvar (1 c.c. da solução de emético a 2 %, o 1.º dia ; 2 c.c. no dia seguinte ;

3 c.c. no imediato), provocando a defervescência e abolindo as dores musculares.

A tripaflavina não forneceu resultados encorajantes.

Goza do maior prestígio, como tratamento de escolha, o emprego de Gluco-cálcio a 20 ou 30 % (Lilly) que produz euforia, alívios musculares e apirexia. Ensaiado contra as dores paroxísticas dos músculos abdominais, produzidas pela picada duma aranha americana (Blackwindow), logrou efeitos surpreendentes, depois do insucesso dos opiáceos, e igualmente os dá na triquinose humana, ao fim de 6 a 8 injeções, como também se observou nas doentes de Aranhas.

O estudo da zoonose demonstra a intervenção de dois hospedeiros para completo ciclo vital do entozoário, posto que adultos e larvas coexistam no mesmo hospedeiro. A triquinose humana, porcina e murina, são três elos inseparáveis da mesma cadeia epidemiogénica.

É normalmente propagada pelos ratos pretos e cinzentos que infestam secundariamente o porco, o javali, o urso, gatos, cães, mangustos e, mais raramente, as galinhas, todos animais omnívoros e coprófagos.

A triquinose murina é a mais decisiva na disseminação. Animal muito susceptível, o rato morre da infestação e é facilmente devorado pelo porco.

A triquinose porcina acompanha a triquinose humana, mas o seu interesse fiscal, conforme anota o Prof. Senevet, depende da extensão da epizootia: 100 doentes infestados por um só porco, podem oferecer menor interesse do que 10 doentes por dez porcos diferentes (8).

O contágio humano provém da ingestão de carne triquinada, crua ou insuficientemente assada e cozida, em qualquer das suas formas.

Como em outras doenças contagiosas, destaca-se entre os meios profilácticos, a educação higiénica, a difusão dos perigos da infestação para a saúde e a vida, e ainda quando se não apresente sob formas mortais, assim mesmo oferece também a maior importância pelas sequelas miocárdicas, musculares, etc.

As vantagens da destruição dos ratos e a conveniente edificação de pocilgas devem levar-se ao perfeito conhecimento dos meios rurais, tarefa nada fácil onde campeiam o analfabetismo, a incompreensão e a rotina, e em que a criação de porco doméstico faz parte do ambiente familiar e tradicional.

A destruição das carcassas e vísceras dos porcos criados «à pia» e a eliminação dos restos de carne crua, são práticas de boa hygiene.

(8) *Trichinose* por G. Senevet, in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.

A infecção pre-natal pelas porcas criadeiras não tem sido admitida, posto que Roth a provocasse experimentalmente no feto da cobaia.

As importações alimentares da Alemanha, da Espanha e da América do Norte e do Sul, de carnes salgadas, apimentadas ou defumadas, de enchidos ou ensacados, a sua proibição ou, pelo menos, a observação sistemática ao triquinoscópio, são medidas a considerar, assim como a vigilância da carne de porco, nacional e colonial.

Sabe-se como a salmoura actua principalmente sobre as triquinas periféricas, sendo illusória a acção do fumeiro e da congelação, sem instalações frigoríficas dispendiosas. O frio somente é eficaz a 15° C. negativos, durante mais de cinco dias.

É mais eficiente a acção do calor, desde que a carne seja uniformemente assada ou cozida e não como habitualmente se prepara nas cozinhas. Fjord estabeleceu a cozedura eficaz da carne de porco com a duração de 36 minutos.

Os ensaios de tratamento pelos raios X reduziram apenas ligeiramente a vitalidade das triquinas.

O uso de carnes, não fiscalizadas, clandestinas, tanto industriais como particulares, salgadas, apimentadas, defumadas ou cruas, pode atingir grande número de consumidores. Mas essa fiscalização necessita de inaugurar e generalizar técnicas novas, aliás, de fácil aprendizagem e execução.

A profilaxia humana é essencialmente um problema de sanidade pecuária e de higiene da alimentação.

*
* *

E eis-me no final desta digressão, em que muito e muito fica por dizer. Em consideração à raridade do assunto, relevem-me os Ex.^{mos} Colegas o uso e o abuso com que afrontei as balizas do comedimento e da justa medida, no tempo e na paciência com que me escutaram.

O surto de triquinose humana do distrito de Castelo Branco, em concelho raiano e confinante das províncias espanholas de Cáceres e Salamanca, tanto pode ser de importação recente, como o epifenómeno da enzootia em marcha, o que não se pôde até agora averiguar, mas deverá ser objecto de pesquisas adequadas, se não escassearem os meios técnicos de que ainda não dispõe a produção nacional. Talvez que dentro de algum tempo seja possível chegar a esclarecer esta deficiência.

Em qualquer dos casos, dá-se o alerta, para que em tempo conveniente se tomem as precauções necessárias.

Nenhuma entidade mais qualificada do que a *Sociedade das Ciências Médicas* para fazer repercutir no interesse científico e na curiosidade profissional dos colegas de todo o País e, até, além da nossa classe, entre os veterinários, visto que igualmente respeita à patologia humana e à pecuária.

A numerosa e distintíssima assembleia de médicos e Professores de Medicina, aqui reunida, a presença de Professores da Escola Superior de Medicina Veterinária e de médicos veterinários que igualmente se dignaram escutar-me, evidencia, desde já, o interesse despertado em volta do assunto.

E se não tivesse plena consciência do demérito desta exposição, desejaria acrescentar que sem a especial competência dos médicos assistentes da doente enunciada em primeiro lugar, Drs. Ramos Proença e Seabra de Almeida, além da analista D. Maria do Carmo Cavalheiro, e sem os meios técnicos com que se encontra dotada pela Direcção Geral de Saúde a sua Delegação de Castelo Branco, não haveria sido possível a investigação descrita.

JOSÉ LOPES DIAS

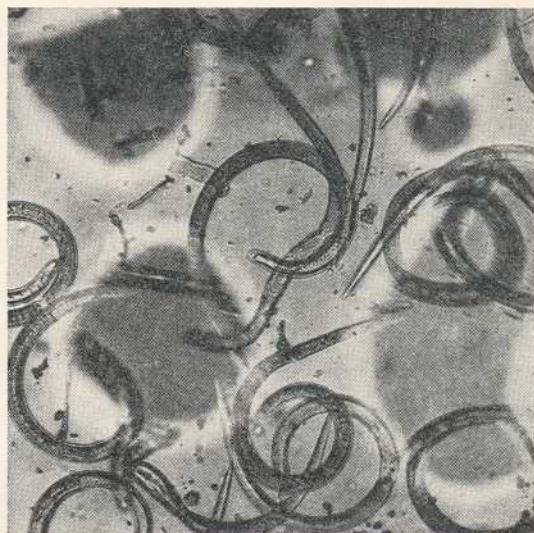


FIGURA 18
Embriões de *T. spiralis* Metapbot. Bush. Obj. 6: Oc. 5

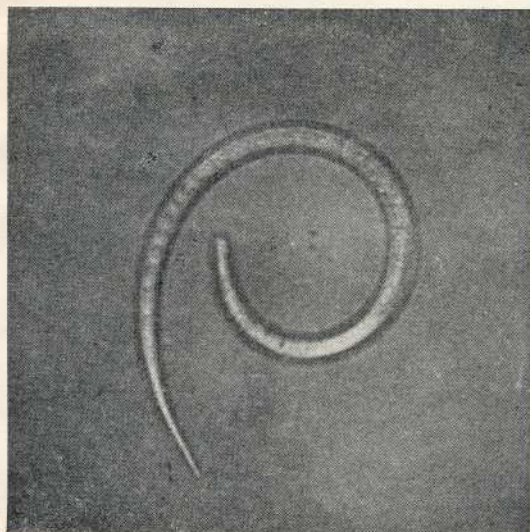


FIGURA 19
Embrião de *T. spiralis* Metapbot. Bush.
Obj. 11: Oc. 5

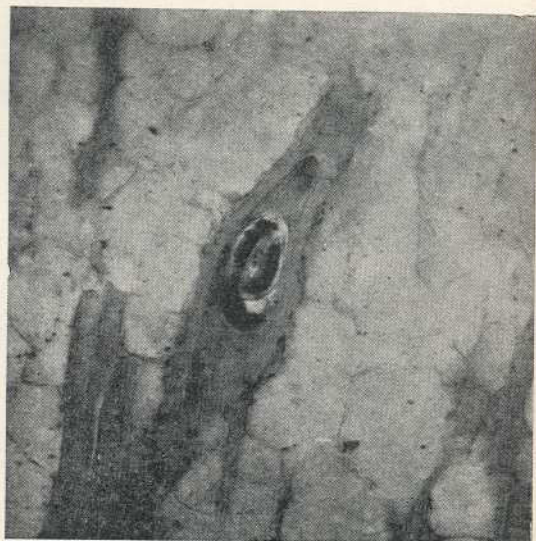


FIGURA 20
Corte histológico de enchido, mostrado um quisto
contendo *T. spiralis*

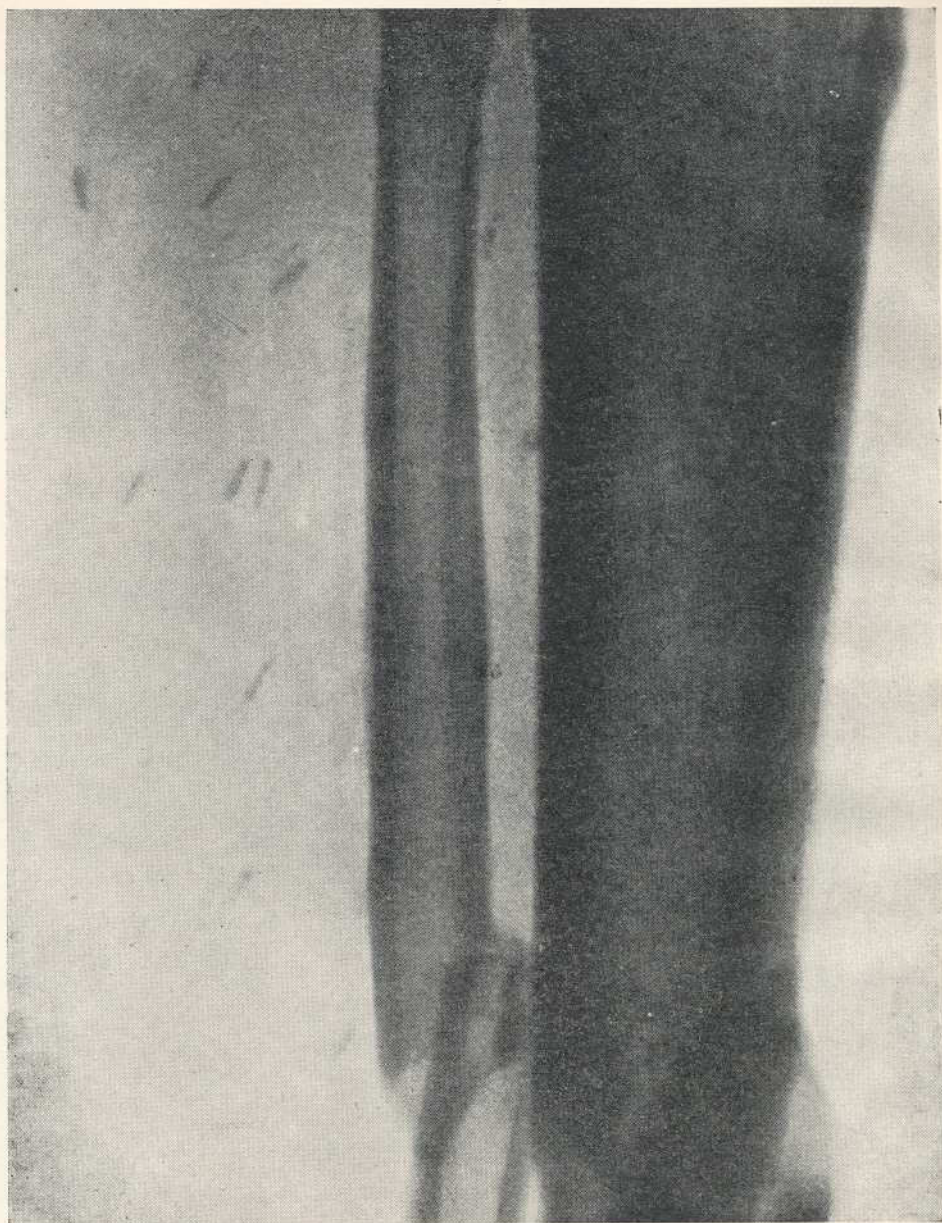


FIGURA 21

UMA SURPRESA RADIOGRÁFICA

Ao observar a radiografia duma fractura, aparecem manchas consideradas como de quistos de *Triquina spiralis*.

(Radiografia do Dr. Covas Lima)

Àcerca da triquinose em Portugal

A triquinose porcina em Aranhas, no concelho de Penamacor

Comunicação à **Sociedade Portuguesa de Medicina Veterinária de Lisboa**, em 9 de Maio de 1951.

Há já 46 anos que na Sociedade Portuguesa de Medicina Veterinária se não apresenta qualquer trabalho sobre triquinose. Ao elaborar este escrito verifiquei que vários casos de triquinose ocorridos até 1904 foram presentes a esta Sociedade. A tradição mantida até essa data quebrou-se, teve uma solução de continuidade. Conhecem-se outros casos. Reatando essa tradição faço breve resenha das ocorrências verificadas entre nós e com elas a mais recente registada em terras da Beira há bem pouco tempo.

As notas que vão seguir-se foram coligidas sucintamente (*). Todavia, elas permitem fazer uma ideia da distribuição desta tão grave doença que desde os tempos passados constituiu sempre preocupação dos povos.

A triquinose é assinalada por todo o mundo. Na Alemanha é frequente. Junach (1) reuniu os resultados da inspecção triquinoscópica do Matadouro de Berlim desde os anos de 1883 a 1923 em 27.190.493 porcos abatidos, em 40 anos, aponta 4.337 — 0,015 % — portadores de triquina.

(*) Ao Ex.^{mo} Sr. Dr. Fernando da Silva Correia, Director do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, renovamos os nossos penhorados agradecimentos pelas valiosas indicações que se dignou fornecer àcerca da pesquisa bibliográfica referente aos casos de triquinose humana e muito particularmente pela honra com que nos distinguiu convidando-nos a realizar no VII Curso de Aperfeiçoamento dos Delegados de Saúde uma palestra àcerca da triquinose levada a efeito na sessão de trabalhos do dia 19 de Maio de 1951 e na sede do referido Instituto.

A percentagem dos casos anuais é variável ; foi particularmente elevada em 1918.

Desde 1881 a 1921 registaram-se 85 casos de infestação em carnes não inspeccionadas procedentes de outras zonas ; ocorreram oito mortes e, afirma o autor, que a supressão da inspecção colocava a população perante um grave perigo, como sucedeu em Hanover em 1887, onde mais de 400 pessoas foram atingidas, tendo morrido 40.

A nossa vizinha Espanha é apontada entre os países que têm frequentes casos de triquinose. Embora não seja possível dar elementos de estatística pormenorizados, elaborámos um pequeno quadro com os obtidos da consulta do «Office International des Epizooties».

ANOS	CASOS
1940	233
1941	233
1942	122
1943	203
1944	201

Em França, a epidemia de Crepy, em Valois, é a única assinalada em 1878 proveniente do consumo de carnes de procedência americana.

A Holanda (2) julgada indemne de triquina foi alarmada em 1912 por uma importante epidemia. As observações de 5.000 porcos denunciaram a cifra de 0,1 % de infestações e os exames feitos em ratos capturados no Matadouro de Haarlem foram positivos.

Quanto à Argentina, os dados constam do pequeno quadro que vem a seguir (3) :

ANOS	SUÍNOS ABATIDOS	% T. spiralis
1930	358.140	0,13
1931	363.293	0,087
1932	378.357	0,09
1933	408.096	0,13
1934	292.830	0,14

A triquina no Chile é um problema de certa importância sanitária. Martinic estudou 48 casos humanos desde 1935 a 1942. Observações efectuadas em 200 cadáveres revelaram 13,7 % de casos positivos. Neghme e Martinic dão conta de outras ocorrências — Concepción e Talcahuano — a primeira de 1915 com 60 casos humanos e a segunda com 280 (4).

Na América do Sul e Central a doença é frequente.

Na cidade do México, Nunez e Mazzoti, em 1948, demonstraram em felinos a presença de parasitas em 25 % dos animais (5).

No Instituto Veterinário Norueguês examinaram-se de 1940 a 1947, 94.959 raposas e 4.488, ou seja 4,7 %, estavam infestadas. Não menos elucidativas e de interesse são outras pesquisas efectuadas, que a seguir se discriminam (6) :

ESPÉCIES ANIMAIS	Número	CASOS POSITIVOS	
		T. spiralis	%
Raposas vermelhas selvagens	125	28	22,4
Texugos	3	2	66,7
Gatos	41	7	17
Cães	1.295	2	0,2
Ratos	84	33	39

O gado suíno na Bulgária apresenta a cifra de 3,24 % de infestações e na Roménia a de 0,158 (7).

A triquinose na Suécia está muito espalhada. M. Hermansson, em 1943, encontrou em 7.025 raposas de criação, 270 portadoras de triquinas (3,8 %) (8).

Desde 1930 que não se observam porcos infestados no Matadouro de Copenhague. São curiosas as verificações levadas a efeito num exame global das espécies seguintes : (Animais produtores de peles de abafa, cães e gatos), num total de 8.577 e em 1.196 ratos. As triquinas só foram encontradas num felino e num rato do porto de Copenhague (9).

Na Rússia, onde a triquinose é enzoótica, 2,6 % (10) dos porcos são considerados infestados. Merkuscheff refere que os felinos de certas zonas apresentam elevada cifra de infestação (28,5 %) (11) e o porco contrai muitas vezes a triquinose pela ingestão dos cadáveres dos gatos. Em Varsóvia, Gronek aponta nos gatos 20 % e nos cães 4,6 %.

Na reunião dos helmintólogos, em Moscovo, na sede do Instituto Tropical, de 8 a 11 de Abril de 1930, afirmava-se : «A cisticercose e a triquinose em via de progressão nítida em alguns territórios da Rússia Branca, Ucrânia e Cáucaso septentrional, impõem que se tomem em séria consideração».

Nos Estados Unidos, em 1948, Cross e Allen registaram em Chicago as seguintes percentagens : 21,6 % em felinos e 17 % em caninos. Em Boston cifram-se por 4 a 5 % os porcos infestados (Billings), em Chicago (12) 8 % (Belfield e Atwood) e em 27 % (Salmon).

Em necrópsias humanas verificou-se 17 % de infestações sem observação de sintomas de triquinose durante a vida (13).

Nas ilhas Neerlandesas a triquina foi assinalada a partir de 1930 nos suínos indígenas criados pelos Bataks. Nas observações efectuadas no Matadouro de Médan (Sumatra) verificou-se em 68 animais 9 casos positivos (14).

Na Austrália e na Ilha de Haway há referência da triquinose porcina computando-se em 15 % os animais sacrificados que apresentavam quistos.

Na Argélia, no Egipto e África Oriental, a triquinose tem sido também assinalada, assim como no Continente Asiático, na China e Índia. Cita-nos Brumpt, que um macaco espontaneamente infestado ocasionou uma epidemia de triquinose na Síria; porém, há poucos anos, nova epidemia grassou mas desta vez provocada por carne de porco (1942).

E em Portugal? A triquinose é apontada desde longa data (1881); todavia pouco se sabe acerca da sua história.

Era nosso propósito procurar subsidiar este assunto com a maior soma de elementos. Não tivemos tempo para nos debruçar sobre os escritos do passado, como gostaríamos de o fazer, nem a urgência do caso que pretendíamos trazer a esta Sociedade se compadecia com trabalho tão moroso e tão longo. Voltaremos mais tarde a ocupar-nos desta matéria. Agora pretendemos apenas chamar a atenção da classe médico-veterinária para mais um caso de triquinose porcina que adiante relataremos descrevendo sucintamente os outros já apontados.

Ao tempo de 1881, em terras da Beira, concelho de Sabugal, grassou uma epidemia que se atribuiu à ingestão de carne de porco vinda de Espanha. José Anastácio Monteiro, então Intendente de Pecuária da Guarda, encontrou numa das amostras de carne de porco, a *Trichina spiralis*. Nunca descobriu o parasita em gado suíno nacional.

O folheto intitulado «Breves considerações acerca da Trichinose apresentadas à Junta de Sanidade Pecuária do Distrito de Lisboa» pelo Intendente-Chefe da 7.^a Região Pecuária — Dionysio António Saraiva — data de 3-3-1890, nele se refere que a epidemia grassante no distrito da Guarda em 1881 vitimou trinta e tantas pessoas (15).

O caso de triquinose humana observado pelo Dr. J. J. da Silva Amado no Hospital de S. José, em Abril de 1867, foi o de um professor de instrução primária que tinha exercido em Almodôvar mas que havia 18 meses que recolhera àquele Hospital para se tratar da reprodução de um cancro epitelial. Consta nunca ter saído do País e ter vivido sempre no Alentejo (16).

A volta deste achado deu-se não só expectativa mas até emoção. Perante individualidades de grande relevo na vida da Nação a 21 de Agosto de 1867 foi apresentado na Sociedade de Ciências Médicas. Assistiram : membros da Real Associação de Agricultura ; o Conselho de Saúde Pública do Reino e Professores do Instituto Agrícola onde então se cursava Veterinária (17).

Outro caso assinalado foi, em 1890, o de um galego, Romão Vilas, que morreu no mesmo Hospital de uma gastrite sub-aguda em que os quistos triquínicos já tinham sofrido alterações. Este não o apontou o Ex.^{mo} Sr. Dr. José Lopes Dias na sua brilhante comunicação feita na Sociedade de Ciências Médicas em 24 do mês último e intitulada *Epidemica de triquinose humana, em Aranhas, no concelho de Penamacor* e donde extraímos alguns dos que passamos a referir : o de uma médica que contraiu a doença (Prof. Cabeça) ; o de uma doente operada pelo Prof. Francisco Gentil em 1 de Maio de 1914, onde o Prof. Parreira encontrou quistos de triquina nos fragmentos musculares do grande peitoral e grande dentado ; o de uma doente falecida no Hospital Escolar : M. A., 46 anos, criada de servir, entrada em 21 de Novembro de 1915 e falecida em 19 de Dezembro do mesmo ano.

«Os músculos do torax peitorais, intercostais, etc., e os rectos do abdomen apresentam disseminadas entre as fibras umas vesículas de cor amarela esbranquiçada e que examinadas histologicamente em preparação fresca revelaram todos os caracteres dos quistos triquinoscópicos. Não se encontram quistos em que falte o parasita (18).»

Além destas ocorrências há notícia dos casos do Dr. Miguel Mendes Alves observado em pessoas de Celorico de Basto em 1944 ou 1945 ainda não publicados e outros ao que parece observados em Portalegre e em Coimbra, estes últimos segundo nos informaram, em pessoas da região da Beira Baixa.

O escrito do Dr. Agueda Ferreira *Trichina Trichinose e sua Prophylaxia* (19) insere uma estatística curiosa, adiante relatada, das reses suínas de diversas procedências abatidas no Matadouro Municipal de Lisboa, desde os anos de 1890 a 1900 e das inutilizadas por triquinose. Acerca do abate dos suínos na Capital reinava a maior desordem.

Em Lisboa fazia-se a matança dos porcos por todo o lado fora da alçada da mais precária inspecção. As tentativas do Inspector, mais tarde Professor da Escola de Medicina Veterinária, Joaquim Sabino Eleutério de Sousa e do vereador Guerra Santos, eram orientadas no sentido de pôr termo a este estado de coisas (20).

Iniciadas em 1879, só no ano de 1885 pôde verificar-se, como o aponta o Prof. Godofredo da Silva Santos, *certa regularidade na chacina obrigatoria do gado suíno com destino ao consumo de Lisboa, em matadouro apropriado.*

O exame triquinoscópico passou a realizar-se sitemáticamente por alturas de 1889-1900.

A 27 de Novembro de 1891, Júlio Pimenta Rodrigues, ao tempo preparador de análises microscópicas e mais tarde Inspector dos Matadouros, registou a presença de larvas de triquina num animal abatido em Lisboa, oriundo de Espanha, que, conforme averiguado, foi engordado em Portugal, na outra margem do Tejo para as bandas de Caparica.

A 2 de Novembro de 1894 o mesmo autor assinala num suíno de procedência espanhola um outro caso.

A volta dos acontecimentos manifestou-se certo alvoroço e alarme, dando estes factos origem a que a Direcção Geral de Agricultura tomasse providências, do que resultou a promulgação das disposições legais que ainda hoje nos regem. Como é do conhecimento de todos, a triquinose está incluída, a partir de 10 de Janeiro de 1895, no grupo das doenças que exigem as providências sanitárias prescritas no Regulamento Geral de Saúde Pecuária.

Para intensificar as pesquisas triquinoscópicas, a Câmara Municipal de Lisboa contratou novo analista e os exames que à data eram de 2 a 4 por cada suíno, passaram a 4, 8, 12 e mais, principalmente nos espanhóis.

Desde a publicação deste diploma até ao ano de 1897, não há notícia de qualquer caso de triquinose. Nesse mesmo ano, a 4 do mês de Novembro, Pimenta Rodrigues assinala o terceiro em porco espanhol e de acordo com a estatística que se insere no quadro I, nova ocorrência da mesma origem se aponta em 26 de Novembro de 1897.

Decorrem 3 anos e a 11 de Novembro de 1900 Godofredo da Silva Santos regista uma ocorrência, seguindo-se outra de Pimenta Rodrigues um mês depois — 1 de Dezembro de 1900. Os casos verificados por estes Inspectores foram em suínos de procedência espanhola.

Na acta da Sessão Extraordinária de 25 de Janeiro de 1902, da Sociedade Portuguesa de Medicina Veterinária, lê-se assim :

«O Sr. Sabino de Sousa pede a palavra para dizer que soube pelos jornais que se observou um caso de triquinose numa porca que foi submetida a despacho na Delegação Aduaneira do Cais do Sodré e portanto pede ao Sr. Paula Nogueira, que é o fiscal sanitário dessa Delegação, que elucide a Assembleia sobre este importante facto.»

Quadro I

Quadro estatístico das rezes suinas, de diversas procedencias, abatidas no Matadouro Municipal de Lisboa

ANOS	PROCEDENCIAS						RESES ABATIDAS			
	Alentejo	Algarve	Espanha	Inglesa	Terra	Total	Aprovadas para consumo	Inutilizadas por vários motivos	Inutilizadas por triquinose	Total
1890	10.320	—	—	392	2.918	13.238	13.234	4	—	13.238
1891	11.780	—	—	125	2.055	14.227	14.224	2	1 (a)	14.227
1892	11.140	—	—	364	2.552	13.817	13.814	3	—	13.817
1893	12.192	—	—	243	1.457	14.013	14.012	1	—	14.013
1894	11.865	—	—	—	3.037	15.145	15.142	2	1 (b)	15.145
1895	13.700	—	251	288	2.259	16.498	16.496	2	—	16.498
1896	11.117	—	502	218	3.727	15.564	15.561	3	—	15.564
1897	13.050	—	252	—	4.226	17.528	17.516	11	1 (c)	17.528
1898	11.402	130	395	97	4.500	16.524	16.517	7	—	16.524
1899	12.909	71	—	85	4.860	17.925	17.923	2	—	17.925
	119.475	201	1.400	1.812	31.591	154.479	154.439	37	3	154.479

OBSERVAÇÕES

- (a) Porco alemtejano, engordado no Monte de Caparica com residuos de uma fabrica de distillação d'aguas-ardentes (27 de Novembro de 1891).
- (b) Porca alemtejana, que fazia parte de uma partida trazida d'Ourique, para o sitio do Moinho Novo onde foi engordada a milho (2 de Novembro de 1894).
- (c) Porco de procedencia hespanhola (26 de Novembro de 1897).

Terminados os trabalhos, Paula Nogueira informou depois que procedendo à Inspeção de uma porca alentejana, vinda de propriedades que confinam com a Espanha, a encontrou inçada de triquinas. Este animal foi comprado no mercado de Évora.

Romão P. Ramalho (21) então Intendente de Pecuária, realizou muitas inspeções triquinoscópicas em carnes de suíno ; examinou 704 ratos capturados nas proximidades, mesmo em malhadas de porcos e em pocilgas vizinhas dos Matadouros, não encontrando triquinas. Curiosa e digna de registo foi a acção deste veterinário que conseguiu que mais de metade das Câmaras Municipais do distrito adquirisse triquinoscópios e montasse o serviço com pessoal habilitado por ele.

Em 10 de Novembro de 1902 mais um caso de triquinose num suíno de origem espanhola engordado em Portugal, em Alpalhão, do concelho de Nisa, e abatido no Matadouro de Lisboa.

Na acta da Sociedade Portuguesa de Medicina Veterinária, de 6 de Dezembro de 1902, volta a ler-se : «O Sr. Pimenta Rodrigues comunicou à Sociedade que em 30 de Novembro último, se encontrou no Matadouro de Lisboa um novo caso de triquinose num porco vindo de Espanha.»

Em 16 de Janeiro de 1903 novo caso se regista igualmente no Matadouro Municipal de Lisboa num suíno vindo de Espanha comprado em feira no Alentejo.

Na sessão ordinária de 3 de Fevereiro de 1903, da Sociedade Portuguesa de Medicina Veterinária, Agueda Ferreira comunica que estando em serviço oficial na inspecção sanitária da Delegação de Santa Apolónia, com o colega Paredes, encontrou em 31 de Janeiro daquele ano, um resunto invadido por triquinas. A remessa era proveniente de Barca de Alva e o suíno abatido em Figueira de Castelo Rodrigo. A Intendência de Pecuária de Lisboa conserva uma lâmina.

Acerca deste caso coube ao Intendente de Pecuária de Vila Real, Daniel dos Santos Almeida, o ter procedido à inspecção da carne de porco da região. Averiguou-se que o animal fora adquirido pelo Dr. Vilhena que o comprou à marranzeira Josefa Nunes e dele somente restava uma pequena porção de fumeiro que foi inutilizado. Não encontrou através os exames realizados nas amostras de carnes desta zona qualquer infestação (22).

Em 24 de Dezembro de 1903, num suíno abatido no Matadouro de Lisboa e de procedência espanhola, regista-se o último caso do ano.

No ano de 1904 marcaram-se os seguintes casos no Matadouro de Lisboa :

Em 16 de Janeiro de 1904 duas porcas de origem espanhola engordadas

em Malpica do concelho de Castelo Branco ; um dia depois — 17 de Janeiro de 1904 — o de uma porca, da terra ou saloia, criada e adquirida em Santo António do Tojal do concelho de Loures.

Só a partir desta data é possível concluir pela existência de triquina no nosso gado suíno, embora Pimenta Rodrigues suponha que a sua primeira ocorrência pudesse ser de porco português.

Informou-me o Director do Matadouro Municipal de Lisboa, Dr. Filipe Morgado Romeiras, que foram registados mais os seguintes casos : um, em 1907, uma porca alentejana, abatida em 24 de Dezembro daquele ano, pertencente ao lavrador Fernando Garcia — Amareleja — concelho de Moura ; um em 1908 ; dois em 1920 e outro em 1928 o último que consta ter sido observado. Acerca destes casos não há mais elementos.

Cite-se, porém, que durante o intervalo de tempo de 1910 a 1916, segundo se depreende da comunicação do Prof. Parreira e pelos dados insertos por este autor, num total de 142.970 suínos abatidos no Matadouro Municipal de Lisboa foram rejeitados por triquinose mais 22 animais, referindo-se mais no tocante a procedência, que eram de Espanha (Badajoz, Cáceres, Valência de Alcântara e Coína) e que alguns dos porcos foram engordados em Moura e Penamacor.

Silva Leitão, Lino de Sousa e Borges Ferreira (23) efectuaram em 1945 pesquisas em 13 cadáveres humanos ; 16 suínos do Matadouro Municipal de Lisboa e 24 murídeos capturados neste Estabelecimento, tendo os exames resultado negativos. Estes foram os elementos que até à data, foi possível colher sobre a triquinose.

Chegou a altura de comunicar o caso que observámos : em Março deste ano deu entrada no Laboratório Central de Patologia Veterinária, enviado de Castelo Branco pelo Intendente de Pecuária, duas unidades de enchido (paio regional) suspeito de triquina.

Os exames efectuados permitiram reconhecer imediatamente a presença de numerosos quistos de *Trichinella spiralis*. Era forte a infestação das massas musculares, o que confirmámos depois pelo método de Splender do Departamento de Indústria Animal dos Estados Unidos da América.

Retirámos do enchido diferentes porções de músculo que lançámos em máquina de moer carne. Pesámos 50 grs. do produto depois de moído, deitámo-lo em frasco contendo 600 c.c. de água destilada, 2,5 grs. de pepsina e 5 c.c. de ácido clorídrico. Agitou-se cuidadosamente todo o conteúdo e em seguida colocado na estufa a 37° C, onde permaneceu 18 horas, tendo, durante este período, sofrido apenas uma agitação. Decorrido o tempo, decantámos metade do líquido e voltou-se a perfazer o volume inicial com a adição de água destilada estéril. O conteúdo lan-

çou-se num copo cónico, deixou-se repousar cerca de 2 horas, tendo depois procedido à decantação de todo o líquido e ao exame do sedimento, onde verificámos algumas centenas de embriões de triquina. (Figs. 18, 19 e 20).

Está averiguado que o porco era propriedade de Manuel Vaz «O Chornico» da freguesia de Aldeia do Bispo, concelho de Penamacor. A mãe foi comprada numa quinta vizinha da Capela da Senhora do Incenso, próximo de Penamacor, e tivera nove bácoros numa ninhada, sete dos quais foram vendidos e os dois restantes criados em regime misto na propriedade conhecida por Moreirinha, da freguesia e concelho de Penamacor. Foram ambos vendidos em 12 ou 14 de Janeiro deste ano para as Aranhas e o que apresentou a infestação foi aquele que o Sr. Capitão Rebelo abateu para seu consumo particular. Das pessoas que ingeriram carne deste animal adoeceram Iria de Jesus, Rosa Neves, Maria Neves, Luísa Adão, Maria do Céu e Maria Emília, todas da freguesia de Aranhas. As pessoas que comeram carne do outro suíno nada apresentaram.

É, pois, o caso mais recente de triquinose encontrado em gado suíno nado e criado em Portugal.

Já não nos podemos embalar com o cómodo conceito de que não há triquina no gado suíno nacional. Não há certamente porque não se pesquisa. É indispensável, é urgente estender a prática do exame triquinoscópico a todos os concelhos do País. Contemplar este problema é grave e mais grave ainda são os riscos que pode correr a Saúde Pública.

A classe Médico-Veterinária a quem cabe uma das mais dignificantes missões a cumprir, zelando pela integridade dos produtos alimentares de origem animal para consumo tem que dar ao País a tranquilidade necessária perante este problema, reclamando para si a sua franca solução que é simultaneamente exigida pela saúde pública no próprio interesse nacional.

Trabalho dos Serviços de Parasitologia do Laboratório C. P. V.

ANTÓNIO ALVES DA CRUZ

R É S U M É

L'A. trouva «Trichinella spiralis» dans la viande de porc. Cinq personnes sont devenues malades par l'ingestion de viande fraîche de porc.

S U M M A R Y

The A. found «Trichinella spiralis» in pork meat. Five persons became ill on account of that meat.

BIBLIOGRAFIA

- (1) JUNACH — Les résultats d'inspection trichinoscopique aux abattoirs de Berlin pour la période de 1883 à 1923. — Revue Gén. de Médecine Vétér. — N.º 391, Pág. 398 — 1924.
- (2) BOHN — Trichinose en Hollande — Rev. Gén. de Méd. Vét. — N.º 284, Pág. 421, 1914/15.
- (3) (4) — PINTO (CÉSAR) — Doenças infecciosas e Parasitárias dos Animais Domésticos — Rio de Janeiro, 1941.
- (5) (6) (8) (9) (10) (11) — Off. Int. Epiz. — Anos 1944-1945 e 1950.
- (7) (12) BRUMPT (E.) — Précis de Parasitologie — Paris — 1949.
- (13) Aspectos para la inspección de carnes — Revista Ganadera — Ano III — 1945.
- (14) VISSER et NAAP (Raden Abdoen) — Trichinez chez les porcs aux Indes Néerlandaises — Rev. Gén. de Méd. Vét. — N.º 468, Pág. 771.
- (15) SARAIVA (DIONYSIO ANTÓNIO) — Breves considerações acerca da Trichinose — Imprensa Nacional — Lisboa, 1900.
- (16) Noticiário: Sobre Trichina e a Trichinose — Escholiaste Médico — N.º 329 15-IX-1868, Pág. 305.
- (17) DIAS (JOSÉ LOPES) — Epidemicula de triquinose humana em Aranhas, no concelho de Penamacor — Comunicação à Soc. Cienc. Méd., Lisboa.
- (18) PARREIRA (HENRIQUE) — Comunicação à Sociedade das Ciências Médicas — Med. Contemporânea — Ano XXXIV — N.º 11, Pág. 82 — 1916.
- (19) FERREIRA (A. ÁGUEDA) — Trichina e Trichinose e sua Prophylaxia — Lisboa — 1900.
- (20) SANTOS (GODOFREDO DA SILVA) — A Trichinose em Portugal — Rev. Méd. Vet. — Ano I, N.º 1, 1902.
- (21) RAMALHO (ROMÃO P.) — Harmonias e Antagonismos Higiénicos — Rev. de Med. Vet., Ano III, N.º 28 — 1904.
- (22) ALMEIDA (DANIEL DOS SANTOS) — A Trichinose — Várias considerações — Rev. de Med. Vet. — Ano II, N.º 14 — 1903.
- (23) LEITÃO (J. L. DA SILVA), SOUSA (J. M. LINO DE) e FERREIRA (L. D. BORGES) — Pesquisa de *Trichinella spiralis* pelo método de Splender — Repositório de Trabalhos do Laboratório Central de Patologia Veterinária — Vol. VI — Lisboa, 1945.

1868

Algumas palavras a propósito de um caso de triquinose observado em Lisboa

Tendo o caso de triquinose, que observei no hospital de S. José, suscitado, na imprensa, considerações variadas e algumas menos exactas, pareceu-me que poderia ser útil fazer algumas reflexões sobre as circunstâncias em que se tinha achado o indivíduo, em que se encontraram os parasitas, assim como a respeito da importância que este facto deve ter em hygiene, aproveitando a ocasião para referir alguns factos relativos à triquinose que são hoje do domínio da ciência, e terminarei por indicar os meios preventivos que se têm posto em execução, nos países onde existe esta doença, ou onde se receia que ela se desenvolva.

O homem, em quem se encontraram as triquinas, tinha cincoenta e nove anos de idade, era natural de Vila Viçosa, distrito de Évora, residiu em Odemira e últimamente em Almodóvar, distrito de Beja. Não consta que alguma vez saísse do país, e muito menos que fosse viajar à Alemanha (1) : era destituído de bens de fortuna, e por isso foi recebido no hospital de S. José, como pobre.

Viveu a maior parte do tempo no Alentejo, onde exercia últimamente as funções de professor de instrução primária ; cursou, quando rapaz, a faculdade de direito da universidade de Coimbra, tendo alguma dificuldade em concluir os estudos (2).

(1) Um anónimo de Vila Viçosa afirma que o homem a que nos referimos esteve emigrado três anos, regressando em 1835; mas além de não ser ponto bem averiguado, acresce que se não diz que o falecido tivesse estado na Alemanha, ou noutro país, onde a triquinose seja endémica.

(2) O anónimo de Vila Viçosa diz que este homem não concluiu o curso de direito; entretanto é certo que o doente, no acto da admissão no hospital, declarou que era bacharel em leis, e como tal está registado no boletim clínico; além disto muitas vezes em conversa afirmava que era formado, e que advogara em diferentes povoações; devemos acrescentar que o testemunho do sr. Franco, facultativo de Odemira, confirma plenamente as narrativas do enfermo.

Consta que costumava almoçar presunto crú.

Nos últimos anos da sua vida foi atacado de um cancro epitelial, que o obrigou a entrar na enfermaria de S. Carlos do hospital de S. José, sendo extirpado o tumor, em Abril de 1866 ; em Fevereiro de 1867 começou a doença a reproduzir-se, voltando o enfermo para o hospital, em Abril do mesmo ano, sendo recebido na enfermaria de Santo António, onde succumbiu.

Na autópsia encontraram-se milhões de triquinias alojadas nos músculos, estando os parasitas incluídos em quistos infiltrados de sais cálcários, como costuma acontecer em tais casos.

Que importância tem este facto ?

Que procedimento nos aconselha ?

Eis as perguntas a que vamos procurar responder, obedecendo simplesmente ao desejo de dizer toda a verdade, e só a verdade, como cumpre a quem fala em nome da ciência.

Um caso de triquinose observado num homem, que tinha vivido quase sempre no Alentejo, província onde se faz um grande consumo de carne de porco, faz suspeitar, com grande fundamento, que a triquinose exista no nosso gado suíno.

Contesta-se isto asseverando que nunca se encontraram as triquinias na carne dos nossos porcos ; mas eu pergunto que valor tem esta objecção, se considerarmos que nunca se procurou convenientemente se tais parasitas existem.

Tal contestação tem a mesma importância de que se alguém negasse a existência do sol, porque os cegos o não observam.

Direi mais : as presunções levam a supor que realmente existe a triquinose no nosso gado suíno, pois, *há mais de um ano, me disse um veterinário distinto que observava, nos músculos de um porco, uns pontos brancos, que lhe pareceram quistos de triquinias ;* entretanto, como não se fez o exame microscópico, pouco valor oferece esta observação, sobretudo depois que Virchow, o célebre professor da faculdade de medicina de Berlim, que estudou com grande cuidado a triquinose no homem e nos animais, descobriu que podem existir nos músculos do porco corpúsculos pétreos, sem provirem da presença de triquinias.

Assentando pois que há desconfianças fundadas de que a triquinose existe entre nós, o que cumpre fazer ?

Obedecermos a um pânico injustificável, proscrevendo o uso da carne de porco ?

Tal procedimento insólito não acharia justificação, nem no modo de

evolução da doença, nem na prática usada nos países, onde se tem estudado a triquinose.

Dissiparemos os justos temores do povo, iludindo-o com uma falsa segurança na suposta inocência da carne infestada de triquinas, ou negando-lhe que a triquinose exista no nosso gado suíno, com o mesmo fundamento com que poderíamos predizer os factos que hão-de succeder de hoje a séculos ?

É evidente que só a declaração sincera da verdade pode serenar os espíritos e convencer o público do grau de cautela que se deve ter para prevenir a enfermidade.

Quando em França constou que grassava na Alemanha uma doença que era transmitida pela carne de porco, a opinião pública alvoroçou-se pelos perigos que corria a população francesa tão vizinha da alemã ; então o governo imperial mandou estudar a triquinose à Alemanha e indagar se esta doença existia em França.

Poderia o governo francês dar corpo aos boatos assustadores que comoviam o público, e utilizá-los como arma política, para desviar a atenção aplicada a outra ordem de ideias ; poderia também esse governo inspirar-se indolentemente nas doutrinas fatalistas, tão em voga no Oriente, e mandar, com a consciência se não tranquila ao menos adormecida, um simples desmentido, que seria divulgado prontamente pelas cem tubas ministeriais.

Preferiu estudar a questão, e declarar depois na folha oficial, com a autoridade de quem pode dar a razão do seu dito, que os espíritos se podiam tranquilizar, porque não havia um único caso autêntico de triquinose desenvolvido em França.

O procedimento do governo francês é digno de elogio ; advirta-se que as circunstâncias em que se acha actualmente o governo português são muito diferentes, não é uma simples prevenção de que se trata, deu-se já um facto autêntico de triquinose, é pois indispensável que o país saiba se as triquinas infestam ou não o nosso gado, para se tomarem as providências adequadas.

É certo que as triquinas morrem quando se eleva, por bastante tempo, a temperatura a 75° centígrados, mas este resultado não é tão fácil como geralmente se julga ; experiências feitas com todo o cuidado por distintos observadores, demonstram que o interior da carne só com muita dificuldade se deixa penetrar do calor que aquece a superfície. Kuechenmeister, célebre médico alemão, notou que as costeletas submetidas, durante uma hora, à temperatura de 100°, apresentavam no seu interior apenas a temperatura de 60°.

Este facto revelado pela experiência, é de fácil previsão, pois que todos têm observado peças de carne assada, em que o interior apresenta ainda a cor da carne crua, ou pelo menos conhece-se que está pouco passada, como geralmente se diz.

A resistência vital das triquinas é infelizmente confirmada pela história das epidemias de triquinose observadas na Alemanha. Na epidemia de Posen, que se observou em 1863, sete pessoas que foram atacadas, tinham comido carne que fervera durante *hora e meia*. Em Hettstaedt houve catorze casos de triquinose em indivíduos que tinham comido carne que sofrera a cocção por mais de *duas horas*. Estes factos são referidos por Pagenstecher, autor de uma das monografias mais autorizadas que se têm publicado na Alemanha sobre triquinose.

Todos estes factos provam até à evidência que, nos países onde existe esta doença, não basta dar conselhos aos particulares, dizendo-lhes que aqueçam a carne de porco de que pretendem alimentar-se ; é preciso fiscalizar toda a carne para ser unicamente entregue ao consumidor a que reconhecidamente é boa. Assim o entenderam os governos da Alemanha e da Dinamarca, onde se sabe que o gado suíno está infestado de triquinas ; noutro artigo descreverei o processo de fiscalização empregado nestes países.

Em Portugal existe um matadouro onde se examinam as reses do gado vacum que serve para o consumo, mas julga-se desnecessário o exame dos porcos que têm igual destino !

Não é lícito ao cidadão alimentar-se com carne de boi doente, mas em compensação pode livremente consumir os porcos infestados de cisticercos, de triquinas, ou acometidos de outra qualquer doença, embora isso lhe seja nocivo !

A temperatura que coagula a albumina mata os parasitas, destrói os fermentos e os vírus do gado suíno ; mas não purifica a carne de boi que apresenta alterações análogas !

Ou a lógica emigrou do nosso país, ou a questão reduz-se ao seguinte dilema.

Se a fiscalização da carne de porco é inútil para a manutenção da saúde pública e embaraçosa para o comércio — também apresenta iguais defeitos a fiscalização da carne de vaca, e por isso deve acabar-se com ela ; mas se esta última fiscalização é útil e necessária — também o é a primeira.

Em resumo da verificação dum caso de triquinose, que todas as razões levam a crer que se desenvolveu em Portugal, em consequência da alimentação com carne de porco infestada de triquinas, resultam as seguintes conclusões :

1.º — É de urgente necessidade que o governo se muna dos esclarecimentos necessários para elucidar o público a respeito desta grave questão de hygiene ;

2.º — Devem estabelecer-se matadouros para o gado suino, onde se examine convenientemente a carne dos porcos que vão servir para o consumo ;

3.º — O público não deve ter receio de utilizar a carne de porco que for convenientemente examinada.

J. J. DA SILVA AMADO

NOTAS

I — Silva Amado, no 2.º artigo que publicou no *Jornal do Comércio* e que, como o que reproduzimos e o 3.º, foi transcrito no *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*, põe em foco a analogia entre os sintomas da triquinose aguda e os da febre tifoide, citando o professor da Escola de Lisboa Cunha Viana, que vira um caso de triquinose num hospital da Alemanha, que clinicamente consideraria como de febre tifoide se não conhecesse o resultado do exame microscópico dos musculos de pessoas que, havendo comido da mesma carne, tinham succumbido. No mesmo artigo cita a opinião do seu colega Barbosa exposta na Sociedade das Ciências Médicas, de que era provável que algumas epidemias consideradas de febre tifoide, no Alentejo, tivessem antes sido de triquinose. As medidas que preconizou para ser feito um inquérito parasitológico, e de a carne de porco ser examinada ao microscópio antes de exposta ao público, tiveram a aprovação, entre outros, dos Professores Barbosa, May Figueira e Simas.

II — Em 1878, segundo Annes Baganha, o médico veterinário Silveira Machado publicou no *Jornal de Beja* um «excelente artigo».

Em 1881, segundo o mesmo, Alves Torgo transcreveu em 1 de Maio no *Jornal de Agricultura e Sciencias Correlativas* um «óptimo artigo publicado por Jaime Batalha Reis no *Commercio de Portugal* sobre a técnica do exame microscópico da carne para investigação da triquina. Refere-se à existência de triquinose porcina e humana em Espanha, em Sevilha, Barcelona e Villar-del-Arzobispo.

Cita o facto de no Algarve, onde estava desde 1868, «os porcariços e carnicheiros dizerem que a carne com *xafeira* ou *granitos* (são os quistos onde mora o *cisticercus celuloso*) é a melhor de todas».

III — O médico veterinário Annes Baganha publicou em 1882, na *Encyclopedía Republicana*, um artigo sobre *A trichina. Estudo deste parasita, deastrosos efeitos que produz no homem e meios de evitar a trichinose*. Nesse artigo afirma que «alguns médicos, tanto nos hospitais como na clínica particular, surpreendidos com o carácter extraordinário de algumas afecções tifoideas, têm-se lembrado de examinar a carne dos cadáveres e assim, mais duma vez, se tem descoberto a triquina. Mas a par destes, quantos casos com-

pletamente despercebidos!» Cita a seguir «epidemias fatais em povoações raianas da província de Salamanca e do nosso distrito da Guarda», «provavelmente» devidas à triquina, para o que chamou a atenção o médico veterinário daquele distrito que preveniu o Governo. Não se fez esperar a solicitude do Governo que sobre este assunto consultou o Conselho Especial de Veterinária.

Afirma que ha toda a possibilidade de que muitas afecções (no homem) diagnosticadas sob outro nome, não tenham sido outra coisa mais do que a triquinose».

IV — O Prof. Mendes Alves nos 3 casos que observou de pessoas de categoria que haviam adoecido a seguir a terem comido presunto em Fremil de Basto (Celorico de Basto) poude fazer o diagnóstico graças à verificação da eosinofilia de 40 a 50%, acompanhada de febre a 38°, 39° e dor epigástrica e do colon transverso. Os sintomas cederam com o uso do antimonial *Fuadine*. Além dos 3 doentes que tratou, mais 2 pessoas que comeram do mesmo presunto apenas apresentaram urticaria, não querendo deixar estudar os seus casos e curando-se espontaneamente, uma delas uma senhora grávida, que não sofreu qualquer espécie de complicação.

V — O caso P. P., referido pelo Dr. Lopes Dias deu-se há uns 8 anos. Tendo comido, 2 dias antes, umas *sandwichs* de presunto, sentiu-se doente, com febre, náuseas, dores epigástricas e astenia, tendo tido diarreia. A doença deu lugar a muitas hesitações, tendo sido esclarecida pela análise de sangue que revelou eosinofilia elevada (79, %) e aumento notável dos leucocitos (25.000). A radiografia nada deu. A certa altura teve expectoração hemoptoica. Diagnosticada a triquinose pelo Prof. Fernando Fonseca, usou sais de cálcio, tendo melhorado. Restam-lhe uns pequenos nódulos no musculo peitoral e não voltou a ter o torax elevado como anteriormente.

VI — A radiografia que publicamos (Fig. 21), feita pelo Dr. Covas Lima, apresenta pequenas sombras dispersas por ele diagnosticadas como devidas a quistos de triquina.

A este respeito dividem-se as opiniões dos radiologistas, sendo uns de opinião que se trata de quistos de cisticercos (Prof. Aleu Saldanha e Benard Guedes) outros, como o Prof. Pereira Caldas defendendo o diagnóstico de triquinose, de que já observou uns 50 casos idênticos, tendo um deles sido confirmado por exame microscópico pelo Prof. Roberto Chaves. Os casos referidos pelos radiologistas são da Beira Baixa ou do Alentejo, daqui sendo, da região de Beja, o caso que publicamos, surpresa radiológica, pois o doente de nada se queixava, tendo sido radiografado devido à fratura.

Subsídios para a História do Instituto de Higiene

Regulamento do Instituto

(Decreto de 16 de Março de 1912)

Atendendo às disposições expressas no artigo 68.º do decreto com força de lei de 22 de Fevereiro de 1911, que reformou o ensino médico, e no artigo primeiro do decreto de 6 de Abril do mesmo ano, que anexou pedagogicamente, à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, o Instituto Central de Higiene (1) ;

Tendo em vista o disposto no § único do número 24.º do artigo 26.º da Constituição Política da República Portuguesa :

Hei por bem decretar :

Artigo 1.º É aprovado o regulamento provisório do Instituto Central de Higiene, que faz parte integrante deste decreto.

Art. 2.º Fica revogada a legislação em contrário.

Paços do Governo da República, em 16 de Março de 1912. — Manuel de Arriaga — Silvestre Falcão.

(1) E, além destes, no decreto de 26 de Maio de 1911 que reconstituiu e ampliou os serviços do mesmo Instituto.

REGULAMENTO DO INSTITUTO CENTRAL DE HIGIENE (2)

Artigo 1.º Ao Instituto Central de Higiene anexado à Faculdade de Medicina de Lisboa, e que deve ser instalado nas proximidades da mesma Faculdade, incumbe :

- 1.º Ministrará o ensino da Higiene na Faculdade ;
- 2.º Coleccionará num museu as amostras, modelos, instrumental e meios de demonstração referentes à sanidade ;
- 3.º Organizará uma biblioteca privativa especial de higiene e ciências conexas ;
- 4.º Organizará cursos especiais e de aperfeiçoamento, gratuitos ou remunerados, conferências, etc., sobre assuntos de higiene e ciências conexas para habilitação especial dos indivíduos que se destinem a funcionários de saúde ou queiram aprofundar os seus conhecimentos em qualquer ramo da medicina sanitária ;
- 5.º Elaborará a estatística do movimento fisiológico da população, na conformidade das disposições do Código do Registo Civil e dos serviços gerais de estatística, prontificando como publicações regulares, o Anuário Demográfico-sanitário de Portugal e os Boletins mensais da cidade de Lisboa e Porto ;
- 6.º Fazer periodicamente o censo da tuberculose e de outros flagelos mórbidos ;
- 7.º Proceder a inquéritos sobre moléstias infecciosas endémicas e epidémicas, congregando os dados históricos e actuais para o conhecimento da epidemiologia nacional ;
- 8.º Instituir estudos permanentes sobre o sezonismo e a campanha anti-malária ;
- 9.º Coordenar e promover as investigações de higiene tendentes à determinação do estado médico-sanitário do país e dos melhoramentos locais e gerais de saúde pública ;
- 10.º Organizar missões de estudo em matéria de higiene com os recursos próprios ou fornecidos, exercidas directamente ou de conjugação com outras entidades públicas e nomeadamente o Instituto Bacteriológico ;
- 11.º Publicar um boletim onde se colijam a legislação sanitária e os trabalhos do Instituto e notícias para divulgação da higiene ;

(2) Este Regulamento foi alterado em muitas das suas disposições por legislação posterior, nomeadamente pelo Decreto-lei n.º 35.108, devendo ser em breve substituído por outro, de acordo com as transformações verificadas no Instituto desde 1946.

12.º Dirigir e superintender a fiscalização sanitária dos géneros alimentícios ; em conjunção com a Inspeção Técnica dos Produtos Agrícolas de harmonia com as prescrições regulamentares respectivas (3) ;

13.º Proceder às pesquisas físicas, químicas e microscópicas necessárias para os exames e análises sanitárias em geral e especialmente dos géneros alimentícios ;

14.º Praticar as análises de bacteriologia sanitária como sejam as das águas potáveis, géneros alimentícios e outras demandadas pela técnica sanitária ;

15.º Dirigir o serviço de vacinação pública (4), fiscalizar os postos vacinogénicos municipais ou particulares, a importação da vacina estrangeira e contrastar a vacina de procedência nacional ou estrangeira ;

16.º Desempenhar enfim quaisquer outras funções relacionadas com a sua finalidade e meios que lhe sejam superiormente cometidas.

Art. 2.º A direcção do Instituto fica directamente relacionada, para os efeitos da sua competência, com a Direcção-Geral de Saúde e funcionários dela dependentes e corresponde-se directamente com todas as repartições dos diversos Ministérios.

Art. 3.º Todas as disposições legais concernentes à autonomia administrativa das Faculdades de Medicina são applicáveis ao Instituto, e a fiscalização da receita e despesa será feita conforme aos outros serviços similares das Faculdades.

Art. 4.º O pessoal do Instituto compõe-se de :

PESSOAL DOCENTE

1 Director que é o professor de Higiene da Faculdade.

2 Primeiros assistentes.

2 Segundos assistentes.

Assistentes livres e ajudantes, conforme determinam os artigos 47.º e 48.º do decreto de 22 de Fevereiro de 1911, sobre a reforma do ensino médico.

(3) Hoje a cargo da Direcção do Serviço de Higiene da Alimentação e Bromatologia e da Inspeção Geral dos Produtos Agrícolas e Industriais.

(4) Passou para a Direcção do Serviço de Profilaxia das Doenças Infecciosas e Sociais.

PESSOAL DA SECRETARIA

- 1 Chefe dos serviços de estatística.
- 3 Médicos auxiliares.
- 1 Segundo oficial.
- 2 Terceiros oficiais.
- 2 Amanuenses.
- 1 Desenhador.
- 2 Serventes.

PESSOAL DOS LABORATORIOS

I — Serviço de Química Sanitária

- 1 Químico chefe.
- 3 Químicos ajudantes.
- 1 Analista.
- 3 Preparadores.
- 3 Serventes.
- 1 Guarda.

II — Serviços de Vacina e Bacteriologia Sanitária

- 1 Médico chefe.
- 1 Ajudante.
- 1 Preparador.
- 1 Servente.

Art. 5.º Existem actualmente adidos dois preparadores e um guarda, cujos lugares serão extintos à medida que vagarem.

Art. 6.º O segundo oficial da secretaria desempenha as funções de secretário do Instituto. O desenhador cumulativamente as de conservador do museu.

Art. 7.º O pessoal técnico dos laboratórios é de nomeação ministerial sobre concurso de provas conforme for regulamentado ; o pessoal de carteira de nomeação ministerial sobre proposta do Director ; e os preparadores, serventes e guarda de nomeação deste.

Art. 8.º O pessoal da secretaria do Instituto Central de Higiene faz parte do quadro da Direcção-Geral de Saúde para os efeitos da sua categoria e promoção.

Art. 9.º Nos serviços do Instituto poderá haver, nomeados pelo Director, assistentes livres, cuja admissão e número são dependentes de informação do chefe do serviço.

Art. 10.º Os ajudantes serão em número determinado pelo director e tem como função especial auxiliar o ensino.

§ 1.º Podem ser ajudantes :

- a) Os segundos assistentes ;
- b) Os funcionários de saúde de Lisboa ;
- c) Os alunos da Faculdade que já tenham 2.º, 4.º ou 8.º exame conforme o serviço que desejem frequentar ;
- d) Qualquer diplomado em medicina ;

§ 2.º No caso dos concorrentes a ajudantes serem em número superior às vagas existentes abrir-se-á concurso documental.

Art. 11.º O Instituto poderá enviar todos os anos em missão ao estrangeiro qualquer dos seus funcionários técnicos superiores, para estudo e aperfeiçoamento nos diferentes ramos da hygiene geral e aplicada, cujo conhecimento ao mesmo Instituto interesse, devendo a escolha ser feita pelo director.

Art. 12.º O funcionário indicado para esta viagem é considerado como estando em comissão de serviço público, continua a receber os seus ordenados e gratificações tendo mais direito à ajuda de custo que para cada caso se determinar.

O funcionário que o substituir não receberá por esse facto aumento de vencimento.

Art. 13.º O Instituto poderá organizar missões científicas no país para os estudos e serviços da sua competência e em harmonia com o n.º 10.º do artigo primeiro deste regulamento.

Art. 14.º A despesa com cada missão será previamente orçada, demandando autorização da Universidade ou do Governo no caso em que, por deficiência da receita própria do Instituto, a sua importância tenha de ser coberta pelos recursos próprios da Universidade ou demande subsídio especial do Estado.

§ 1.º As ajudas de custo para os funcionários superiores do Instituto em serviço nessas missões dentro do país serão as prescritas no artigo 302.º do Regulamento Geral de Saúde.

§ 2.º Os preparadores e serventes têm direito nas mesmas circunstâncias, respectivamente, às ajudas de custo de 1\$500 e 1\$000 réis diários e subsídio de viagem.

Art. 15.º A Biblioteca do Instituto será facultada aos alunos da Universidade e das escolas de Lisboa, aos médicos e médicos veterinários e em geral a qualquer estudioso que a deseje utilizar em harmonia com as prescrições do regulamento respectivo.

Art. 16.º O Instituto poderá proceder sem prejuízo dos outros serviços a quaisquer análises ou estudos laboratoriais que lhe sejam requisitados por corporações ou particulares pelos preços da respectiva tabela.

§ único. A receita proveniente desses estudos e análises será metade dividida pelo pessoal técnico na proporção dos seus vencimentos e metade constituirá receita do Instituto.

Art. 17.º O pessoal superior técnico poderá utilizar o material e instalações do Instituto para proceder a análises clínicas com autorização do director e quando disso não resulte qualquer prejuízo para os outros serviços.

§ único. As análises nestas condições serão registadas em livros especiais na secretaria, revertendo 10 por cento do produto cobrado para a receita do mesmo Instituto.

Art. 18.º Quando seja necessário proceder a estudos fora do Instituto a requisição das autoridades ou particulares ficam as respectivas despesas a cargo das entidades requisitantes.

Art. 19.º A correspondência postal e telegráfica relativa aos serviços oficiais do Instituto é considerada serviço da República.

Art. 20.º Constituem receita privativa do Instituto destinada a satisfazer os encargos das missões e viagem ao estrangeiro, não podendo ser desviada para outro serviço ou Faculdade :

1.º 20 por cento das verbas de inscrição nos cursos especiais e de aperfeiçoamento ;

2.º Metade da receita das análises e estudos a que se refere o artigo 16.º ;

3.º 10 por cento do produto das análises clínicas a que se refere o artigo 17.º ;

4.º O produto da venda de meios culturais, reagentes especiais, culturas e pequenos animais de laboratório ;

5.º O produto da venda autorizada pela Faculdade de material e animais inutilizados.

Art. 21.º Nos cursos especiais e de aperfeiçoamento do Instituto de Higiene podem inscrever-se os alunos ou diplomados de qualquer Faculdade ou Escola a quem interesse o ramo de Higiene professado.

§ 1.º Ao director, ouvida a Faculdade ; incumbe fixar a verba de inscrição para esses cursos.

§ 2.º Das propinas de inscrição a que se refere o parágrafo anterior, 20 por cento constituem receita privativa do Instituto e 80 por cento pertencem ao pessoal encarregado do ensino.

§ 3.º Para os trabalhos práticos de laboratório, pagarão os alunos inscritos indemnizações especiais fixadas pelo director, ouvida a Faculdade, e que constituem receita privativa do respectivo laboratório.

Art. 22.º Dos cursos especiais e de aperfeiçoamento serão passados diplomas de frequência, assinados pelo director do Instituto e pelo director da Faculdade.

§ único. Para registo dessa frequência haverá um livro de ponto que os alunos assinarão e cujas indicações, rubricadas pelo professor que nela fará a valorização dos trabalhos práticos, constituirão os elementos de frequência.

Art. 23.º O Instituto publicará anualmente no fim do semestre de verão o programa dos seus cursos especiais e de aperfeiçoamento a efectuar no ano seguinte, distribuídos pelos diversos trimestres e semestres, aconselhando a ordem a adoptar na sua frequência.

Art. 24.º Ao director compete :

1.º Reger a cadeira de higiene da Faculdade com o auxilio do restante pessoal, e orientar e dirigir os trabalhos científicos e administrativos do Instituto, os cursos e as publicações ;

2.º Determinar e fiscalizar os serviços e trabalhos dos assistentes e mais pessoal ;

3.º Elaborar os diplomas necessários para a regular execução e cumprimento do presente regulamento, submetendo-os à aprovação da Faculdade ;

4.º Determinar e orientar as missões científicas e indicar o pessoal técnico superior que deve ir fazer as viagens de estudo ao estrangeiro ;

5.º Aplicar as penalidades que, segundo a legislação vigente, estiverem dentro da sua alçada ou propor às estações superiores as que excederem a sua competência ;

6.º Rever e autorizar a publicação de quaisquer trabalhos que tendo sido executados no estabelecimento os autores desejem fazer sair como trabalhos do Instituto ;

7.º Regular a distribuição dos cursos especiais e de aperfeiçoamento , conferências e outros trabalhos, de modo a não ser nunca prejudicado o ensino oficial ;

8.º Propor ao conselho da Faculdade o aumento de pessoal do seu Instituto, quando isso se torne necessário em virtude dos progressos da ciência ou ciências nele cultivadas ;

9.º Fixar o número de assistentes livres e ajudantes, nos termos deste regulamento ;

10.º Nomear ou demitir o pessoal menor.

§ único. O director tem direito a casa de habitação, luz e água.

Art. 25.º O director será substituído no exercício desse cargo, nos casos de impedimento ou ausência, pelo primeiro assistente mais antigo.

Art. 26.º Compete aos primeiros assistentes :

1.º Auxiliar o professor na regência da cadeira e cursos e nas demonstrações de que ele entenda dever acompanhar as lições magistrais ;

2.º Fazer os cursos auxiliares que lhes forem designados pela Faculdade e os cursos livres para que forem autorizados pelo Conselho sobre proposta do professor ;

3.º Orientar e auxiliar os indivíduos que trabalhem nos laboratórios e outras instalações do Instituto, facilitando-lhes o prosseguimento dos estudos que desejem efectuar ;

4.º Substituir o professor nos seus impedimentos legais dirigindo os trabalhos práticos e fazendo as lições magistrais ;

5.º Reger os cursos magistrais e dirigir os trabalhos práticos se o professor assim o entender e sob a responsabilidade deste ;

6.º Tomar conta e guardar o livro de ponto e o registo de aproveitamento das aulas práticas devendo fazer entrega dele ao professor no fim do curso ;

7.º Vigiar pela conservação do material dos laboratórios e dos livros da biblioteca privativa ;

8.º Executar as investigações científicas que desejarem ou lhes forem cometidas pelo professor ;

9.º Coadjuvar o professor e colaborar com ele em quaisquer trabalhos para que este necessite ou deseje a sua colaboração.

§ 1.º Os primeiros assistentes substituem-se mutuamente em caso de impedimento legal.

§ 2.º Quando por motivo justificado, como seja o prosseguimento de investigações científicas, o professor entenda conveniente, pode um primeiro assistente ser por ele dispensado do serviço de ensino, sendo nele substituído pelo outro primeiro assistente, ou por um segundo assistente nos termos do artigo seguinte.

Art. 27.º Compete aos segundos assistentes o que foi determinado no artigo anterior para os primeiros assistentes com excepção dos números 4.º, 5.º, 6.º e 7.º.

§ 1.º Os segundos assistentes podem fazer cursos para que forem autorizados pelo conselho sobre proposta do professor nas mesmas condições que os primeiros assistentes.

§ 2.º Substituem os primeiros assistentes nos seus impedimentos legais, excepto na regência dos cursos magistrais.

Art. 28.º Os assistentes livres e ajudantes auxiliarão o pessoal superior nos diversos estudos, trabalhos e cursos, conforme lhes for determinado pelo director e podem ser escolhidos, quando seja conveniente, para tomarem parte nas missões científicas.

Art. 29.º Ao chefe dos serviços de estatística compete :

1.º Executar e prontificar segundo as indicações e determinações do director o serviço da estatística e distribuir os trabalhos a realizar pelos funcionários seus auxiliares, vigiando imediatamente pela sua execução, exactidão e pontualidade ;

2.º Ter sob a sua guarda e responsabilidade os trabalhos já efectuados e os elementos destinados a novos estudos.

Art. 30.º Um dos três médicos auxiliares desempenhará o serviço de bibliotecário, competindo-lhe manter e conservar a biblioteca, fazendo a respectiva escrituração, e tratar de todos os assuntos de expediente das publicações oficiais do Instituto. Aos dois médicos auxiliares restantes incumbe prontificar os trabalhos de estatística que lhes forem distribuídos pelo respectivo chefe, executando-os rigorosamente segundo as instruções recebidas.

Art. 31.º Ao segundo official, que é o secretário do Instituto, compete :

1.º Satisfazer a correspondência do Instituto, segundo as instruções do director, escriturando cuidadosamente toda a recebida e expedida ;

2.º Ter em dia a escrituração administrativa feita segundo as instruções dadas pelo director e organizar os inventários das instalações de serviços gerais ;

3.º Ter sob a sua guarda, organizar e manter o arquivo do estabelecimento ;

4.º Dirigir o serviço dos serventes da secretaria, vigiando a limpeza e conservação das instalações.

Art. 32.º Aos terceiros officiais incumbe auxiliarem o chefe dos serviços de estatística e o secretário nos serviços que lhe estão cometidos.

Art. 33.º O actual escriturário e o escriturário ajudante passam a desempenhar o cargo de amanuenses pertencendo-lhes sob a direcção do secretário todo o serviço de escrita referente aos serviços laboratoriais : correspondência, registo, inventários, etc.

Art. 34.º Ao desenhador, conservador do museu compete :

Organizar o catálogo e inventário do Museu conservando-os actualizados ;

Vigiar pela limpeza, ordem e conservação da instalação, procedendo às reparações dos exemplares compatíveis com os seus recursos e requisitando as que os excederem ;

Fazer os desenhos, gráficos e modelos singelos para que esteja habilitado e lhe sejam superiormente pedidos.

Art. 35.º Ao químico chefe e ao médico chefe dos serviços de bacteriologia e vacina compete :

Dirigir e executar os trabalhos analíticos da sua competência e determinar o serviço do pessoal sob as suas ordens em harmonia com as instruções recebidas ;

Fiscalizar a conservação, limpeza e ordem das instalações e aparelhos laboratoriais da sua secção ;

Receber as requisições de análises e subscrever os respectivos boletins ;

Requisitar ao director o que lhe seja necessário para o cumprimento das suas funções ;

Elaborar um relatório anual sobre os trabalhos da sua secção ;

Cumprir as ordens e instruções recebidas do director em matéria de serviço ;

Fornecer ao secretário todos os elementos necessários para a organização do inventário do material da respectiva secção e mantê-lo actualizado.

Art. 36.º Aos ajudantes e analistas incumbe :

Efectuar as análises e trabalhos laboratoriais que lhes forem distribuídos pelo chefe da secção ;

Responder pela conservação do material e instrumental que lhes seja distribuído para o serviço ;

Cumprir as ordens e instruções superiores recebidas em matéria de serviço.

Art. 37.º Quando vague o lugar de analista será esse lugar substituído por o de mais um preparador.

Art. 38.º Cada preparador trabalha sob a imediata guia dum dos ajudantes e compete-lhe :

Auxiliar esse funcionário na execução dos serviços que lhe foram cometidos ;

A guarda e conservação do material e instrumental que lhe esteja distribuído ;

Executar os trabalhos laboratoriais da sua competência que lhe sejam superiormente ordenados.

Art. 39.º O serviço dos serventes será determinado pelos chefes dos respectivos serviços de harmonia com as instruções superiores.

Art. 40.º O serviço de colheita matinal e nocturna de amostras de leite para a fiscalização continua a ser feito por escala entre os serventes dos laboratórios sendo abonada a gratificação de 150 réis em cada dia aos serventes que o executarem.

Art. 41.º O guarda desempenha as funções de servente e tem mais a seu cargo fechar e abrir as instalações às horas regulamentares ou àquelas que lhe forem superiormente indicadas assegurando-se de que tudo fica, ao retirar o respectivo pessoal, na necessária ordem.

§ único. O guarda é nomeado pelo director de entre os serventes do Instituto.

Art. 42.º A todo o pessoal do Instituto Central de Higiene é garantido o direito à aposentação nas mesmas condições em que está prescrito para o do Instituto Bacteriológico.

Art. 43.º As penas disciplinares applicáveis aos funcionários do Instituto Central de Higiene são : a advertência, a repreensão, a suspensão e a demissão.

As penas de advertência e repreensão são da competência dos chefes dos diferentes serviços.

A de suspensão até quinze dias da competência do director para os empregados de sua nomeação e do Conselho da Faculdade sobre proposta do director para os restantes.

A pena de demissão é da competência do Governo sobre proposta do Conselho da Faculdade para os funcionários nomeados por concurso ; sobre proposta do director para os funcionários de carteira. Para os preparadores, serventes e guarda essa penalidade é da competência do director.

Paços do Governo da República em 16 de Março de 1912. — O Ministro do Interior, Silvestre Falcão.

(D. do G. n.º 65, de 19 de Março de 1912)

LUGARES SELECTOS

A intercultura de Portugal e Espanha no passado e no futuro ⁽¹⁾

O português, amador da gaia ciência, que, nado e criado neste mais velho rincão do país, *riberas del Duero arriba*, fosse no século XIII à corte de Castela, onde tantos acudiam a terçar *cantigas de amigo*, *de escárneo* e *serranilhas*, com os trovadores da aula régia de Afonso o Sábio, sem embaraço na sua língua falaria e versejaria. À roda do monarca, organizador da actividade espiritual da Espanha, como D. Diniz, seu émulo em poesia e letras, o foi em Portugal, modulava-se o idioma galego-português, literariamente preferido ao castelhano pela sua flexibilidade graciosa e pelos primores artísticos transsumidos do provençal trovadoresco, à imitação do qual desabrochava nas ribas do Sar e do Minho, com mais pujança ainda em Portugal que na Galiza, uma escola lírica, repositada nas antologias dos cancioneros primitivos, onde o rei castelhano, o mimoso compositor das *Cantigas de Santa Maria*, se inscreve como corifeu.

Se mais de três séculos andados arribasse a Espanha o adventício de Lisboa, a amada cidade de que Lope de Vega decantava os passeios, teria ainda o orgulho de divisar por toda a parte portuguesas em grandeza culta: poetas e escritores nos cenáculos madrilenos, professores nas cátedras salamanquinas, validos e médicos de câmara na corte filipina. A língua não esquecera, mas substituíra-a havia muito o castelhano, no auge da sua supremacia idiomática. Língua imperante na esfera intelectual, todo o português ilustrado a sabia manejar, de palavra e pena, como quem nela se criara e instruíra — *la lengua en que quasi nos creamos*, exclamava o ilustre médico Jorge Henriques. Esta hegemonia não oblitera todavia as letras e as ciências produzidas em Portugal, nem os seus homens representativos; bem pelo contrário, abraçam-se e irmanam-se com o que de melhor brota na gleba castelhana. A civilização hispânica aparenta um tronco comum com duas raízes regionais.

Outro rodar de três séculos e estamos na actualidade em que a cena muda de todo em todo. Portugueses, já quase não demoram por terras de Castela; das brandas modalidades fonéticas da língua de Camões não há completa compreensão auditiva, e mal iria ao trato da conversação se a evolução linguística as não talhara tão parelhas. Por outro lado, a nossa musculatura vocal, destreinada para a maior parte, mal se atreve à articulação, rude mas aberta, da enérgica e clara língua de Cervantes.

(1) Conferência plenária proferida a 27 de Junho de 1921 no Porto perante o Congresso Científico Luso-Espanhol.

E aqui está porque dou o desgosto, e passo pelo desgosto, de não me exprimir na linguagem sonora de tantos dos que me ouvem e de quem me queria fazer perceber melhor. Deploro não poder imitar gloticamente o grande épico, consagrado de sempre como príncipe-poeta das Espanhas, quando dizia: «escutai quam bem que sôa a fala castelhana».

Ah, mas o pior não está nesta relativa inaptidão, neste apagamento do bilinguismo doutro. É que vivemos tão apartados ambos, espanhois e portugueses, como se os panos duma muralha da China nos vedassem a raia, sem portas nem postigos. Hoje que este congresso de mutualidade espiritual coroando os esforços pertinazes dos que lá e cá se têm devotado à cruzada da fraternização científica da península, vai abrir uma brecha vitoriosa na rocha desse muro fronteiriço, devassando-o e aluindo-o, abalço-me a encarar de relance as relações intelectuais dos dois países ibéricos, tais quais elas foram outrora durante séculos para o bem e glória comuns, tais quais devemos desejar ardentemente que elas retornem — relance fugidivo e breve, um escorço mal talhado, tolhido pela pouquidade do saber de quem fala, a quem os mestres presentes perdoarão generosamente o ousio, e até pela pouquidade do tempo, escasso de si para tamanha empresa. Releve-se pela virtude da rememoração desse passado que nos trará consolação ao presente e esperança ao futuro — *ex praeterito spes in futurum* — uma lição moral, impregnada da autoridade gloriosa dos nossos maiores e da solenidade nobre dos tempos.

Meus Senhores:

Nos quais tempos não havia uma Espanha só, havia as Espanhas — inscrição colectiva dos povos incolas do quadrado irregular de terra, que, pegado ao continente pela costura dos Pirineus, se circunda pelos dois mares — o Mediterrâneo, o mar estreito da civilização antiga — o Atlântico, o mar vasto da civilização moderna, que num avanço heroico rondamos e varremos de fora a fora. Volte-se ao denominador onomástico comum, tanto mais quanto há meio de evitar confusões melindrosas de nacionalidade: chame-se *Hispânia* à península, hispano ao seu habitante onde quer que demore, hispânico ao que lhe diz respeito. O papa João XXI, português de Lisboa, afamou-se, como mestre e praxista das escolas medievais, com a rúbrica de Pedro Hispano. O Fernando de Bulhões, *il Santo* de Pádua, também glória do berço lisboeta, se dizia de côr hispana. O portuguesíssimo judeu de Castelo-Branco, Amato Lusitano, um dos grandes mestres da Renascença Médica, a cada passo se apelida hispano, envaidecendo-se aliás do ninho seu paterno e das façanhas dos seus compatriotas lusos. Não desfaz no foro nacionalista, nem implica com o país que a cada um pertença; é um apelativo histórico-geográfico, tal como para as nações da península setentrional da Europa o de escandinavo.

RICARDO JORGE

Novos aspectos na sorologia da sífilis ⁽¹⁾

PELO DR. ARNALDO SAMPAIO

A descoberta da Penicilina e a sua aplicação no tratamento da sífilis, assim como os progressos realizados nas técnicas laboratoriais para o diagnóstico da lues, revolucionaram o tratamento e o manejo dos doentes sífilíticos.

A incidência dessa doença em Portugal que todos nós julgamos ser grande, levou-me a pensar que teria interesse ocupar a hora de que disponho para falar desse assunto, sobretudo da utilidade da aplicação dos métodos laboratoriais ao seu diagnóstico e à apreciação da eficácia do tratamento.

* * *

A sífilis, em regra adquirida por contacto sexual, é provocada pelo *treponema pallidum* que logo que entra no organismo começa a multiplicar-se, dependendo o seu número da dose do inócuo e da resistência do indivíduo infectado. Estes dois factores condicionam o período da incubação da doença que pode ir de 10 a 90 dias, sendo o seu período médio de 3 a 4 semanas.

Este período de incubação, em regra silencioso, pelo que é chamado período *assintomático*, decorre entre a infecção e o aparecimento do *cancro*. Por vezes (nalguns homens e em 50% das mulheres) o cancro não é visível e o período assintomático vai desde a infecção até ao aparecimento das lesões secundárias. Outras vezes os sintomas, se existem, são tão frustes que o doente não os nota, entrando a sífilis logo no período latente.

(¹) Lição proferida no III Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, organizado pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos.

* * *

O aparecimento do cancro marca o início da sífilis primária. O cancro pode ser único ou múltiplo e, apesar do seu aspecto muitas vezes ser característico, deve ser sempre confirmado laboratorialmente por exame em fundo escuro. Os médicos, que exercem a sua profissão longe dos laboratórios, podem colher o exudato da lesão em tubo capilar, fechar este tubo nas extremidades com parafina e enviá-lo ao Laboratório.

Desde que o produto seja examinado dois ou três dias depois da colheita, o resultado será satisfatório, passado o qual deixa de o ser, em virtude dos treponemas perderem a sua mobilidade.

O cancro ou cancros curam-se espontaneamente, mas em regra as lesões secundárias aparecem antes da sua cura e a sua duração depende do tamanho e da dureza da lesão. É neste período que os treponemas se multiplicam no sangue e nos linfáticos. Do sangue invadem os outros tecidos do corpo dando origem à

Sífilis secundária — Caracterizada por manifestações clínicas generalizadas, que representam as reacções iniciais dos tecidos aos treponemas. Estas lesões são ricas em treponemas ao mesmo tempo que estes diminuem no sangue.

O início das lesões secundárias vai em regra de 2 a 6 meses depois da infecção e estas devem ser sempre confirmadas pela pesquisa do treponema ou pelas reacções sorológicas que aqui são quase sempre positivas.

As lesões secundárias têm tendência para a cura espontânea sem deixarem cicatrizes, com uma duração de algumas semanas ou meses, mas às vezes persistem por um ano ou mais. Depois de 2 anos, e por vezes menos, da infecção, numa sífilis não tratada, poduzem-se mudanças imunológicas nos tecidos que os tornam refractários ao aparecimento das lesões características do período primário e secundário. Este conhecimento tem grande importância porque, desde que o estado refractário seja atingido, uma vez o doente curado, pode reinfectar-se sem apresentar as lesões características do período primário ou secundário e pode atribuir-se a uma falha de um determinado tratamento

o que afinal é devido a uma reinfecção. Por outro lado, se o doente é tratado antes de ter atingido o estado refractário, uma reinfecção pode ser seguida das lesões características do período primário ou secundário. Por outras palavras, o estado refractário não significa que os doentes estejam imunes para a sífilis, mas somente que os tecidos não reagem a uma reinfecção com o desenvolvimento das lesões características do período primário ou secundário.

Sífilis latente — Chama-se sífilis latente ao estado assintomático da infecção, que pode ser diagnosticada pelas reacções sorológicas e pela história.

Clinicamente começa logo que as reacções sorológicas são positivas, nos indivíduos que não têm lesões, ou sintomas de sífilis. Imunologicamente, quando o indivíduo desenvolver uma permanente imunidade para a formação de lesões recentes.

Neuro-sífilis assintomática — Estado da doença sem quaisquer sintomas e não ser a alteração do líquido céfalo-raquidiano que reflecte a actividade do processo inflamatório no sistema nervoso central. Segundo a maior parte dos autores, se um doente atingido de sífilis não tratada ou bem tratada não apresenta alteração do líquido céfalo-raquidiano 5 anos depois da infecção, não terá probabilidades de desenvolver uma sífilis nervosa no futuro. Para Thomas, Lange, Rein e outros, se num doente bem tratado as alterações do l. c. r. não aparecem até aos 2 anos, já não aparecerão.

Sífilis tardia — É caracterizada por lesões destrutivas e crónicas, em opposição à dos primeiros períodos que são agudas e não destrutivas, o que representa uma diferença de reacção imunológica. Estas lesões podem aparecer 10 e 20 anos depois da infecção em qualquer órgão ou aparelho, daí a grande dificuldade de apreciar o resultado de um dado tratamento. Ditas estas palavras que me pareceram necessárias para evitar repetições, entremos propriamente no assunto da nossa palestra.

Produção de reaginas depois da infecção

Quando um homem ou animal é submetido a um estímulo antigénico — infecção bacteriana, vacina ou uma proteína estranha — ele produz anti-corpos específicos contra êsse antigéneo.

Se um homem é infectado com sífilis ele produz pelo menos dois anti-corpos que aparecem no seu sangue e que nós podemos chamar específicos e não específicos.

Os anti-corpos específicos podem ser demonstrados por provas de protecção (ex. inoculação intradérmica no coelho com uma mistura de sôro sífilítico e suspensão de treponemas virulentos) ou pela prova de Nelson e Turner feitas *in vitro*, em que se emprega uma suspensão de treponemata pálida, sôro sífilítico e

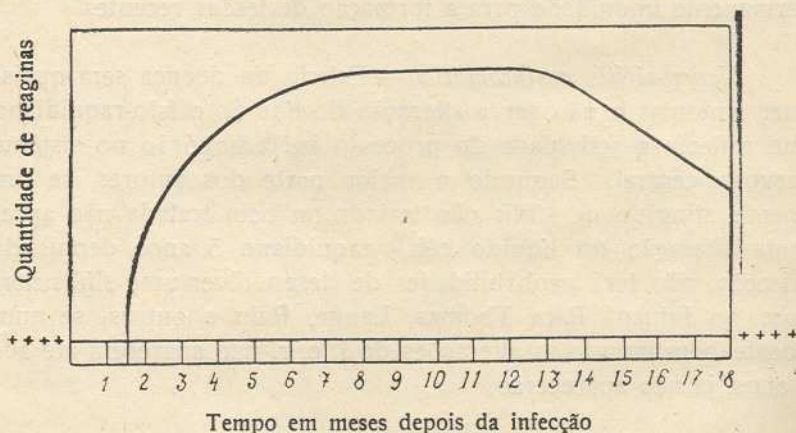


Diagrama da curva provável de produção das reaginas depois da infecção.

GRÁFICO I [FIG. 22]

complemento, verificando depois duma permanência na estufa de 16 horas a 37° a modificação na mobilidade dos treponemas. A descoberta destes anticorpos que os autores chamam « Treponemal Immobilizing Antibodies » é de importância fundamental para o estudo da imunobiologia da sífilis e parece ser uma prova decisiva na diferenciação entre reacções positivas verdadeiras e reacções chamadas falsas positivas biológicas.

Estas provas estão ainda em experiência e portanto não nos ocuparemos delas no decorrer da nossa exposição.

Ao mesmo tempo que a infecção sífilítica produz anticorpos antitreponemas produz também anticorpos que reagem com anti-gêneos lipóídicos extraídos de vários tecidos de animais ou plantas, portanto não específicos em relação ao *T. pallidum*, aos quais nós chamamos *reaginas*.

É este anticorpo que nós procuramos revelar com as reacções sorológicas correntes.

A reagina é contida nas fracções de globulina do sôro e tem pelo menos algumas propriedades de um anticorpo. Não confere imunidade contra a sífilis e não há relação entre quantidade de reagina e severidade da infecção.

Como vemos no gráfico I (Fig. 22) a reagina começa a aparecer no sangue pela 6.^a semana depois do aparecimento da infecção, isto é, 2 a 3 semanas depois do aparecimento do cancro, mas com técnicas mais sensíveis pode ser revelada antes. Rein (comunicação pessoal), empregando técnicas muito sensíveis em doentes com gonorreia, tratados com penicilina e que tiveram uma reacção de Herxheimer, conseguiu obter reacções positivas para a sífilis antes do aparecimento do cancro. Por vezes, a reagina aparece mais tarde e as reacções sorológicas só se tornam positivas passadas 12 semanas da infecção.

Uma vez a reagina começando a formar-se, ela aumenta rapidamente até atingir um máximo que corresponde ao período secundário. No fim deste período, o estímulo antigénico diminue e como regra a reagina diminue também atingindo um nível mais ou menos estável durante o último curso da doença.

Se a sífilis é tratada em 8 ou 10 dias pela penicilina, numa altura em que a reagina está a ser produzida em grandes quantidades, uma análise logo a seguir pode revelar maior quantidade de reagina, mas passado pouco tempo começa a diminuir.

Reacções de que nos servimos para demonstrar a reagina

As reacções de que nos servimos para demonstrar a reagina e indirectamente fazer o diagnóstico da sífilis, são de dois tipos: reacções de fixação do complemento e reacções de precipitação.

As reacções de fixação do complemento para a sífilis, que

entre nós são conhecidas por reacções de Wassermann, podem ser representadas pelas seguintes equações:

Antigéneo + complemento → (não fixação) + glóbulos de carneiros sensibilizados → Hemolise.

Anticorpo + complemento → (não fixação) + glóbulos de carneiros sensibilizados → Hemolise.

Antigéneo + anticorpo + complemento → (fixação) + glóbulos de carneiros sensibilizados → Não hemolise.

Nos 2 primeiros casos dizemos reacções negativas e no 3.º caso reacções positivas.

A reacção antigéneo-anticorpo é revelada pela fixação do complemento, a qual se torna visível pelo sistema indicador hemolisina-glóbulos de carneiro, que não apresenta hemolise em virtude da falta do complemento, depositando-se os glóbulos de carneiro no fundo do tubo.

Nas reacções de precipitação, o sistema é menos complexo: são baseadas na observação de a reagina do soro se combinar com o antigéneo usado na prova, formando agregados visíveis de partículas finamente divididas.

As reacções de fixação do complemento são portanto mais complexas e a sua execução necessita de maior cuidado em virtude dos elementos que entram na prova. Enquanto que nas reacções de precipitação entram só os elementos antigéneo, soro do doente e o diluente, nas reacções de fixação do complemento entram, além desses, a hemolisina, glóbulos de carneiro e o complemento. Todos estes elementos são reagentes biológicos, daí o cuidado e a dificuldade que existe em os manter de modo a darem resultados comparáveis e certos.

Nos últimos anos têm sido feitos esforços para melhorar todos os elementos de modo a tornar as reacções mais específicas e mais sensíveis, o que passamos a enumerar:

Colheita do sangue—O sangue deve ser colhido com seringa seca, na impossibilidade de adquirir recipientes apropriados em que existe o vácuo, ou com seringa fervida em soro fisiológico, para evitar a hemolise que torna tantos espécimens impróprios para a análise. O recipiente em que se lança o sangue

deve estar também seco. Tem mais importância a seringa e os tubos secos do que uma assepsia absoluta, pois o coágulo parece ter uma certa acção bacteriostática. Durante o verão, sobretudo nos meses de Julho e Agosto o soro deve ser separado do coágulo antes de ser enviado para o laboratório e adicionado de 1 mg. de mertiolato (etil-mercúrio tiosalicilato de sódio) que não intervem nas reacções sorológicas.

Com esta técnica os serviços da « Army Medical School » em 20.000 soros, só não aproveitaram, por contaminação bacteriana, 0,1 por cento.

Antigéneo — A descoberta da cardiolipina por Pangborn extraída do coração do boi, assim como a purificação da lecitina e a sua extracção da gema do ovo, trouxeram um grande progresso às reacções sorológicas para a sífilis. A cardiolipina é um fosfolipídio, quase sem impurezas, que não reage por si, mas, misturado com lecitina e colasterol em proporções adequadas, tornan-do-se um antigéneo de escolha, pois elimina muitas reacções fisiológicas falsas, (ex.: paludismo) e sendo um produto estável que se pode reproduzir sempre da mesma maneira, torna-se por isso quase indispensável na titulação das reaginas. A variação dos seus componentes em diferentes proporções dá origem a reacções mais ou menos sensíveis.

Glóbulos de carneiro — É indispensável manter este reagente constante e eliminar definitivamente o costume de o ir buscar ao matadouro para R. F. C.

O emprego da solução de Alsever permite conservar os glóbulos de carneiro por vários meses.

Amboceptor — A preparação da hemolisina para os glóbulos de carneiro, tinha grandes dificuldades em virtude do choque mortal que muitas vezes se dava depois da segunda injecção dos glóbulos ao coelho. A preparação do amboceptor usando o estroma celular em vez das células, permitiu não só preparar hemolisinas com títulos mais altos, mas também evitar a morte dos coelhos.

Complemento — O complemento é um importante reagente que não tendo todos os requisitos pode alterar completamente

os resultados. A maior parte dos pequenos laboratórios não podem ter uma boa criação de cobaias para fornecimento do complemento conveniente e por isso devem utilizar um complemento liofilizado ou seco fornecido por casas comerciais ou por laboratórios centrais, o que está provado que dá os mesmos resultados que o complemento fresco.

O complemento assim obtido deve ter os seguintes requisitos:

- 1.º — A unidade hemolítica exacta não deve ser contida em mais de 0,45 cc de uma diluição a 1:30 quando titulado pelo método de Kolmer.
- 2.º — Humidade — não deve conter mais de 1 % do peso.
- 3.º — Hemoglobina — a sua percentagem deve ser mínima.
- 4.º — As cobaias que fornecem o soro devem estar saudáveis e não terem servido para outros fins.
- 5.º — O produto seco deve conter como preservativo 6 % de acetato de sódio e 2 % de ácido bórico.

Soros testemunhas — Em todas as reacções sorológicas é costume usar-se um soro positivo e um soro negativo como testemunhas. Para testemunha positiva não deve ser escolhido, como é hábito em Portugal, um soro que num dia anterior tenha dado uma reacção com quatro cruces, mas sim um soro previamente titulado, pois caso contrário não nos dará pequenas variações na sensibilidade das reacções executadas nesse dia.

No caso de esse laboratório não titular as reaginas o soro positivo empregado, deve ser um que nos dias anteriores tenha dado um resultado de 2 ou 3 cruces.

Espectrofotómetro — O uso do espectrofotómetro para a standardização do sistema hemolítico é indispensável para manter um nível de sensibilidade constante e para a leitura final das provas.

Outros progressos tais como: o uso de plasma recalificado em vez de soro; o uso de 50 % de unidade hemolítica em vez de 100 % para a determinação do grau de fixação do complemento; o uso de soluções tampões como diluentes em vez do soro fisiológico e a adição de albumina de ovo ou soro normal ao complemento para prevenção de reacções não específicas na

R. de F. C. com o líquido céfalo-raquidiano, etc. etc., tem contribuído muito para o progresso das reacções sorológicas da sífilis.

Eu sei que estes detalhes de técnica pouco interessam aos clínicos, por isso foram ditos em estilo telegráfico, mas parece-me de utilidade o seu conhecimento para os ajudar a ter critério na escolha de um bom laboratório.

Reacções qualitativas e reacções quantitativas — As reacções sorológicas podem ser qualitativas ou quantitativas. As primeiras só nos indicam a existência ou presença da reagina. Nas segundas procuramos medir a quantidade de reagina.

As reacções qualitativas são as que são usadas correntemente em Portugal e, como veremos mais tarde, não satisfazem no seguimento de um doente depois de um tratamento rápido.

As reacções empregadas são sempre reacções de fixação do complemento ou de floculação que podem ser macro ou microscópicas, em tubo de ensaio ou lâmina. São conhecidas por vários nomes, sendo as mais correntemente usadas as de Wassermann, Kolmer, Eagle, etc., para as reacções de fixação do complemento, e Kahn, Kline, Eagle, Hinton, Mazzini, Rein-Bossak, Chediak, etc., para as reacções de precipitação.

Estas diferentes reacções são similares, obedecendo aos mesmos princípios, só diferindo em certos pormenores da técnica.

O soro do doente é aqui empregado geralmente sem diluição e os resultados são registados em cruces, 1, 2, 3 e 4 que representam diferentes graus de reacção.

Tal nomenclatura deve ser abandonada, porque dá uma falsa impressão da medida da reagina e deve ser substituída por — positiva, duvidosa e negativa.

Esta nomenclatura, que nós usamos nos relatos dos nossos resultados aqui no Instituto, é a nomenclatura aconselhada pelos sorologistas americanos.

Actual nomenclatura	Correspondência à nomenclatura correntemente usada em Portugal
---------------------	--

Positiva:	— Fortemente positiva (++++) e Positiva (+++).
-----------	--

Duvidosa:	— Fracamente positiva (++) . Muito fracamente positiva (+).
-----------	---

Negativa:	— Negativa.
-----------	-------------

Nos soros positivos e nos duvidosos fazemos reacções quantitativas, conhecidas vulgarmente por «titulação das reaginas».

Pareceria desnecessário fazer as reacções quantitativas nas reacções duvidosas, mas acontece por vezes que depois da diluição do soro, obtemos reacções fortemente positivas. Isto é explicado por fenómenos de prézona devidos a um excesso de anticorpos, que aparecem com uma certa frequência, principalmente nas reacções de precipitação.

Reacções quantitativas (Titulação de reaginas) — Como vemos no gráfico I (Figura 22), se não empregarmos a técnica quantitativa não vemos o que se passa acima da linha ++++ e ++++, o que pode trazer graves perturbações na interpretação dos resultados sorológicos dum doente em tratamento.

A técnica da titulação das reaginas consiste em diluir o soro sucessivamente 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32, 1:64, etc. por um diluente apropriado, (nós empregamos um soluto tampão), fazer uma reacção de precipitação ou de fixação de complemento em cada uma das diluições e observar os resultados.

A titulação das reaginas pelo método de Wadsworth, Maltaner, é obtida não só pelas diluições sucessivas com soro negativo, mas também pelo emprego de diferentes quantidades de complemento, observando o grau de hemólise que provoca. Processo mais complexo, mas também mais rigoroso e por aquela razão usado em poucos laboratórios.

Maneira de relatar os resultados — Há duas maneiras de relatar os resultados da titulação das reaginas, o de Kahn e o de Harris. No processo de Kahn o resultado é dado pela seguinte fórmula $S = 4 D$ no qual S é a potência do soro em termos de unidades e D é a maior diluição em que o resultado é francamente positivo.

Por ex.: Se um soro é francamente positivo na diluição de 1:8 e negativo ou duvidoso na diluição 1:16, o resultado será 4×8 ou 32 unidades Kahn.

Um soro não diluído que apresente 4 cruces e na diluição 1:2 seja negativo é relatado como tendo 4 unidades.

Harris relata os resultados de uma maneira diferente:

— Marca a titulação em termos da maior diluição que deu uma reacção fortemente positiva.

Ex.: Um soro que dá uma reacção positiva a 1:8 e negativa 1:16 é relatado ter 8 unidades ou 8 dils. Um soro não diluído dando uma reacção forte e outra negativa depois de diluída a 1:2 é relatado possuir uma unidade.

Se a reacção é fraca, é dito ter menos de uma unidade.

Deve ficar bem marcado que uma reacção quantitativa não é necessariamente um auxiliar do diagnóstico do grau da sífilis, mas somente a maior diluição, que em determinado soro, dá uma reacção positiva.

Um doente que tenha um soro que dê uma reacção positiva a 1:8 não é menos sífilítico que um outro cujo soro dê uma reacção positiva de 1:64 etc.

Erros mais frequentes nas reacções sorológicas e a maneira de os evitar — As reacções sorológicas para a sífilis, não são simples reacções químicas, tais como: $\text{Na OH} + \text{H Cl} = \text{Na Cl} + \text{H}_2\text{O}$ dando sempre previsíveis resultados, mas complexos fenómenos immuno químicos. A sua complexidade pode acarretar e acarreta por vezes erros técnicos grosseiros.

Por outro lado, as formas usadas no seu diagnóstico, excepto a prova de Nelson, não são específicas podendo dar resultados positivos em pessoas normais ou em outras doenças não sífilíticas, — reacções biológicas positivas falsas.

E ainda, darem resultados negativos, em indivíduos averiguadamente sífilíticos — reacções biológicas negativas falsas.

1.º — ERROS TÉCNICOS

Má escolha dos reagentes, má técnica, troca de etiquetas nos tubos de prova, ser o resultado do soro dum doente relatado no boletim de outro, etc. Se os resultados não estão de acordo com o exame do doente, o médico deve mandar fazer novas análises nesse e noutros laboratórios e assim livrar-se, ele e o seu doente, de um erro grosseiro. Embora o diagnóstico sorológico seja de primordial importância na sífilis, é preciso ter as causas de erro sempre presentes. O laboratório para controlar os seus erros, deve fazer sempre mais de uma prova. Resultados discordantes em várias provas, sugerem um erro técnico. Nós nunca enviamos ao clínico, sem repetir por várias técnicas, um resultado que seja

divergente em várias provas. A repetição tem grandes probabilidades de eliminar um erro de carácter técnico.

Por outro lado o laboratório deve aferir as suas técnicas com a evolução da doença, trabalhando em colaboração com uma boa clínica de sífilis, o que nós temos procurado fazer, apesar das dificuldades do nosso meio.

O nosso laboratório também envia e recebe soros dos laboratórios do Dr. Harris, da América, Dr. Price da Inglaterra e Dr. Alessandro, da Itália, para confronto dos resultados.

2.º — REACÇÕES BIOLÓGICAS POSITIVAS FALSAS

Em certas situações podem aparecer reacções positivas sem o doente nunca ter tido sífilis.

Segundo Moore em 3.000 pessoas normais 1 pode ter 1 reacção positiva para a sífilis (dados tirados dos inquéritos sorológicos feitos na América do Norte).

Outros indivíduos que os americanos chamam « potential reactors » sofrendo determinadas influências de origem não sifilítica podem apresentar reacções positivas. O quadro I, melhor do que qualquer descrição indica as condições em que podem aparecer as reacções biológicas positivas falsas.

O problema das reacções biológicas positivas falsas é da maior importância, porque, com exclusão da reacção de Nelson, ainda em estado experimental, não temos técnicas laboratoriais absolutamente seguras que nos permitam ver a diferença entre uma reacção verdadeira e uma reacção biológica falsa. Se pensarmos na grande percentagem da sífilis que foi sempre assintomática, ou porque nunca apresentou sintomas ou porque estes nunca foram notados pelo doente, e em que o único sintoma é uma reacção sorológica positiva, vemos a grandeza do problema. Várias tentativas têm sido feitas para determinar a natureza da reagina e a sua destruição entre falsa e verdadeira, mas não têm sido coroadas de completo êxito. Merecem menção especial os trabalhos de Neurath e seus colaboradores com a prova de euglobulina-inibição, mas sendo uma prova complicada, não foi ainda generalizada e em vários casos não consegue atingir o objectivo.

Na prática, em presença de um doente com uma reacção sorológica positiva, sem qualquer sintoma de sífilis presente ou

QUADRO I

Condições conhecidas que podem produzir reacções positivas falsas biológicas (segundo Moore)

Condições	Incidência aproximada
Pessoas normais	1 em 3.000?
INFECCÕES	
<i>Por espiroquetas</i>	
Pian, Pinta	100 %
Sodoku	15 a 25 %
Febre recorrente	20 a 30 %
Leptospirose (Doença de Weil)	10 a 20 %
<i>Por bactérias</i>	
Lepra	40 a 60 %
Tuberculose, estado avançado	1 a 3 %
Escarlatina	2 a 5 %
Pneumonia (pneumococcus)	5 %
<i>Por protozoários</i>	
Malária aguda	100 %
Malária crónica	?
<i>Por virus</i>	
Pneumonia	20 %
Infecção do Ap. respiratório superior	5 a 20 %
Mononucleose infecciosa	cerca de 30 %
Hepatite infecciosa	cerca de 20 %
Vacina	cerca de 20 %
Sarampo	2 a 5 %
Papeira	? alta
Linfogranuloma venéreo	3 a 5 %

passada, devemos fazer todas as tentativas para acertarmos o diagnóstico, isto é, se se trata de sífilis latente ou de uma reacção biológica falsa.

Devemos fazer uma história cuidadosa com o fim de verificarmos se as condições apontadas no Quadro I podem ser responsáveis por essa reacção, assim como o exame clínico completo. Devemos fazer análises repetidas para verificação do título das reaginas, que em regra é baixo e desce em pouco tempo sem tratamento se se tratar de uma reacção biológica falsa.

Deve-se empregar nas reacções o antigéneo cardiolipina que diminui um grande número de falsas positivas.

O emprego da cardiolipina numas reacções e os extractos lipoídicos noutras, pode também dar algumas indicações, porque o título das reaginas com a cardiolipina é em geral mais baixo do que com os outros extractos lipoídicos, se se trata de reacções biológicas falsas.

Concluindo: o médico não deve aceitar o resultado de um laboratório sem passar em revista todas as causas de erro e não instituir um tratamento sem ter um diagnóstico seguro, porque se o fizer perde todas as « chances » de o poder vir a fazer e a dúvida ficará para sempre.

Uma excepção deve ser feita a esta regra, é quando se trata de uma grávida. Neste caso, deve ser feito um tratamento pela penicilina e não perder tempo em firmar um diagnóstico que, se noutros casos não tem importância, aqui pode acarretar a sifilização do feto.

3.º — REACÇÕES NEGATIVAS FALSAS

O quadro N.º 2 dando a percentagem das reacções positivas nos diferentes estados da doença, por diferença dá-nos também os negativos (Moore).

Estas percentagens são superiores às encontradas na literatura corrente e devem-se ao emprego de « tests » mais sensíveis, usados actualmente.

QUADRO II

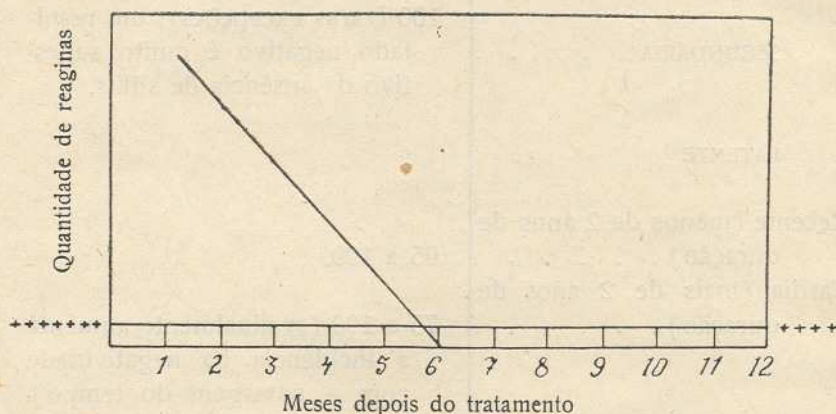
Tipo de sífilis (não tratada)	Incidência de reacções positivas por cento
PRIMÁRIA	Depende da duração da lesão. Menos de 7 dias, geralmente negativa. Depois aumenta rapidamente, até ao aparecimento do secundarismo.
SECUNDÁRIA	100 (raras excepções); um resultado negativo é muito sugestivo da ausência de sífilis.
LATENTE	
Recente (menos de 2 anos de duração)	95 a 100.
Tardia (mais de 2 anos de duração)	75 a 100 (gradualmente aumenta a incidência da negatividade com a passagem do tempo).
SÍFILIS TARDIA	
Benigna (muco-cutânea, óssea)	95 a 98
CARDIO VASCULAR	80 a 95
NEUROSÍFILIS	
Paralisia geral	95 a 98
Tabes	50 a 70
Outros tipos.	80 a 95
CONGÉNITA	
Recente	100 (como na sífilis adquirida)
Tardia	85 a 95

Como se deve seguir sorològicamente um doente com sífilis tratado com os processos rápidos modernos

Aqui é absolutamente indispensável executar a titulação das reaginas e verificar a descida do título de quinze em quinze dias ou de mês a mês.

Os gráficos 2 e 3, mostram em esquema a resposta sorológica depois de um tratamento eficaz pela penicilina.

Se não empregarmos a titulação das reaginas, nada poderemos saber do que se passa acima da ++++ e ++++ e



Curva demonstrando a rápida descida das reaginas de positivas a negativas dentro de seis meses depois do tratamento de sífilis recente.

GRÁFICO II [FIG. 23]

poderíamos interpretar como falha de tratamento e obtermos ainda 4 cruces nas reacções qualitativas passados 3 ou 4 meses.

Em regra numa sífilis primária soro-positiva e numa sífilis secundária, depois de um tratamento pela penicilina, observa-se uma queda brusca no título das reaginas que atinge o zero ou negatividade entre 6 ou 9 meses. Porém, há vários factores que podem influenciar o comportamento sorológico (C. Rein).

1.º — ESTADO DA DOENÇA

Quanto mais antiga é a doença mais tempo há de estímulo antigénico e mais tempo as células do organismo levam a parar com a formação de anticorpos. Como regra, uma sífilis secun-

dária demora mais tempo a tornar-se soro-negativa, que uma sífilis primária.

2.º — DIFERENÇA DE REACÇÃO IMUNOLÓGICA DOS DOENTES

Alguns doentes com sífilis produzem mais reaginas que outros depois do mesmo tipo de estímulo. Os primeiros, como regra, requerem mais tempo para atingir a negatividade.

3.º — TÍTULO DAS REAGINAS

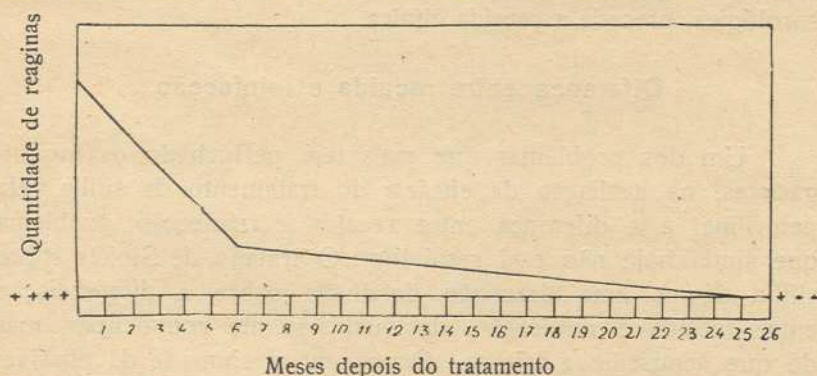
Geralmente, quanto maior for o título no início do tratamento, mais tempo leva a atingir a soro-negatividade.

4.º — SENSIBILIDADE DAS PROVAS

Quanto mais sensíveis forem as reacções, mais tempo é preciso para atingir a negatividade.

5.º — TIPO DE REACÇÃO

Por vezes, certas reacções tornam-se mais depressa negativas que outras, embora tenham semelhante sensibilidade. Ex.: Wassermann positiva e Kahn negativa e vice-versa.



Curva mostrando a descida da R. S. S. de alta a pequena quantidade que pode persistir durante muitos meses depois dum tratamento rápido de casos de sífilis recente.

GRÁFICO III [FIG. 24]

6.º — ESQUEMA DO TRATAMENTO

A quantidade e a duração do tratamento pode também afectar o tempo requerido para atingir a negatividade. Como regra, dentro de certos limites, quanto maior for a dose e duração

do tratamento, menor será o tempo necessário para atingir a soro-negatividade.

Na vigilância sorológica dum doente o que tem mais importância é o aspecto da curva da titulação das reaginas, porque a persistência de reaginas não indica necessariamente a persistência da sífilis. Indivíduos há que continuam soro-positivos toda a vida, sem apresentarem outro sintoma da sífilis.

Na sífilis tardia, por ex., depois de uma queda do título das reaginas a seguir ao tratamento, continua a manter-se o mesmo título durante anos, independentemente dos tratamentos mais enérgicos.

O que não é demais repetir é que devemos seguir os doentes periodicamente com análises de intervalos regulares, primeiro mensalmente, depois de 6 em 6 meses e depois de ano a ano. Se não há oscilações no título das reaginas e há uma tendência para a negatividade, não necessitamos de novo tratamento.

Se, pelo contrário, há uma subida de título das reaginas, subida que se mantém ou se acentua, devemos tratar de novo o doente, porque estamos em presença de uma recaída. A recaída sorológica, precede a recaída clínica.

Diferença entre recaída e reinfecção

Um dos problemas que mais tem perturbado os investigadores, na avaliação da eficácia do tratamento da sífilis pela penicilina, é a diferença entre recaída e reinfecção, problema que ainda hoje não está resolvido. O tratado de Stokes sobre sífilis dá-nos uma descrição detalhada sobre a diferenciação entre recaída e reinfecção, da qual não me vou ocupar, mas de que aconselho a leitura. Ocupar-me-ei somente da possível diferença sorológica. Para C. Rein é possível em muitos casos fazer essa diferenciação.

Em doentes muito bem seguidos sorologicamente pela titulação das reaginas semanalmente, verificou-se que, se se trata de uma recaída, a subida do título das reaginas precede o aparecimento da lesão primária da sífilis. Pelo contrário, se se trata de uma reinfecção, a lesão primária precede a subida do título das reaginas. Isto é, foi um novo estímulo causado pela nova infecção.

É certo, que esta diferenciação tem muitas limitações e só se aplica a casos de sífilis recente, nos indivíduos que ainda não atingiram o estado refractário para as lesões recentes.

Dados laboratoriais na sífilis nervosa

Em virtude dos colegas terem uma lição sobre a semiologia do líquido céfalo-raquidiano, limitar-me-ei a enumerar as provas de laboratório usadas no diagnóstico da sífilis nervosa, que têm uma importância fundamental na vigilância dum sífilítico. Nenhum tratamento pode ser inteligentemente planeado, nem o seu resultado apreciado se não examinarmos o líquido céfalo-raquidiano:

1.º — Em todos os doentes com sífilis recente (primária ou secundária) aproximadamente 6 meses depois do início do tratamento.

2.º — Em todos os doentes com sífilis tardia ou latente antes do início do tratamento.

3.º — Em todos os doentes que suspeitamos terem sífilis.

Provas laboratoriais usadas

1.ª — CONTAGEM DAS CÉLULAS

O número de células, segundo Dattner e Thomas, não deve ser superior a quatro por mm^3 , embora certos autores levem o número máximo a 9, Moore entre outros.

O exame deve ser feito dentro de uma hora depois da colheita em câmaras grandes, tais como a câmara de Fucks-Rosenthal, que permite a contagem em 3mm^3 de líquido.

O aumento do número de células é o sinal mais precoce da sífilis nervosa e aquele que mais depressa desaparece depois de um adequado tratamento.

2.ª — PROTEÍNAS

As proteínas devem ser doseadas, sendo o processo mais prático o do espectrofotómetro e a sua quantidade não deve ser superior a 40 mg. por 100 cc.

As reacções qualitativas, como reacção de Pandy, etc. têm pouco valor. O aumento das proteínas é também um sinal pre-

coce de sífilis nervosa, e que responde bem, embora leve mais tempo a atingir o valor normal do que as células, depois de um tratamento adequado.

3.^a — PROVAS COLOIDAIS

As três provas mais usadas são: o mastic, o benjoim e o ouro coloidal.

Estas provas consistem essencialmente em diluições sucessivas do l. c. r. com o reagente coloidal e apreciação do seu grau de precipitação ou de turvação, fazendo-se depois a construção de curvas.

Os diferentes tipos de curvas dependem do balanço entre fracção de globulina e albumina, do líquido céfalo-raquidiano.

Todo o seu mecanismo e interpretação lhes será explicado na lição do Dr. Igrejas.

O que lhes quero aqui dizer é que esta prova não atinge a normalidade depois de um tratamento adequado tão depressa como as 2 primeiras.

Por vezes leva 3 e mais anos a tornar-se normal. Uma prova que nos dá melhores indicações dá sua viragem para o normal é o novo « test » quantitativo de Lange.

4.^a — R. DE FIXAÇÃO DE COMPLEMENTO

Embora se possam empregar com alguns artifícios as reacções de precipitação no líquido céfalo-raquidiano, o mais comumente usado são as reacções de fixação de complemento. Aqui também devem ser empregadas as reacções quantitativas, porque como em regra se trata de sífilis tardia, se não empregarmos essa técnica, não podemos ver a influência do tratamento no resultado desta reacção em virtude da sua negatividade levar tempo a atingir e por vezes nunca ser atingida, apesar dos tratamentos mais enérgicos.

Critério que deve ser usado na apreciação de um tratamento anti-sifilítico para evitarmos o êrro de repetidos tratamentos desnecessários

Infelizmente ainda não temos um critério seguro de cura da sífilis, mas já temos dados bastantes que nos permitem afirmar com muitas probabilidades a sua cura.

Além da cura espontânea que ocorre em grande percentagem, de 25 a 30 %, temos a diminuição notável dos casos de sífilis tardia apontada por todas as estatísticas depois do advento dos arsenicais e bismuto.

As curas por estas drogas eram demoradas e os esquemas de tratamento variados, dos quais não me ousou ocupar aqui por sair do âmbito desta palestra e ser do conhecimento de todos. Com a introdução da penicilina no tratamento dessa doença provocando a sua cura rápida, vários problemas surgiram e os sifilígrafos de todo o mundo começaram uma discussão interminável. Os tratamentos anti-sifilíticos deviam ser feitos só com a penicilina, ou com a penicilina associada aos sais de bismuto e arsenicais?

Os sifilígrafos de todo o mundo estão de acordo na acção brilhante da penicilina no tratamento da sífilis. No entanto, os autores europeus, pensam que, à penicilina, outros tratamentos devem ser associados. Os franceses dizem que ao tratamento pela penicilina deve ser seguido um tratamento pelo bismuto. Ultimamente, depois do colóquio realizado em Paris, muitas clínicas europeias vão ensaiar o tratamento da sífilis somente pela penicilina.

Os sifilígrafos europeus justificam o seu ponto de vista, pela longa e crónica evolução da doença e pelos resultados já comprovadamente bons das outras drogas.

Os americanos, pelo contrário, em virtude dos primeiros ensaios coroados de êxito no tratamento da sífilis recente, enveredaram pelo caminho de tratar os seus doentes só com penicilina, na convicção de que se a penicilina actuava maravilhosamente na sífilis recente, também devia actuar na sífilis antiga. Por outro lado, a sífilis sendo tratada no incio deixa de ser uma doença crónica para ser uma doença aguda e como tal tratada.

Se não fôsse o espírito americano, que alguns chamam audacioso, mas eu prefiro chamar científico, ainda hoje continuaríamos a tratar os nossos doentes com variadas drogas e durante um tempo que só as pessoas com um temperamento muito especial podiam levar ao fim.

Segundo todas as estatísticas americanas e algumas francesas a penicilina obtem a cura da sífilis recente em 80 a 90 % dos doentes tratados com ela, desde que seja feito um bom esquema de tratamento, que consiste em manter durante 8 a 10 dias

um nível de penicilina no sangue de 0,03 unidades por cc., o que se obtém com cerca de 5.000.000 de unidades.

A maioria das estatísticas, apresentam uma percentagem de 10 a 20 % de insucessos nos doentes tratados só com a penicilina, devido a falhas no tratamento ou reinfeção. Estas falhas obrigam-nos a ser cautos e a seguir os nossos doentes durante muito tempo. Em virtude dos conhecimentos da biologia da sífilis, é de aconselhar o esquema seguinte:

Sífilis primária soro-negativa — Reacções sorológicas todos os meses e no fim de seis meses análise do líquido céfalo-raquidiano.

Se todas as provas são negativas devemos fazer uma reacção sorológica todos os 2 meses até um ano e depois de 4 em 4 meses até dois anos.

No fim de dois anos nova análise do líquido céfalo-raquidiano.

Se todas estas provas são negativas devemos considerar o doente curado, mas por excesso de prudência deve ser vigiado até aos 5 anos, com uma prova sorológica todos os anos e ao fim dos 5 anos nova análise do líquido céfalo-raquidiano.

As recaídas, a maior parte dão-se até aos 9 meses e são raras mas possíveis até aos dois anos, passado os quais são uma raridade.

Sífilis primária soro-positiva e sífilis secundária — Os doentes aqui devem ser seguidos do mesmo modo que para a sífilis primária soro-negativa, mas devemos fazer a titulação da reagina, pois a sua curva é que nos guia no comportamento. Se o título vai descendo nas repetidas análises não devemos fazer tratamento. (Thomas e colaboradores, se aos 9 meses o título é superior a 32 unidades Kahn ou 8 unidades Harris, fazem arbitrariamente e por segurança, um novo tratamento semelhante ao primeiro). Se o título das reaginas subir e se mantiver na subida em 2 análises consecutivas com 15 dias de intervalo, é sinal de recaída ou reinfeção, e o doente deve novamente ser tratado.

Por vezes o título leva um ano ou mais a atingir o zero e por mais tratamento que se faça não se altera esse ritmo.

Sífilis latente — Aqui o problema é mais complicado e as opiniões não são todas unânimes. No entanto segundo C. Rein, Thomas e outros, os princípios a manter são os mesmos.

Exame do líquido céfalo-raquidiano antes do início do tratamento, para ver se o sistema nervoso está afectado (não esquecer que os esquemas de tratamento da sífilis nervosa são diferentes dos da sífilis recente).

Titulação de reaginas e determinação da sua curva. Por vezes, sobretudo se a sífilis é antiga, não se consegue baixar o título das reaginas ou levá-lo a zero, por mais tratamento que se faça. Nestas condições, depois de um tratamento pela penicilina conveniente, o doente não deve ser novamente tratado, a não ser que o título das reaginas oscile duma maneira significativa, por ex. de 8 unidades Harris passar para 32.

Sífilis nas grávidas — Embora as estatísticas apresentem os mesmos resultados que na sífilis das não grávidas, aqui devemos manter um critério diferente. Na hipótese de no 8.º mês da gravidez a sorologia não ser negativa, deve-se fazer como medida de segurança um novo tratamento pela penicilina.

Sífilis nervosa — Na sífilis nervosa o critério de cura deve ser laboratorial como o têm proclamado Thomas e Datner no seu célebre «Statement». Nos doentes com afecção do sistema nervoso, a eficácia da penicilina, está apresentada em várias estatísticas (80 a 90 % de curas), sendo o critério de cura apreciado por meios laboratoriais. O desaparecimento da sintomatologia não é um bom critério para apreciação de um tratamento porque por vezes a doença já causou lesões irreparáveis e incapazes de serem curadas por qualquer tratamento.

O critério a seguir deve ser: Retorno ao normal do número de células, que deve ser atingido num prazo máximo de 6 meses. Se ao fim desse tempo as células não atingiram o número normal, o doente deve ser tratado novamente.

As proteínas podem levar mais 2 ou 3 meses a atingir o seu normal.

As reacções de fixação do complemento e coloidais levam muito tempo a tornar-se normais, pelo que devem ser feitas quantitativamente.

Por vezes mantêm-se positivas durante anos, sem que isso queira dizer que sejam influenciadas por novo tratamento.

Portanto o melhor critério de cura é o regresso ao normal do número de células e proteínas.

Sífilis do recém-nascido — Um recém-nascido pode apresentar uma reacção sorológica positiva, sem que isso queira dizer que está atacado de sífilis, mas sim a transmissão da reagina da mãe para o filho. através de uma placenta intacta. Se fôr esse o caso, o título das reaginas da mãe é igual ao do feto e passados 2 ou 3 meses as reacções tornam-se negativas sem qualquer tratamento.

No caso de se tratar de uma infecção sífilítica as reaginas sobem ou mantêm-se no mesmo nível.

O assunto é vasto para ser tratado numa lição, no entanto parece-me que percorri duma maneira sumária os pontos fundamentais de interpretação das reacções sorológicas da sífilis que interessam ao clínico prático.

Este sintoma, que muitas vezes é o único que temos da existência da sífilis, precisa de ser perfeitamente interpretado para não cairmos em erros que podem ser perniciosos para o doente e para o prestígio do médico.

BIBLIOGRAFIA

- CHESNEY, A. M. — *Immunity in Syphilis* — 1927.
- DATTNER, B. — *The Management of Neurosyphilis* — 1944.
- THOMAS, E. — *Syphilis, its course and Management* — 1949.
- A Symposium on current progress in the study of Venereal Diseases* — 1949
— Federal Security Agency.
- DEMANCHE, R. — *Précis de Technique du sero-Diagnostic de la Syphilis*
— (4.^a edição).
- MOORE, J. E. — *Penicillin in Syphilis* — 1946.
- Modern Clinical Syphilology* — 3.^a ed. — 1944 — Stokes, J. H.; Beerman,
H. and Ingraham, N. R. Jr.
- KABAT AND MAYER — *Experimental Immunochemistry* — 1948.
- Colóquio Internacional sobre a Sifilis* — Paris, 1950.
- BEERMAN, H. NICHOLAS, L.; BUERK, M. S.; FORD, W. T. — *Syphilis —
A Review of the Recent Literature* — 1950.
- DEGOS, R. — *Syphilis* — 1948 — 4.^a edição.
- ARNOL, R. C.; MAHONEY, J. F. AND CUTLER — *Reinfection in Experimental
Syphilis in Rabbits Following Penicillin Therapy* — Am. J. Syph. Gon.
and Ven. Dis. 31:264, 1947.
- BEERMAN, H. — *The problem of Reinoculation of Human Being with Spiro-
cheta Pallida.*
- HARRIS, A. D. — *Quantitative Serologic Tests for Syphilis, Standard Method
of Reporting* — J. Ven. Dis. Inform.: 28:249, 1947.
- LANGE, C. — *Methods for the examination of Spinal Fluid* — Am. J. Syph.
Gon. and Ven. Dis., 23:638., 1939.
- MAGUNSON, H. J.; AND THOMPSON, F. A. — *Treponemal Immobilization Test
on Normal and Syphilitic Serums* — J. Ven. Dis. Inform. 30:309, 1949.
- MAILLARD, E. R. AND ORZEL A. — *The value of the Quantitatively Standar-
dized Complement Fixation. Test in the Diagnosis and Treatment of
early Syphilis* — Am. J. Syph. Gonorr. and Ven. Dis ; 30 : 490, 146.
- NELSON, R. H. AND MAYER, M. M. — *Immobilization of Treponema Pallidum by
Antibody produced in Syphilitic Infection* — J. Exp. Med.; 89: 369 — 1949.
- REIN, C. R. AND KOETANT G. H. — *Nature of Antigens and Antibodies in
Serology of Syphilis* — Archives of Dermatology and Syphilology. Vol. 60
pp. 217-226.
- REIN, C. R. AND BOSSAK, H. N. — *Merthiolate (Sodium Ethyl Mercuri Thiosal-
icylate) as a preservative in sero for the serodiagnosis of Syphilis* —
Gon. and Ven. Dis. 30 ; 342-343 -- 1946.
- REIN, C. — *the Serologic Tests in Penicillin-treated Syphilis* — New York State
G. Med. ; 47 : 2450 — 1947.
- THOMAS, E. W. — *Le Traitement rapide de la Syphilis, par la Peniciline* —
Ict II Bull. Org. Mondiale de la Santé 1949, 2 — 251 a 276 — 1949.

Exames médicos sanitários pelos Subdelegados de Saúde ⁽¹⁾

por E. ROCHA SANTOS

Medi a responsabilidade que me foi cometida, pelo honroso convite do Ex.^{mo} Sr. Director deste Instituto, para vir fazer uma lição ao curso de aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde.

Senti o peso do encargo, e mesmo assim só encontrei uma palavra que a consciência me ditou como resposta condigna: — Presente.

Dificuldades, quem as não tem em assuntos desta natureza? De dificuldades é fértil a acção dos Subdelegados de Saúde que trabalham em condições imperfeitas para conseguir o rendimento e a eficiência que o serviço sanitário exige.

Dificuldades sente-as o Governo da Nação, através do muito que vai fazendo em beneficio da Saúde Pública, ao tomar conhecimento do que importa fazer. E tem de ser assim; em Saúde Pública estavamos atrasados e por outro lado, aquilo que hoje parece satisfazer, pode amanhã, apresentar-se insufficiente.

Merece os melhores aplausos o Ex.^{mo} Sr. Director Geral de Saúde por promover estes cursos para os Ex.^{mos} Subdelegados de Saúde, certamente com o intuito de os pôr ao corrente da forma por que os problemas sanitários actualmente se agitam e de os ouvir acerca das dificuldades que embaraçam as suas atribuições.

(1) Lição proferida no VII Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, em 28 de Maio de 1951.

Honra seja feita ao Governo que os autorizou.

Mais duas razões pesaram na minha determinação de aceitar tão honroso convite.

Foram elas :

A primeira — Por ter ocasião de, neste ambiente acolhedor, agradecer a V. Ex.^a Sr. Director deste Instituto o honroso convite que me dirigiu, e apresentar-lhe a expressão do muito apreço pelas suas altas qualidades de inteligência e de dedicação, que sempre e sem reservas, colocou ao serviço desta Instituição, tão prestante aos serviços da Saúde Pública.

A segunda — Por me ser dada a oportunidade de saudar a nobilíssima embaixada de Subdelegados de Saúde que neste momento e para mim, representa a classe dos sanitaristas concehios que através de muitos sacrificios e por vezes em dificeis circunstâncias têm sabido defender a Saúde de 4/5 da população portuguesa.

Ex.^{mos} Colegas

Os problemas sanitários são geralmente muito delicados para quem os expõe e monótonos e fatigantes para quem ouve descrevê-los.

Antes de entrar no assunto da minha fala desejo dizer-vos que confio na vossa benevolência e que vou começar agarrado à esperança de ser bafejado pela luz benéfica que jamais se apagará, nesta casa, onde brilhou como um Astro de maior grandeza, pelo espírito, pela cultura e pela inteligência, o seu Ilustre Patrono, o Dr. Ricardo Jorge.

Rendo-me em homenagem de respeito e de admiração perante a fulgência de tão invulgar actividade sanitária que por ser tão grande não cabia no limitado âmbito das nossas fronteiras.

Epidemiologista dos mais consagrados do seu tempo, marcou lugar destacado no Mundo Culto, honrando como poucos a sua Pátria, Ele continuará a ser, aproveitando o dizer feliz do seu dilecto discípulo, o Ex.^{mo} Senhor Dr. José Alberto de Faria, « O Mestre de todos nós ».

Permitam-me V. Ex.^{as} a abertura de um parágrafo especial onde fique consignada a minha melhor consideração ao Ex.^{mo} Senhor Dr. José Alberto de Faria, pelo muito que a Saúde Pública e todos nós lhe devemos.

Assim, encostado a um bordão de tão fina têmpera, vou entrar no assunto mais confiadamente.

Exames médicos sanitários pelos Subdelegados de Saúde

Neste caso, devem considerar-se exames médico-sanitários, todos os exames médicos feitos pelos Subdelegados de Saúde, tendo como objectivo principal a defesa da saúde individual ou colectiva.

São determinados por officios, Decretos, Decretos-leis, Leis, Portarias ou por Instruções da Direcção Geral de Saúde. Esta regula sempre as normas dos serviços.

Este serviço de exames, embora corrente, é de muito interesse sanitário e de grande alcance social no domínio da profilaxia e maior será quando os subdelegados de saúde dispuserem dos meios de acção indispensáveis, tais como :

- a) Uma repartição condigna.
- b) Transporte, como norma de determinados serviços.
- c) Pessoal competente para colaborar na sua actividade.
- d) Quando estiver livre das obrigações municipais, tantas vezes incompatíveis com as suas atribuições sanitárias.
- e) Melhor colaboração dos clínicos municipais.
- f) Mais completa notificação das doenças infecto-contagiosas.
- g) Devem dispor dum código sanitário que lhes determine as suas atribuições, os seus deveres e as suas regalias.
- h) Melhor colaboração das autarquias locais, especialmente em hygiene, salubridade e profilaxia.
- i) Remuneração correspondente aos seus serviços e à sua categoria.
- j) Exigir às Câmaras prioridade nos serviços de abastecimentos de água, de remoção de lixos, na construção de balneários, de lavadouros e na fiscalização da hygiene concelhia, etc.

Também não é de desprezar a vantagem de os exames serem feitos, escrupulosamente, tendo em atenção que é dos serviços de saúde aquele que mais frequentemente acarreta surpresas e dissabores aos funcionários de saúde concelhios.

Na maioria dos casos estão em colisão os interesses dos examinados com as obrigações sanitárias do funcionário de saúde.

Os candidatos a funções públicas escondem, por vezes, com grande perícia, lesões que, se não forem percebidas pelo funcionário, este poderá ser arrastado posteriormente a situações embaraçosas e até difíceis. Citarei o caso de um indivíduo a quem, embora muito dolorosamente, neguei um atestado de robustez para funções públicas, e que conseguiu esse atestado, não sei como, nem onde foi passado. Lembro-me apenas de que, passado pouco tempo, acompanhado da esposa que o amparava me pedia um atestado para internamento urgente no Caramulo.

Verifiquei pelo exame clínico e por uma radiografia por ele apresentada as suas lesões cavitárias bilaterais; e enquanto eu lhe passava o atestado ouvi o seguinte comentário: «afinal o Doutor tinha razão quando há cinco meses, me negou o atestado, se não o tivesse conseguido não estaria casado, nem talvez no estado em que me encontro». Sem comentários, apenas lhes direi que o estado era desesperado, durou alguns dias.

Com outro aspecto, o problema continua e tem aparecido em algumas subdelegações de saúde pela forma seguinte:

Um indivíduo munido de um atestado médico em que se declara que F .. tratado no sanatório tal .. se encontra clinicamente curado. Este indivíduo pede um atestado de robustez para funções públicas. Aqui deixo à consideração de V. Ex.^{as} a solução deste caso, fazendo votos por que tais situações sejam pouco frequentes.

As dificuldades que surgem nos exames para condutores de automóveis conhecem-nas V. Ex.^{as} como eu e não cabe no âmbito de uma lição a sua descrição, apenas lhe deixo a referência de que, tratando-se da defesa de «interesses de terceiros — a vida do público, nunca, em caso de dúvida poderá ser passado o atestado aprovativo, a junta médica que decida.

Além da observação clínica atenta e minuciosa, terá de recorrer-se, em caso de dúvida, aos exames laboratoriais, exames radiográficos, relatórios de clínicos especializados que, guardados

nos arquivos da subdelegação, serão amanhã preciosos elementos contra eventuais surpresas.

É, de resto, preceito legal que « o resultado de todos os exames médicos feitos pelos funcionários de saúde seja registado em livro especial » (primeira parte do Art.º 22.º do Decreto n.º 13.166, de 28 de Janeiro de 1927); para completar esta disposição legal emitiu a Direcção Geral de Saúde, em 21 de Março de 1927, a circular com as seguintes instruções applicáveis « Dos exames médicos que o delegado de saúde efectue fará registo em livro especial, consignando o nome do examinado, data e resultado do exame, e fim para que se fez » (emigração, funções públicas, etc.).

Estes exames devem ser conduzidos de harmonia com o fim a que se destinam e a legislação que os determinou.

Vou referir-me aos seguintes:

1 — A candidatos a funções públicas:

São feitos por força do art.º 6.º do Decreto N.º 15.518, de 29 de Maio de 1928, que determina: nenhum individuo pode ser nomeado funcionário público sem que previamente apresente três atestados médicos em que se declare que o candidato « *tem a robustez necessária para exercício do cargo e não sofre de doença contagiosa, particularmente de tuberculose contagiosa ou evolutiva* », devendo um dos atestados ser passado pelo inspector ou delegado de saúde (actualmente subdelegado) da área em que o candidato tem a residência.

Estes atestados:

- a) São passados em papel selado (art.º 17.º da Tabela do Imposto do Selo aprovado pelo Decreto N.º 21.916, de 23 de Novembro de 1932).
- b) Passados em outro documento, ficam obrigados à taxa do papel selado paga em estampilha fiscal, inutilizada pelo subdelegado (Despacho de Sua Excelência o Senhor Subsecretário de Estado das Finanças de 13 de Março de 1927).
- c) Serão passados sob compromisso de honra (Despacho de Sua Excelência o Senhor Ministro das Finanças de 3 de

- Outubro de 1936), comunicado pela circular n.º 1332 da Direcção Geral de Saúde de 8 de Outubro de 1936.
- d)* Devem ter o número do bilhete de identidade (3.º 1.º do art.º 8.º do Dec. n.º 19.478).
 - e)* Devem indicar o cargo a que o candidato concorre (Art.º 6.º do Decreto N.º 15.518, de 29 de Maio de 1928).
 - f)* Estão sujeitas às taxas em estampilhas fiscais de : — \$15 cent. (arredondada para \$20) por efeito da alínea *g)* do art.º 2.º da lei de 12 de Junho de 1901 e do Decreto N.º 4.213, de 25 de Abril de 1918.
— 10\$00 por força do N.º 3.º do art.º 35.º do Dec. N.º 12.477, de 12 de Outubro de 1926.
 - g)* A sua validade é de três meses, por efeito da alínea *d)* do Artigo 4.º do Decreto n.º 26. 341, de 7 de Fevereiro de 1936.
 - h)* O registo obrigatório dos exames feitos pelo Subdelegado de Saúde e a cobrança do emolumento de 10\$00 pelo exame são feitos por força do Artigo 22.º do Decreto N.º 13.166 e do Artigo 5.º do Decreto N.º 14.372, de 30 de Setembro de 1927 e dos Artigos 1.º e 2.º do Decreto N.º 18.759, de 12 de Agosto de 1930.
 - i)* Este emolumento, como todos os percebidos pelo subdelegado de saúde, constitue receita do Estado, conforme determina expressamente o art.º 14.º do Decreto N.º 26.115, de 23 de Novembro de 1935.
 - j)* Os emolumentos recebidos e registados serão discriminados no mapa de arrecadação de receitas, modelo da Direcção Geral de Saúde, e por este serão preenchidas as guias que na Tesouraria da Fazenda Pública dão entrada à cobrança, efectuada no mês anterior, até ao dia 10 de cada mês (Art.º 2.º do Decreto N.º 18.759).
 - l)* O duplicado do mapa e da guia ficarão arquivados na Subdelegação de Saúde. O mapa será naquela data remetido à Delegação de Saúde.
 - m)* Os atestados devem ser legalizados com o selo branco da repartição depois de assinados e datados sobre as estampilhas fiscais.
 - n)* Por determinação de Sua Excelência o Senhor Ministro das Finanças foi estabelecida a imediata suspensão do abono de vencimento ao pessoal dos serviços que não cumpra aquela disposição, ficando sujeito às cominações legais (cir-

cular N.º 1.246, de 21 de Junho de 1930 da 3.ª Repartição Geral da Contabilidade Pública):

- *A professores primários para concurso*: Os atestados médicos devem comprovar « que o requerente não sofre de moléstia contagiosa, tem robustez suficiente para exercer o magistério e não tem defeito ou deformidade física incompatível com a disciplina escolar », conforme o preceituado na alínea *f*) do Art.º 6.º do Decreto N.º 19.531, de 30 de Março de 1931.

Os exames e mais formalidades serão as seguidas para com os candidatos a funções públicas:

- *Aos professores agregados dos liceus* é exigido atestado semelhante pelo parágrafo único do Art.º 260.º do Decreto N.º 7.558.
- *A concorrentes para regentes dos postos de ensino primário*: Também o atestado é passado nas referidas condições e em impresso modelo do Ministério da Educação Nacional.

2 — A candidatos a condutores de automóveis:

Os exames médicos de candidatos a condutores ou a condutoras de automóveis são feitos nas subdelegações de saúde por força do Decreto N.º 18.406, de 31 de Maio de 1930, que aprovou o Código da Estrada.

O regulamento para a execução do Código da Estrada foi aprovado pelo Decreto N.º 19.545, de 31 de Março de 1931.

Este Decreto alterou assim o parágrafo 2.º do Art.º 22.º do Decreto N.º 13.166 que mandava fazer os referidos exames em Lisboa e Porto.

Os requerimentos para exames de condutor de automóveis serão acompanhados de um « atestado médico passado pelo inspector ou delegado de saúde (actualmente Subdelegado) do conselho da residência ou localidade onde se realizar o exame »... (conforme a alínea *d*) do Art.º 86.º do citado Decreto N.º 18.406.

Nestes exames devem ser observadas rigorosamente as Instruções da Direcção Geral de Saúde e que constam:

Da circular N.º 8, de 21 de Abril de 1932.

Da circular N.º 131, de 30 de Novembro de 1934.

Da circular N.º 124, de 23 de Maio de 1936.
Da circular N.º 485, de 29 de Outubro de 1937.
Da circular N.º 2.343, de 26 de Outubro de 1948.
Da circular N.º 368, de 27 de Agosto de 1949.

De harmonia com as referidas Instruções e com os Decretos N.ºs 18.406, 23.499 e 23.553 foram estabelecidos três tipos de exames.

- a) *Exame de condutor de automóveis ligeiros*:—No respectivo atestado será mencionado o disposto na alínea *d*) do Art.º 86.º do Código da Estrada (Decreto 18.406): «Não é dotado de temperamento nervoso, incompatível com a necessária serenidade, não sofre de perturbações visuais ou auditivas, de doenças contagiosas ou de aleijão ou deformidade que o estorvem de bem conduzir automóveis».
- b) *Exame para condutores de automóveis pesados*:—Nos atestados para estes casos será mencionado o disposto no Art.º 3.º do Decreto-lei N.º 23.553, de 6 de Fevereiro de 1934: «Tem aptidão física e robustez suficientes para o exercício do profissionalismo».
- c) *Exame para condutor de serviço público*:—No respectivo atestado será mencionado o referido no disposto na alínea *c*) do Art.º 60.º do regulamento aprovado pelo Decreto-lei N.º 23.499, de 24 de Janeiro de 1934: «Possui aptidão física adequada à responsabilidade do serviço de carreiras e a robustez suficiente para o exercer intensivamente».

Para estes exames deve seguir-se rigorosamente o que consta das referidas circulares e respectivas instruções, e ter à mão a circular N.º 485 com as respectivas Instruções».

- 1.ª — Sempre que o examinado tenha qualquer deficiência, seja qual for, se proceda nos termos da instrução 4.ª da circular N.º 8 dando conhecimento à Inspeção de Higiene do Trabalho e das Indústrias (que pelo Decreto-lei N.º 35.108 ficou com a direcção destes serviços, do que observou);
- 2.ª — Sempre se verifique cuidadosamente o que se refere nos diversos números da instrução 3.ª..., muito especialmente

o que se indica para a visão, para a audição e para quaisquer lesões dos membros superiores ou inferiores;

- 3.^a — Se dê rigoroso cumprimento ao disposto nas instruções 9.^a e 10.^a da referida circular N.º 8;
- 4.^a — Se registem devidamente os examinados que sejam reprovados cujos nomes, idades, naturalidades e números de bilhetes de identidade serão anotados;
- 5.^a — De todos os indivíduos examinados ficará constando o resultado do exame;
- 6.^a — Tratando-se de exames que visam à defesa de interesses de terceiros — a vida do público — *nunca*, em caso de dúvida, a um candidato pode ser passado atestado aprovativo;
- 7.^a — Nos atestados médicos a condutores ou candidatos a condutores de automóveis seja sempre consignada a declaração do interessado de que não foi examinado anteriormente por outro funcionário de saúde; e se declarar tê-lo sido, assim constará do atestado com a indicação de qual o funcionário que o examinou; neste último caso será sempre feita a respectiva comunicação à Direcção Geral de Saúde.

O Conselho Superior de Viação pode ordenar a reinspecção médica dos condutores sempre que suspeite da sua integridade ou robustez física ou mental, e cassar-lhes as cartas, temporária ou definitivamente (Art.º 153.º do Decreto N.º 18.406).

Os condutores de carreiras de serviço público devem estar habilitados com licença de condutor de automóveis pesados e para esta licença é exigido o respectivo atestado passado pelo subdelegado de saúde há menos de três meses. Este atestado carece de confirmação de dez em dez anos para os condutores de menos de 45 anos, e de cinco em cinco anos para os que tenham mais de 45 anos.

O Conselho Superior de Viação pode mandar examinar qualquer condutor pelo Subdelegado de Saúde quando duvide das suas condições de robustez. Estas exigências são determinadas para efeitos do parágrafo 3.º e alínea *b*) do Art.º 107.º do Código da Estrada.

Para os condutores de serviço público determina o Decreto-lei N.º 23.499, de 24 de Janeiro de 1934, pelo Art.º 60.º:

Só podem conduzir automóveis pesados de carreiras de

serviço público, os condutores profissionais de menos de 60 anos cujas cartas tenham a indicação « serviço público de passageiros », que será aposta pela respectiva secção técnica, a requerimento do interessado, mediante a prestação de uma prova complementar e apresentação dos documentos seguintes :

-
c) atestado comprovativo de possuir a aptidão física adequada à responsabilidade do serviço de carreiras e a robustez suficiente para o exercer intensivamente.

O parágrafo 1.º do referido Artigo determina que o atestado a que se refere a alínea c) tem a validade de 90 dias e que carece obrigatoriamente de confirmação de cinco em cinco anos para os condutores com menos de 45 anos e de dois em dois anos para os condutores com mais de 45 anos.

O parágrafo 2.º dá à Direcção Geral dos Serviços de Viação a faculdade de mandar examinar estes condutores pelo subdelegado ou por outro médico sempre que duvide da existência das condições referidas.

Nos exames médicos sanitários são motivos determinantes de exclusão, em regra -- a idade superior a 60 anos para a condução de qualquer veículo (N.º 10.º do Art.º 16.º do Código da Estrada).

A condução de qualquer veículo será vedada a partir dos 70 anos, e a de veículos pesados ou de serviços públicos a partir dos 60 anos (Art.º 12.º).

Estes atestados estão sujeitos à taxa de 50\$00, em estampilhas fiscais por força do disposto no N.º 2.º do Art.º 35.º do Decreto 12.477, de 12 de Outubro de 1926, conforme o despacho de Sua Excelência o Senhor Subsecretário das Finanças de 20 de Outubro de 1939.

O emolumento de 30\$00 é cobrado por efeito do parágrafo 2.º do Art.º 22.º do Decreto N.º 13.166, e tem o destino a que se referem os Art.ºs 1.º e 2.º do Decreto N.º 18.759 e o Decreto 26.115.

Determinou Sua Excelência o Ministro das Comunicações, por seu despacho de 29 de Setembro de 1948, que os condutores de automóveis dos Serviços do Estado e dos Corpos Administrativos, que venham a ser aposentados por motivo de a Junta

Médica os considerar incapazes, sejam intimados a não conduzir e se lhes retire a carta de condução. Nestes termos sempre que nos serviços de V. Ex.^{as} se verifiquem casos destes, deverá dar-se conhecimento deles à Direcção Geral dos Serviços de Viação, para que esta proceda em conformidade (ofício Circular da Direcção Geral de Saúde, N.º 2.343, de 26 de Outubro de 1948).

A partir de 24 de Novembro de 1950 ficaram V. Ex.^{as} com outro tipo de exame que é:

d) Exame para a carta de condutor de tractor agrícola: — É feito por força do Art.º 3.º do Decreto-lei N.º 38.070, de 24 de Novembro de 1950 que determina que os tractores agrícolas só possam circular na via pública conduzidos por titulares da carta de condutor de automóveis pesados ou de carta de condutor de tractor agrícola. Para obter esta carta é necessária a apresentação dum atestado passado pela autoridade sanitária do Concelho da residência do candidato. O exame será feito como para os condutores de automóveis pesados.

O atestado será passado como determina a alínea *b)* do parágrafo único do Art.º 4.º do citado Decreto-lei N.º 38.070, devendo mencionar-se: « Não é dotado de temperamento nervoso incompatível com a necessária serenidade, não sofre de perturbações visuais ou auditivas, nem de doença contagiosa, de aleijão ou de deformidade que o estorve de bem conduzir, e tem a destreza, robustez e força suficientes para a condução de tractores agrícolas ».

Este atestado só pode ser passado a candidato que pelo bilhete de identidade prove ser maior de 21 anos, alínea *a)* do parágrafo único do Art.º 4.º do citado Decreto-lei.

3 — A candidatos à emigração :

Os exames são feitos pelo Subdelegado de Saúde por ser obrigatória a apresentação de atestado de sanidade de todos os emigrantes nas condições previstas pelo parágrafo 1.º do número 22.º do Decreto N.º 13.166, de 28 de Janeiro de 1927.

Este exame sanitário prévio a que se refere o citado Decreto e o Art.º 29.º do Decreto N.º 13.213, de 4 de Março de 1927 deve incidir sobre a robustez do pretendente a emigrante e a

possível existência dos estados consignados na Tabela A, anexa ao Regulamento Técnico dos Serviços de Assistência Médica e protecção aos emigrantes portugueses, aprovado pelo Decreto N.º 13.620, de 28 de Abril de 1927, conforme o consignado pelo Citado Regulamento no Art.º 1.º e que no parágrafo único determina que o funcionário de saúde que passar o atestado fica responsável nos termos do Art.º 33.º do Decreto N.º 13.213 pelas despesas feitas pelo emigrante no caso da revisão médica o regeitar.

A superintendência técnica nos serviços de assistência médica aos emigrantes portugueses é da competência da Direcção Geral de Saúde conforme o preceituado no N.º 16 do Art.º 15.º do Decreto-lei N.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945 e que é das atribuições da Direcção dos Serviços Técnicos de Defesa Sanitária dos Portos, Fronteiros e Transportes Colectivos. Esta, em colaboração com a Junta de Emigração modificou o atestado do modelo anexo ao Regulamento técnico dos serviços de assistência médica e protecção aos emigrantes portugueses. Desta modificação foi dado conhecimento a V. Ex.^{as} pelo officio Circular da Direcção Geral de Saúde em 15 de Maio de 1949.

Estes atestados têm a validade de 90 dias, conforme o determina a alínea *d*) do Art.º 4.º do Decreto N.º 26.341, de 7 de Fevereiro de 1936.

São onerados com as taxas de \$20 centavos, alínea *g*) do Decreto 4.213 do Art.º 2.º da lei de 12 de Junho de 1901 e 10\$00 em estampilhas fiscais N.º 3.º do Art.º 35.º do Decreto 12.477 e o emolumento de 10\$00 em dinheiro cobrado pelo Subdelegado conforme o preceituado pelo Art.º 22.º do Decreto N.º 13.166, e que é receita do Estado conforme a legislação anteriormente citada.

4 — Ao pessoal do desemprego :

— Para efeito da sua inscrição no Commissariado do Desemprego é necessário um atestado nos termos do Art.º 41.º do Decreto N.º 21.699, de 19 de Setembro de 1932. Estes atestados estão isentos de selos e de emolumentos, devendo no texto indicar-se expressamente o que aqui se determina, (despacho de 14 de Outubro de 1940 de Sua Excelência o Senhor Subsecretário das Finanças).

— Para efeito de justificação ou concessão de licenças por meio de pareceres do Subdelegado de Saúde, que só serão emitidos, quando pedidos directamente pelos serviços do Commissariado, e neste caso gratuitamente e em officio devidamente autenticado com o selo branco, não sendo de aceitar tal pedido quando feito pelos próprios interessados (Circular N.º 359 da Direcção Geral de Saúde, de 13 de Março de 1941).

5 — Para efeito de abono de família :

- a) A filhos ou netos de funcionários públicos, com mais de 14 anos, estudantes que interromperam o estudo por motivo de doença, o direito ao abono de família só pode manter-se quando a doença for devidamente comprovada por atestado do médico passado ou confirmado pelo Subdelegado de Saúde, dentro do limite de idade estabelecido pelo Decreto-lei N.º 32.588, de 20 de Fevereiro de 1943.
- b) A pessoas de família de operários das Caixas de abono de família e das Caixas de Previdência Social.

Em qualquer dos casos, só quando o resultado do exame forneça elementos para a confirmação (Despacho de Sua Excelência o Senhor Subsecretário da Assistência de 21 de Março de 1950).

6 — Para efeitos de amparo de família :

Pedidos pelos soldados que completam a instrução militar e tenham a seu cargo pessoa « absoluta e permanentemente incapaz de adquirir meios de subsistência pelo seu trabalho » (Regulamento dos Serviços de Recrutamento, aprovado pelo Art.º 176.º do Decreto de 23 de Agosto de 1911). Nestas condições tratando-se da mulher, pais, irmãos menores ou de mulher pobre e sexagenária que o tenha criado, pode o soldado passar à situação de disponibilidade conforme o Art.º 32.º da lei do Recrutamento Militar, lei N.º 1.961, de 1 de Setembro de 1937.

7 — A funcionários públicos para serem inscritos na assistência aos tuberculosos :

São previstos pelo Art.º 1.º e 2.º do Decreto N.º 33.549 de Fevereiro de 1944. Por despacho de Sua Excelência o Senhor Subsecretário das Finanças não é devido imposto de selo nem

emolumento, visto o resultado desses exames ser comunicado em simples officio. Quando o exame ofereça alguma dúvida o médico sanitário poderá solicitar qualquer exame laboratorial ou radiográfico à Direcção Geral de Assistência que determinará o local destes exames.

A comunicação, em officio, do resultado deste exame deve ser feita à Direcção Geral de Assistência com brevidade (Circular da Direcção Geral de Saúde N.º 919, e officio N.º 2.582, de 22 de Novembro de 1948).

8 — A funcionários públicos, residentes permanente ou eventualmente na área do Subdelegado de Saúde:

Estes serviços são requisitados pelos chefes dos respectivos serviços a que pertencem os examinados, de harmonia com o parágrafo 2.º do Art.º 8.º do Decreto 19.478. Esta verificação da doença dos funcionários fóra de Lisboa e Porto é feita nos casos previstos nos parágrafos 1.º e 4.º do Art.º 8.º do Decreto N.º 19.478, de 18 de Março de 1931.

A resposta será dada em officio no prazo de 5 dias (Despacho do Senhor Subsecretário das Finanças, de 17 de Dezembro de 1936).

A portaria N.º 7.546, de 7 de Novembro de 1932 autoriza os funcionários que no goso de licença graciosa ou para tratamento se encontrem fóra da sua residência habitual e necessitem prorrogação da licença por motivo de doença, à justificação por meio de atestado médico passado pelo Subdelegado da área onde se encontrem, porém somente quando na área não houver outro médico. (Despacho do Senhor Subsecretário do Estado das Finanças, de 7 de Dezembro de 1937).

9 — Para confirmação de atestados de doença:

Passados a funcionários públicos a que se refere o Art.º 30.º do Decreto N.º 19.478, apresentados nos termos dos parágrafos 1.º e 4.º do Art.º 8.º do mesmo Decreto. A esta confirmação se refere a citada portaria N.º 7.546, ficando assim dispensados do parecer da junta médica, preceituado no Art.º 13.º do referido Decreto.

À confirmação de atestado refere-se a circular da Direcção Geral de Saúde N.º 623, de 27 de Maio de 1941.

Deve ficar nota da doença e dos elementos de observação, registada na Subdelegação que habilite a prestar informação

imediatamente à Direcção Geral de Saúde, quando necessária (Circular da Direcção, de 25 de Fevereiro de 1942).

O emolumento de 10\$00 é cobrado por efeito do Art.º 22.º do Decreto N.º 13 166, de 25 de Fevereiro. As taxas de 6\$20 em selos correspondem aos 5\$00 do papel selado Art.º 17.º da Tabela, a 1\$00 de harmonia com o N.º 5 do Art.º 35.º do Decreto N.º 12.477, de 1926 e a taxa de \$20 imposto de selo por virtude da alínea *g*) do Art.º 2.º da lei do selo e Decreto N.º 4.213, de 25 de Abril de 1918 (Despacho de Sua Excelência o Senhor Subsecretário das Finanças, de 7 de Dezembro de 1937).

10 — A funcionários públicos do sexo feminino :

Os exames são para efeitos do parágrafo único do Art.º 5.º do Decreto N.º 19.478, de 18 de Março de 1931, que considera as faltas justificadas oito dias antes do parto e 15 dias depois.

Estes exames são feitos por força do disposto no parágrafo único do Art.º 5.º, alínea *a*) do Art.º 19.º e Art.º 30.º e seus parágrafos do referido Decreto.

Os Subdelegados de Saúde deverão proceder à verificação do estado de gravidez alegado e comunicar o resultado da verificação à entidade requisitante (Circular N.º 1.121, da Direcção Geral de Saúde, de 7 de Junho de 1950).

11 — Dos trabalhadores que manipulam alimentos :

Cozinheiros, padeiros e outros operários de indústrias alimentares ou dos que lidam com eles (criados de mesa e de café, caixeiros de mercearias, leiteiros, vendedores ambulantes de bolos e cafés, etc.), serão passados em boletim de Sanidade.

Estes exames são regulados pela portaria N.º 13.412, de 6 de Janeiro de 1951 e que foi publicada para efeito da execução do disposto no N.º 14.º do Art.º 15.º do Decreto-lei N.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945.

O Boletim Sanitário a que esta portaria se refere e cujo modelo está junto, só poderá ser passado às pessoas que não sejam afectadas de doença contagiosa a que se refere o N.º 1 e 2 da base IV da lei N.º 2.036 ou outras que a portaria indica.

O exame deve ser feito de harmonia com as instruções da referida portaria.

Para o caso dos trabalhadores que por determinação legal podiam pedir atestado de sanidade para efeito da carteira profis-

sional conforme o preceituado no N.º 6.º do Regulamento da carteira profissional dos trabalhadores da indústria da panificação, o Boletim Sanitário deve ser preenchido fazendo referência à alínea *e*) da 10.ª instrução para assim substituir o atestado sanitário. Ficará desta forma regulado o que se determina no Art.º 24.º do Decreto N.º 26.889, de 14 de Agosto de 1936 em relação ao pessoal das padarias e ao estabelecido pelo Decreto-lei N.º 28.974, de 29 de Agosto de 1938 em relação ao pessoal leiteiro e ainda ao que foi determinado pelo Decreto N.º 19.174, de 22 de Dezembro de 1930 em relação ao pessoal hoteleiro.

Os boletins sanitários são válidos por um ano. Findo este será feito novo exame médico-sanitário cujo resultado decidirá da possibilidade da revalidação do referido Boletim.

Este Boletim poderá ser cassado, e arquivado se o portador tiver adquirido doença contagiosa, ou outra que conste das instruções da referida portaria.

O resultado do exame inscrito no Boletim será assinado pelo Subdelegado sobre o valor do imposto do selo, actualizado para 5\$00 e mais 1\$20.

O emolumento a cobrar é de 10\$00 (N.º 5.º das instruções da referida portaria).

12 — A's pessoas que se entreguem à Prostituição :

Os exames são previstos pela alínea *c*) da base III da lei N.º 2.036, de 9 de Agosto de 1949.

13 — A's pessoas atacadas ou suspeitas de doenças contagiosas :

Para fins de isolamento domiciliário ou para hospitalização por efeitos da alínea *d*) da base III da referida lei. O internamento é obrigatório nas condições do N.º 3 da base V da citada Lei e pode ser de urgência nas condições da alínea *b*) do N.º 1 da base VI da citada Lei.

14 — A's pessoas que ficam sujeitas a reinternamento :

São aquelas que atacadas de doença contagiosa tenham abandonado o estabelecimento antes de lhes ter sido dada alta (N.º 3 da base VI da citada lei e parágrafo único do Art.º 56.º do Decreto-lei N.º 36.450, de 2 de Agosto de 1947).

15 — Aos casos participados como sofrendo de doenças contagiosas incluídas na Tabela da Portaria N.º 13.031:

De 5 de Janeiro de 1950, para firmar o diagnóstico e estabelecer o regime adequado à defesa da Saúde pública, determinado pelo N.º 1.º da base X da referida lei N.º 2.036.

16 — A's pessoas afectadas de doenças venéreas:

Para averiguação da sua existência em período de contágio previsto na alínea *c*) do N.º 1.º da base XIII. Estas doenças são indicadas no N.º 2.º da citada base.

17 — Todos os exames que forem necessários para orientar a acção profiláctica na respectiva área:

Descobrir a origem dos contágios e evitar a sua propagação, a que se referem as alíneas *a*) e *b*) da base XIX da referida lei.

18 — Para verificação e tratamento em regime ambulatorio dos doentes contagiosos:

Previstos na alínea *c*) da referida base, e pelo N.º 4.º do Art.º 28.º do Decreto-lei N.º 36.450. E, ainda aos indivíduos que não estando atacados de lepra se encontram em regime de vigilância ou de observação e tratamento previstos nos N.ºs 2.º e 3.º do Art.º 28.º do Decreto-lei N.º 36.450.

19 — São ainda exames médico-sanitários:

Pelos Subdelegados de Saúde, além dos que a legislação determina, todos aqueles que V. Ex.^{as} julgarem necessários à defesa Sanitária da respectiva área e cuja determinação ficará dependente do critério que V. Ex.^{as} tão devotadamente saberão imprimir-lhe

« A Bem da Nação »

Lisboa, 19-5-1951.

Formação escolar e formação profissional⁽¹⁾

PELO PROF. DELFIM SANTOS

Não é necessário longo discorrer demonstrativo para fazer crer que o problema da educação é o problema fundamental da existência humana. O que importa é bem compreender o que deve entender-se por educação — tarefa nem sempre fácil — e, isto entendido, tornar-se-á clara e axiomática a sua importância. É certo que o termo « educação » entrou no uso vulgar e corrente, comum de toda a gente, e de todos os momentos, para nem sempre, pelo seu uso e abuso, se tornar evidente no seu verdadeiro sentido. Os pedagogistas são obrigados a cair na dificuldade de pretender esclarecer o que vulgarmente se entende e admite como esclarecido. E é de crer que a tentativa de esclarecimento seja entendida como impertinência indesculpável por se teimar em explicar aos outros o que os outros julgam muito bem saber. O que acontece com a « educação » é também frequente acontecer com muitas outras noções que a repetição pelo uso torna evidentes na sua não-evidência. Aliás, o conceito de « educação », como tudo quanto se refere ao humano, não se deixa definir com a exactidão que pertence ao saber de realidades intemporais. A história da educação é, por si, suficientemente elucidativa e permite-nos, desde já, chegar à conclusão de que só tem sentido falar-se de educação relativamente ao tipo de homem que se pretende formar. E como o homem a formar é uma realidade histórica, condicionada pelo tempo em que vive, a teoria da

(¹) Conferência realizada no Instituto Ricardo Jorge em 5 de Junho de 1950.

educação pressupõe sempre uma antropologia, isto é, o conhecimento prévio do homem e sua situação no tempo, e das exigências que o tempo, sob a forma concreta de época, propõe ou impõe ao educador.

Deste modo, a educação na China, a educação na Grécia, a educação em Roma, as diferentes formas de educação na Idade Média, as tentativas renascentista, humanista e reformista, e todo o movimento inovador a partir do século XVII, pouco têm de comum na sua aparente semelhança, porque não pode reduzir-se ao mesmo denominador o tipo ideal de homem que cada uma dessas culturas, ou épocas, pretendeu realizar. Para nós, com a perspectiva possível de viventes no início da segunda metade do século XX, o problema da educação tem o aspecto incrível de atraso, quanto ao seu processo de efectivação, em comparação com outras actividades, que, ao longo dos séculos, foram atingindo formas distanciadas do seu surgimento primevo. Desde já convém observar que em educação, o ritmo não apressado de progresso provém da sua radicalidade, e como o homem estruturalmente não progride, embora seja agente de progresso, e não pode deixar de ser o que sempre foi, torna-se perfeitamente compreensível que a actividade que lhe diz eminentemente respeito, como a educação, não seja susceptível de alteração fundamental. Isto quer dizer que as técnicas ao serviço do homem e da sua educação podem realmente ser susceptíveis de progresso, mas não de tanto que ele alguma vez deixe de estar na situação de precisar de ser educado. E, como todos sabem, no termo « educação » há o sentido de condução — *ducere* — e logo se nos permite a interrogação seguinte: se educar tem o sentido de conduzir, o acto de condução pressupõe o « para onde » ou « para quê » se faz a condução. Interrogação que nos elucida acerca da variabilidade do conceito de educação através da história, se notarmos que o tipo de homem a realizar pressupõe valores diferentes de época para época.

O termo « educação » tem uma história rica e sugestiva que, por sua vez, condiciona o horizonte das épocas históricas que dele se serviram, e todas dele se serviram. É uma história sem descontinuidade, tão antiga como a humanidade, porque, seja qual for o aspecto segundo o qual se considere o homem, é ele sempre produto da educação, isto é, da actividade que implícita ou explicitamente contribuiu para que ele se torne o

que é ou pode ser. Não é nosso propósito contar aqui a história do conceito «educação» através os tempos, focando as suas vicissitudes quanto à interpretação, a sua grandeza e a sua modéstia, o seu sentido rico e o seu sentido pobre, o seu esplendor aristocrático quando pretende fazer príncipes e o seu sentido democrático, comunitário até à vulgaridade, de termo quase sem-sentido. Tudo o mais que tem interessado o homem, como intento revolucionário de ordem política ou social, de interesse ético ou religioso, pressupõe, ou exige, uma nova interpretação do conceito de educação e sua rápida efectivação. Essa história mostraria que a actividade educativa tem servido todos os conteúdos ideológicos, tem pretendido libertar o homem e escravizar o homem, dignificá-lo e minorizá-lo, torná-lo inautenticamente idêntico aos outros e torná-lo autenticamente diferente dos outros. A religião, a arte, a filosofia, a ciência são as formas típicas e mais elevadas do fenómeno da educação da humanidade que os homens descobriram. E todas essas formas nobres da formação do homem agem pedagogicamente, fundamentam uma pedagogia que nada é mais do que a organização sistemática e técnica dos seus valores ao serviço do ideal de homem que pretendem. Mas, em vez de contar uma história, por sinal das mais elucidativas para a compreensão histórica do homem, basta apenas apontar alguns dos graves desvios do conceito de educação que ainda exercem maléficamente os seus efeitos no nosso tempo.

Todos conhecem o relevo que a educação teve na cultura grega. Com mais rigor, a cultura grega apresenta-se-nos como educação, como «paideia». Na faina da especialização separativa que preocupou a vida europeia depois da Grécia, e já no último período da cultura grega se nos revelam sintomas desse fenómeno, a educação passou a ser domínio à parte do complexo cultural, tal como aconteceu com outras formas de vida tornadas supostamente independentes em Roma, como a religião, o direito, a ciência, ou melhor, a técnica, etc. A Grécia não é, como se tornou corrente entre os historiadores, a origem da cultura europeia. A Grécia representa sim uma fase de transição de onde vai sair a cultura europeia em formas institucionais que a Grécia nunca realizou, mas cujos germens nela surgem na plenitude complexa da unidade conciliante de contrários, que é a sua forma típica e trágica de vida. A Grécia é uma encruzilhada de que o ocidente apenas escolheu uma via para estruturar formas

definitivas, que em outras épocas históricas tem sido abaladas, precisamente quando a compreensão da Grécia se torna mais profunda e o homem sente o que perdeu com a opção continuada desde Roma. Mas, é precisamente na Grécia ainda que o primeiro equívoco fundamental da educação surge luminosa-mente expresso por um grego, um grego que viu trágicamente o destino a que a sua pátria condenou e para sempre a educação. Poderia parecer, portanto, que a opção minorante da educação pertence à Grécia e não a Roma, se Sócrates, Protágoras, Górgias, Platão, Aristóteles, e ainda outros, não nos tivessem mostrado que a traição apontada já por Xenofonte, o grego a que nos referimos, não leve na Grécia o perigo que se torna patente a partir de Roma.

Xenofonte, general, historiador e filósofo ateniense, discípulo de Sócrates a partir dos 16 anos, e a quem o Mestre salvou a vida na batalha de Délio, escreveu um romance histórico sobre a vida de Ciro, o fundador do império persa, precisamente daquele império que mais tarde, e no próprio tempo de Xenofonte, se tinha tornado inimigo da sua pátria. Pois é Xenofonte quem nos diz, elogiando o sistema educativo da Pérsia, que as crianças persas iam à escola aprender a justiça — e todas as virtudes inerentes à formação do carácter — como as crianças gregas iam à escola para se instruírem nas letras. Aqui está o primeiro testemunho histórico do trânsito da educação para a instrução, do formativo para o informativo, do comportamento moral para a preocupação intelectual, que chegou a subsumir no ocidente tudo o mais, e levou à hipertrofia de uma qualidade abstracta que não sabemos bem o que seja, quando considerada isoladamente do comportamento: a inteligência. É claro que a escola na Grécia não seguiu apenas o desenvolvimento intelectual e outras formas compensavam o possível desvio que Xenofonte denuncia argutamente. Sabemos do interesse no desenvolvimento integral da personalidade que os gregos deram à sua escola, termo que etimologicamente significa lugar de « ócio », isto é, lugar em que se cultivava a personalidade em vista de si mesmo e sem outras preocupações de ordem prática e activa, própria dos homens que trabalhavam, que viviam na esfera do negócio, do *nec otium*. Seja como for, o certo é que Xenofonte visionou o perigo, e, em outros passos da sua obra, preocupa-se com a predominância intelectual da educação grega e mostra-se admirador da Pérsia em muitos aspectos da formação do homem.

Esta crítica à consciência da oposição revelada por Xenofonte nunca mais deixou de preocupar, sob variadíssimas formas, os homens responsáveis na formação da cultura europeia, como Montaigne, Descartes, Locke, Rousseau, Pestalozzi e muitos outros. Apesar do protesto, a educação tornou-se instrução, a sagesa tornou-se ciência, a emoção tornou-se hábito, a imaginação tornou-se apenas hipótese, e o homem uma máquina de pensamento anunciador da cibernética. O mecanismo lógico do pensamento tornou-se o ideal até que a logificação deu lugar à logistificação. Mas a educação é domínio da qualidade, a instrução da quantidade, do saber acerca de mil e uma coisas radicado na ignorância do único que importaria: o conhecimento de si próprio, como ainda na Grécia é proclamado por Sócrates. É ainda na Grécia, e por intermédio de um outro discípulo de Sócrates, que o problema recebe a solução conveniente, e de tal modo que nos parece vir ao encontro da situação actual. Referimo-nos a Platão. Segundo o filósofo, os homens são diferentes nas suas aptidões e nas suas capacidades. A escola é o melhor lugar para se determinar a base da diferenciação ao longo da aprendizagem. Sem esta diferenciação tipológica, como hoje se diz, a educação, na maior parte dos casos, é esforço inglório e inútil. Platão distingue os homens, a partir da evolução psicogenética, em três grandes grupos e em estreita correlação com os estratos sociais basilares na comunidade organizada: artífices e agricultores; guerreiros; magistrados ou filósofos ou governantes. Pertencer a qualquer uma destas classes não era apanágio de situação extrínseca à escola, mas intimamente dela resultante. O agricultor ou o artífice não era o desprotegido, o que não podia aspirar a melhor situação, mas aquele que na escola tinha revelado capacidades próprias para o respectivo trabalho.

A selecção fazia-se no decurso da preparação escolar e por ela se averiguava das qualidades predominantes que constituíam o carácter do artífice, depois do guerreiro e, mais tarde, do magistrado, ou mentor espiritual do povo. Cada um destes três grandes grupos exigia « virtudes », isto é, capacidades radicadas biopsiquicamente, e que, ao mesmo tempo, eram indício da incapacidade de ascendência na organização vertical do plano escolar. O currículo era contínuo, e aqueles que atingiam a mais alta situação na conformação dos destinos da pátria, os magistrados ou filósofos, tinham passado pela mesma preparação dos que

tínham sido destinados à produção e à defesa. O magistrado ou o filósofo, o que entre nós se entende como exercendo profissões liberais, profissões cuja preparação tem como instrumento o livro, — (*liber, libri*) — tinha sido guerreiro, como uns e outros tinham frequentado os níveis elementares de preparação escolar juntamente com os artífices. A selecção não era negativa, isto é, não se passava à superior por faltar qualidades para o desempenho da profissão de artífice ou de guerreiro, mas por se possuir, para além, outras capacidades de ordem intelectual que, aliadas à preparação anterior, formavam o tipo de homem que a Grécia realizou em magnífica plenitude para admiração dos séculos seguintes. Em resumo, a carreira não era dependente de uma determinação prévia ou extrínseca à escola, condicionada pela situação social dos pais, mas pela capacidade revelada na frequência escolar. Ou ainda, antecipando o nosso propósito, a escola não era apenas lugar de instrução, mas sobretudo lugar de orientação para o destino próprio, como hoje a escola pretende voltar a ser.

Em forma alegórica, Platão afirma que os artífices, os guerreiros, e os governantes ou magistrados, como homens, todos nasceram da mesma terra, mas que o Deus que os formou colocara na alma de uns um filão de ouro, na de outros um filão de prata e na de outros ainda um filão de ferro e de bronze. O que importava, portanto, à educação, entendida sempre como orientação, seria em primeiro lugar a descoberta da natureza do filão para a cada um atribuir funções sociais e a respectiva preparação em correspondência com a qualidade e nobreza da alma. Platão, porém, ao contrário do que acontecia na Índia, não admitia a existência de castas fechadas, que de pais a filhos garantissem necessariamente a permanência do mesmo filão. De pais dotados com filão áureo poderiam descender filhos com qualidades anímicas de categoria inferior, como também de pais dotados de alma em metal pobre, poderiam surgir filhos com mais elevadas aptidões, ou com a alma ornada de filão áureo. Em alguns dos diálogos de Platão surge com frequência o problema da possibilidade do ensino da virtude, isto é, da capacidade de apreensão e assimilação de valores, e sua transmissão. É no célebre diálogo intitulado « Politeia », vulgarmente conhecido pela tradução latina « República », e mais tarde no diálogo intitulado « Leis », que Platão dá o relêvo máximo ao problema da educação como base

da organização social. A « República » de Platão e o « Emílio » de Rousseau são os dois grandes livros dedicados à formação humana do homem como projecto de possível formação profissional. O denunciado carácter utópico de estas duas grandes obras da literatura europeia em nada diminui a sua importância se, na verdade, a própria natureza do homem for considerada igualmente utópica, pois a evolução da humanidade não se caracteriza pela « topia », pela integração na situação conseguida, mas pelo desejo, pela aspiração, de melhor se realizar para além daquilo que já conseguiu.

Mas a formação humana do homem, como necessidade imperiosa logo sentida nos alvares da civilização europeia, radica na convicção e na certeza de que o homem não é um ser da natureza como outro qualquer, mas a realização de si próprio. O homem, ao contrário de muitas espécies animais, não nasce pronto, tem de fazer-se e também de conquistar um meio em que a vida se lhe torne possível. Enquanto o animal é realmente um ser natural em íntima e imediata comunhão com a natureza, no homem há distância e, portanto, necessidade de conformar a natureza para esta lhe poder servir. Enquanto o animal e seu meio formam uma unidade solidária, integrante, sem necessidade de situações intermédias, mediatas e artificiais, o homem, pelo contrário, surge sem meio próprio, não integrado com a natureza e sem possibilidade de persistência, se artificialmente não lhe for dado o que necessita e não possui. Daí realmente o homem não ter meio próprio, e ser obrigado a construir o seu mundo por artifícios compensadores de cuidado alimentar, vestimentar, etc. Por isso mesmo, ao contrário do animal, que tem zonas delimitadas de ordem climática e circunstancial em que a vida lhe é possível, o homem não tem meio a que esteja adstrito por causas naturais, pode viver em qualquer parte do planeta, simplesmente porque não tem direito a viver em nenhuma, e tem de construir artificialmente e conquistar as possibilidades de persistência. O que levou um filósofo a afirmar que o homem não tem lugar próprio no universo, que o universo é indiferente ao humano, e que, neste desencontro radical entre o universo e o homem, parece que o homem está « a mais » num universo que o desconhece e o hostiliza pela falta radical de correlação íntima com a natureza.

Não é de hoje a consciência deste radical desencontro. Há vinte e cinco séculos, já Platão a descrevera admiravelmente

em forma mítica e essa descrição em nada perdeu a capacidade sugestiva de esclarecimento da situação trágica do homem. Trata-se do mito de Protágoras, descrito no diálogo com o mesmo nome, e que, em resumo, afirma: depois de os Deuses terem modelado todos os seres mortais com uma mistura de terra e de fogo e de todas as substâncias que podiam combinar-se com o fogo e a terra, ordenaram a Prometeu e a Epitemeu que distribuissem convenientemente, entre as espécies criadas, as qualidades de que deveriam ser providas para garantia de persistência temporal. Epitemeu pediu a Prometeu que lhe deixasse fazer a distribuição; quando estivesse feita, seria então inspeccionada por Prometeu. Na faina distributiva, Epitemeu deu a alguns animais a força sem a velocidade; a outros a velocidade sem a força; a alguns dera armas naturais de defesa contra outros providos de armas de ataque; a uns dera a pequenez e a fuga alada ou a habitação subterrânea; a outros a grandeza do corpo; mantendo assim um equilíbrio entre todas as espécies, de modo a evitar que umas destruíssem as outras. Depois deste trabalho preliminar de equilíbrio humorístico, defendeu essas espécies contra as intempéries, dando pêlos a uns, pele coriácea a outros, como abrigos contra o frio e abrigos contra o calor. Calçou uns com cascos e outros de córnea substância macissa, e para cada espécie encontrou um género próprio de alimentação a fornecer pela natureza e distinto para cada uma, pelas mesmas razões de equilíbrio que pretendia manter: para uns as ervas da terra, para outros os frutos das árvores, para outros ainda as suas raízes, e a alguns atribuiu como alimento a carne de outros, talvez para evitar a monotonia paradisíaca.

Ora Epitemeu, absorvido pela graciosa tarefa distributiva, não reparou que tinha gasto todas as qualidades disponíveis na atribuição das qualidades aos animais, e que ainda lhe faltava prover a espécie humana. E não sabia que fazer. Chega Prometeu para inspeccionar o trabalho realizado, e nota que todas as espécies estão harmoniosamente equipadas, mas o homem está nú, sem calçado sem cobertura no seu corpo e sem armas naturais de defesa. Como o dia marcado para a apresentação da obra estava próximo, era necessário que o homem saísse da terra para aparecer à luz. Foi então que Prometeu, diante desta dificuldade, e para salvar o homem imperfeito e inacabado que tinha diante de si, se decidiu a ir roubar a Hefaiсто e a Atena a habilidade,

simbòlicamente a inteligência; e o fogo, simbòlicamente o espírito. E assim o homem recebeu a habilidade útil para a compensação das suas insuficiências motivadas pela distracção de Epimeteu, ou seja, a capacidade de artifício para dominar aqueles outros melhor protegidos para a vida. Mas a arte de congregar os homens, a política, essa não pôde Prometeu dá-la aos homens pela simples razão de que a não pôde roubar ao pai dos Deuses, que a guardava como sua eminente prerogativa. O resto da história é bem conhecido, e o terrível castigo de Prometeu tornou-se tema recorrente da tragédia grega. A conclusão que importa tirar deste admirável mito, contraposição grega ao mito judaico da criação, é que o homem passou a ter dignidade superior a todos os outros seres vivos e mortais da natureza, porque alguma coisa lhe ficou pertencendo de origem divina, embora de aquisição pouco recomendável, segundo os cânones tradicionais da legalidade. Mas isso é com Prometeu e não conosco. E o homem, para aplacar a justa ira divina, começou a construir altares, a construir habitações, a inventar vestuário e calçado, e processos de preparar os alimentos que nascem da terra...

Haveria ainda outros aspectos a considerar a partir do mito de Protágoras, mas passamos ao que directamente importa concluir: que o homem, ao contrário dos outros seres vivos, é exigente de educação em virtude da carência estrutural da sua conformação; que educação e instrução não são coincidentes nem valorativa nem praticamente; que educação não consiste na modelação em tipo único pela imitação de qualquer norma previamente proposta ou imposta; que educação é processo para descobrir e valorizar o que o homem tem mas não possui, e não forma mágica de o tornar o que ele não pode ser; que educação é artifício e não conteúdo, isto é, actividade tendente a reconduzir o homem à sua própria e íntima forma para o situar no lugar que lhe compete. E aqui está o que, depois deste longo rodeio, se deve entender por formação humana, esforço que realmente nada tem que ver com o que correntemente se entende por educação. Ficamos sabendo que esta formação humana do homem só pode ser conseguida, como o pretendia Platão, em escola de tipo único por onde todos passariam para seguir as ramificações que as capacidades dos escolares indicassem. Se a selecção tem valor humano, é este o único processo de a garantir

e efectivar. Não é possível de outro modo destinar os homens, sem grave injustiça e inconveniente, a funções teóricas ou práticas, ao sabor de contingências de valor nulo e mesmo negativo, sem que antes a sociedade tenha a capacidade de verificar se tais homens têm realmente a aptidão que as funções requerem. Tal é o sentido actual da orientação escolar, como já o era nos recuados tempos de Platão.

A educação, como orientação a realizar pela escola, é o problema máximo a resolver no nosso tempo. A escola tradicional não tem utilidade, não serve nem a formação humana do homem nem a sua formação profissional, porque lhe falta, ou perdeu ao longo dos séculos, o interesse de descoberta, de orientação e colocação dos respectivos escolares. O problema, que hoje assume importância relevante na consciência dos pedagogistas, não é novo nem pertence propriamente às exigências do nosso tempo, pois, como já vimos, constitui a finalidade da educação segundo Platão. O que levou a escola a tomar o aspecto que hoje ainda tem, e a torna insuficiente, foi a preocupação de comodidade, a valorização da uniformidade pretensamente fundamentada nos resultados da ciência e não na actividade científica, na valorização de invariantes de compreensão universal instituídos por uma pedagogia assente por sua vez em uma psicologia mecanicista, incompreensiva do problema humano da diferenciação e do respeito pela personalidade. A denúncia de todos estes desvios da finalidade da escola começou a proclamar-se há séculos, e a investigação das fases psicogenéticas da mentalidade infantil veio comprovar o bem fundado de certas intuições geniais de Rousseau, e de outros pedagogistas seus continuadores. De todos os ramos de conhecimento voltados para o humano, a psicologia infantil parece ser hoje a descoberta mais relevante do nosso tempo pelos efeitos necessariamente alterantes de toda a psicologia e pedagogia a que a escola deve as suas bases decerto nada seguras. É a plena consciência desta difícil situação que levou recentemente um notável pedagogista a afirmar: « o problema da orientação escolar e profissional é o problema central da reforma do ensino e da educação, que toda a gente hoje sente como desejável e inevitável ».

Mas esta reforma não tem apenas um âmbito de manifestação confinado à escola e aos seus problemas; segundo o mesmo pedagogista, é o problema de que todos os outros depen-

dem: os de natureza política, social, económica e moral. É, no fundo, o problema central da nova civilização que se elabora através da crise que todos vivemos. E esta crise é, por sua vez, resultante de factores que diminuíram o homem e o tornaram deslocado de si próprio e, portanto, não radicado nas situações de ordem profissional que desempenha como autómato, como condenado ao trabalho sem alegria e sem entusiasmo. Foi ainda a suposição animadora da cruzada de que tudo se resolveria pela instrução, que o valor do homem se podia medir pelo seu saber, que relegou o interesse de descoberta e cultivo do que no homem tem mais valor do que o saber; pois o inegável valor do saber só é útil na medida em que prolonga a respectiva capacidade de aplicação e não como luxo ou adorno. Quando o saber abstraído dos interesses de compreensão e aplicação se considera o valor máximo e até único a transmitir pela escola, esta adere e justifica a luta pelo mais saber, a extensão da posse e nada mais, como é típico da mecânica tradicional do ensino e seus processos de avaliação quantitativa: os exames e os concursos. É o perigo apontado já por Xenofonte, tornado absorvente na escola, e que outros voltaram a apontar, recusando-se a admitir que a educação consistisse em mobilar a memória, ou em aumentar a bagagem, — o que só pode ser ideal para quem nunca viajou. Se agora passarmos ao problema da profissão, para que tende ou deve tender a preparação escolar, encontramos sérias dificuldades apenas persistentes, enquanto a orgânica do ensino se não subordinar, como é necessário, à capacidade de aprendizagem.

E tocamos em um dos pontos cruciais de toda a organização escolar. Deve esta continuar a ser elaborada em função do ensino, que se exige vasto e esgotante, ou, pelo contrário, deve considerar-se o ensino não como valor primário, mas possibilidade de resposta que, para ter sentido, exige primeiramente o acordar da actividade interrogante, que só a aprendizagem desperta? Apesar da reforma coperniciana que se diz ter sofrido a escola, tudo continua ptolomaicamente à volta de interesses, sem dúvida compreensíveis, mas também sem dúvida injustificáveis, de planos de ensino elaborados extrinsecamente e apenas tomando conta de exigências futuras da sociedade, e quase nunca daqueles interesses vivos e radicados no próprio escolar. Não é possível hoje, que conhecemos com aparente suficiência os níveis de evolução mental da criança, seus limites e possibilidades, continuarmos

a impor planos de estudo elaborados empiricamente e provenientes de épocas em que esse conhecimento era muito menos fundamentado. Que interessa, de facto, ensinar muito, propor planos de ensino organizados lógicamente, calculados administrativamente, regulados horariamente, se a capacidade de aprendizagem dos alunos não coincide nem qualitativamente com os interesses predominantes do escolar na fase em que eles se exigem, nem quantitativamente são coincidentes com a capacidade de apreensão de que o aluno é capaz? As boas reformas não se fazem pela boa elaboração de programas, mas resultam do bom conhecimento da evolução psicogenética do escolar. De outro modo, chegamos à triste conclusão de que quanto melhor for a organização estatuída do ensino, pior será o seu rendimento como aprendizagem. Do ensino só se aproveita realmente o que se aprende, e sabemos que nem tudo se aprende, ou só aparentemente se aprende, para satisfazer exigências de pseudo aproveitamento que não beneficia ninguém; conviria, pois, que esses planos fossem elaborados em função da aprendizagem possível e não do ensino forçadamente imposto.

A escola rigorosamente não prepara para nenhuma actividade especificada. Deveria exercitar capacidades que podem vir a ser profissionalmente úteis, mas, na verdade, o trânsito da escola para a profissão é terreno abandonado, como todos sabem, ao acaso de mil e uma circunstâncias, quase sempre sem nenhum valor na determinação do destino do futuro trabalhador. E é para suprir tão lamentável carência que se pretende articular a orientação profissional à orientação escolar, ou a uma escola em que predominantemente se atenda ao estudo vocacional do escolar em função do destino futuro. Historicamente surgiu, em primeiro lugar, no horizonte das preocupações pedagógicas, a orientação profissional, mas tal intento era diminuído porque, na maior parte dos casos, se encontravam situações irreduzíveis e irreversíveis. Não tem realmente sentido orientar profissionalmente alguém que já aparece com escolaridade completa, ou em via de completar-se, e neste caso o conselho de orientação apenas poderia considerar uma situação de facto e cuidadosamente indicar a solução de menor fracasso, relativamente à preparação já obtida, e que poderia ser a menos aconselhável. Outra solução se poderia admitir: o exame de orientação como condição prévia da escolaridade. Neste caso, porém, é demasiado cedo para se

diagnosticar aptidões e prognosticar capacidades delas resultantes. Num caso como no outro, encontram-se dificuldades que prejudicam uma eficiente acção orientadora. É em função de situações concretas, mas reveladoras do nível de evolução do escolar, que é possível inserir, ao longo da escolaridade, os processos de orientação profissional. De outro modo, cai-se no perigo de reduzir a compreensão do ser humano às qualidades reveladas no exame psicotécnico que, como acontece em todos os exames, coloca o examinando em situação artificial, de possíveis e erróneas consequências. Para as evitar só a observação continuada nos oferece garantias.

Ora essa observação e rigorosa anotação em ficha escolar é possível na escola, mas até hoje, pelas razões que já apontámos, a escola colocou-se à margem do que mais interessa ao escolar e à sociedade em que vive e em que é necessário integrá-lo. Esta situação anormal e o carácter prematuro da exigência que força, aos dez anos de idade, diz um pedagogo contemporâneo, a criança a decidir-se e a alistar-se na realização de um destino para o qual ninguém sabe se tem capacidade, aparecerá, sem dúvida, aos séculos vindouros como a servidão mais infeliz a que as crianças foram submetidas na nossa época. A escola não pode continuar alheada do futuro dos seus escolares, desinteressada do destino de cada um e indiferente ao sucesso ou insucesso do seu ensino, ou da aprendizagem colhida do seu ensino. A articulação entre a escola e a vida profissional só pode ser feita por intermédio da orientação, não nos velhos moldes da orientação profissional, mas da orientação escolar e descoberta da vocação. Em ensaio altamente interessante e sugestivo, Coménio, no século xvii, renova a intenção platónica e exige quatro ciclos de formação com a duração de seis anos cada um. O primeiro ciclo, de um aos seis anos, correspondia à escola materna com a finalidade de desenvolvimento dos sentidos externos, na terminologia de Coménio; o segundo ciclo, dos seis aos doze anos, iniciava a formação profissional pelo trabalho na escola-oficina, com tarefas de inteligência e actividade prática compatíveis com essa fase de vida, e com a finalidade de desenvolvimento dos sentidos internos, como a imaginação e a memória, e respectiva correlação entre a inteligência prática e a habilidade manual. Era nesta fase de aprendizagem que se operava a primeira selecção e distribuição dos escolares pelos diferentes níveis de actividade, em função das capacidades reveladas.

Só aqueles que aos doze anos de idade, depois da iniciação na actividade prática de tipo profissional, mostrassem capacidade de aproveitamento de ordem intelectual, teriam ingresso no ginásio, que correspondia ao nosso ensino liceal, onde permaneceriam, na terceira fase de desenvolvimento, dos doze aos dezoito anos. Os outros continuariam a sua preparação técnico-profissional. E a finalidade do ensino daqueles que frequentavam o ginásio consistia no pleno cultivo da inteligência e do pensamento, e não apenas no preenchimento da memória. Os que desta forma de ensino colhessem aproveitamento passariam à Universidade, ou Academia, iniciando a preparação para as profissões liberais e dedicando-se ao esclarecimento e cultivo da vontade, como futuros guias e mentores da sociedade que viriam a ser. Neste projecto, que largamente vai influenciar os pedagogistas subsequentes, principalmente na Alemanha, e ainda Rousseau e Pestalozzi, há notáveis perspectivas de orientação escolar que convém sublinhar pela sua actualidade. Deixando de lado os níveis de evolução psicogenética, que Rousseau aceita e hoje se admitem confirmados pela psicologia, notemos que, segundo Comênio, não é a escola que prepara para a profissão mas, pelo contrário, a profissão que prepara para a escola, ou, melhor dito, a actividade prática que serve de aferição da possível capacidade teórica e intelectual. Julgamos este ponto de vista fundamental. É a actividade prática, o contacto manual com as coisas, que nos pode levar à inferência do tipo de inteligência de cada um, e nunca o arremessar alguém para a actividade teórica nos permitirá inferir se alguma vez nesse indivíduo despertará a correspondente possibilidade de actividade prática em função do saber teórico assimilado. Entendemos a noção de «prático» em sentido um pouco diferente da vulgar. Prática não é actividade que se opõe à teoria. A teórico opõe-se empírico. Prática é a actividade mediadora entre o pensamento teórico e o saber empírico. Aliás, historicamente, a ciência provém da técnica.

Pestalozzi, como é sabido, pretende o mesmo, isto é, evitar o deplorable divórcio entre o trabalho e a escola, que é outro dos graves aspectos da crise contemporânea. Só a actividade prática, o trabalho, pode permitir consciante selecção dos alunos que pretendem frequentar cursos superiores, decisão que não pode caber nem a eles nem à família exclusivamente, mas aos peritos orientadores categorizados pelo conhecimento especial

de ordem psico-pedagógica. Encontramos aqui um problema aparentemente grave: o da limitação de liberdade de cada um na escolha da carreira que mais lhe aprouver. Mas parece-nos este um problema sem sentido. Ninguém protesta pelo facto de não poder ser aviador apenas quem quer ser aviador. Há provas que é necessário prestar, como para muitas outras carreiras, sem que isso possa interpretar-se como limitação da liberdade de cada um. Ou ainda, só assim ficará garantida a liberdade de ser aviador quem pode ser aviador. Porque razão se há-de protestar por não poder ser professor, médico, advogado ou engenheiro, quem mostre não o poder ser, embora o queira, ou outros queiram que ele o seja? A função social que tais cursos permitem não pode estar dependente de gostos, e eventualmente de vaidades sem qualquer relação com as capacidades daqueles que as vão exercer. É certo que a selecção para tais profissões é mais complexa do que para outras em que as capacidades de ordem bio-psicológica são mais fáceis de determinar. Mas há processos, que eu me dispenso de relatar aqui, que nos permitem com elevada probabilidade de certeza verificar essas mesmas capacidades. E julgo ser evidente para todos que não é possível continuar a desprezar a psicotecnia, e a permitir que as funções de maior importância na sociedade sejam apenas garantidas por um diploma de saber, ainda assim tantas vezes insuficiente, sem a comprovação vocacional capaz de garantir a boa aplicação desse saber.

Entre nós, na última reforma do ensino técnico profissional, estabeleceu-se um ciclo preparatório de dois anos, anterior á frequência dos cursos complementares e de formação profissional, e afirmou-se que o problema poderia ter sido resolvido com maior generalidade, suprimindo o primeiro ciclo dos liceus e substituindo-o por ensino primário-superior ou complementar. É de crer que este ciclo preparatório, de intenção prática, possa servir como período de orientação, e julgamos também que ele não só deveria absorver os candidatos ao ensino técnico profissional, como ainda todos aqueles que precocemente são obrigados, sem qualquer motivo justificável, a optar pelo ensino liceal. Neste período, dos dez aos doze anos, deveria ser obrigatória a frequência em escolaridade comum e de carácter prático, que permitisse mais segura escolha do género de escola a frequentar posteriormente. Nada justifica que qualquer ensino especial comece antes dos

doze anos, a não ser noções erradas de uma psicologia mais que suspeita relativamente à memória e à curiosidade, e à noção errónea de que convém fixar cedo na mentalidade infantil certos aspectos de saber mais tarde de difícil retenção. Toda essa psicologia do senso comum é arreigado disparate. Depois da conveniente e necessária revisão dos programas do ensino primário, e respectiva articulação com os dois anos do curso preparatório e orientador, estaríamos em condições de operar uma selecção admissível e distributiva dos escolares para o tipo de aprendizagem adequado. Só aos doze anos, portanto, os escolares seriam conduzidos quer para o ensino liceal, quer para o ensino profissional, depois da averiguação cuidadosa de ordem psicopedagógica e do estudo da respectiva ficha escolar, mas ainda e sempre com a possibilidade aberta de ingresso no ensino liceal, agora reduzido de um ou dois anos, quando para esse tipo de aprendizagem mostrassem capacidade na escola profissional. E o mesmo aconteceria relativamente ao trânsito do ensino liceal para o ensino universitário. A transição do ensino liceal para o ensino universitário poder-se-ia fazer com a segurança indispensável dada a orientação realizada anteriormente e o grau de maturidade dos escolares. Só então poderia organizar-se verdadeiramente o ensino universitário nas bases que lhe são próprias. Mas o problema da nova universidade, liberta de tantos aspectos que a desfiguram e tantas vezes colocam a sua existência em dúvida, é assunto que não pode ser tratado sem especiais considerações agora a despropósito.

* * *

Pretendendo marcar a importância do problema da educação com razões não extrínsecas à função psico-pedagógica de orientação escolar e profissional, competia-nos a exposição dos processos mais seguros para a descoberta das tendências, aptidões e derivadas capacidades dos escolares. Tudo isso é domínio de técnica, e nós pretendemos apenas tratar da organização geral do ensino que já em si inclua o serviço de orientação, sem dúvida o mais importante que a escola tem a realizar. Como se faz essa orientação, que possibilidades tem hoje a psicologia e a pedagogia para determinar, com o exigido rigor, o tipo de vocação e correspondente actividade profissional? A psicologia actual segue vias

novas para o conhecimento do indivíduo, do seu temperamento e carácter, dos tipos de comportamento, que a colocam em situação de responder afirmativamente às exigências que lhe propõe a nova pedagogia. A escola, por sua vez, não pretende utilizar a razão dos escolares como instrumento para adquirir ciência, mas, pelo contrário, considera a ciência como instrumento para desenvolver a razão e a personalidade dos escolares. As rotineiras técnicas de avaliação de conhecimentos, sob a forma tradicional de exame, não constituem método apropriado para a avaliação de capacidades. E na verdade só estas interessa avaliar. O exame tradicional, como avaliação de capacidade, nada significa, só a orientação escolar pode satisfazer as exigências ao exame atribuídas, e com uma segurança que este nunca pôde nem poderá permitir. A questão principal consiste na distinção de capacidades para o exercício das profissões chamadas liberais. Já indicamos o processo que historicamente foi proposto e ainda mais havia a dizer relativamente à situação anormal da frequência nas escolas superiores.

Para se avaliar como tem sido erróneo o caminho seguido pela organização do ensino, com prejuízo das actividades urgentes e imediatas da vida contemporânea, basta indicar que a população escolar dos liceus é paradoxalmente muito superior à população que frequenta o ensino técnico profissional. Em França, a proporção é de um para dez, isto é, o número de escolares do ensino profissional apenas atinge um décimo do número de escolares do ensino liceal. Será este facto revelador de que há mais homens dotados para o exercício da actividade intelectual superior do que para o exercício da actividade prática? Certamente que não. Temos muitos estudantes a frequentar as Universidades que erraram a vocação por falta de orientação na escola, e isto, como é sabido, é origem de graves consequências. Por sua vez, muitos jovens dotados para profissões liberais ficaram perdidos pelo caminho, devido à falta da orientação que a escola deveria ter realizado. E se nem sempre os escolares têm perdido o seu tempo na escola, a escola, até hoje, tem perdido tempo com os escolares, porque indiferentemente os abandona, e nem procura conhecer, para corrigir os defeitos do seu ensino, as razões do fracasso do diplomado na actividade profissional.

DO AUTOR:

- Dialéctica totalista*, Coimbra, 1933.
Da nova Universidade, Lisboa, 1934.
Situação Valorativa do Positivismo, Berlim, 1938.
Heidegger e Hölderlin, Porto, 1938.
El IX Congreso de Filosofía, México, 1938.
Das Regiões da Realidade, Porto, 1939.
Da Filosofia, Porto, 1939.
Expresión y Verdad, México, 1939.
Sistema e Método, Porto, 1940.
Conhecimento e Realidade, Lisboa, 1940.
Henri Bergson, México, 1941.
Ideário Contemporâneo, Lisboa, 1941.
O valor da Ironia, Lisboa, 1943.
Existencialismo, México, 1943.
Substância e Existência, Lisboa, 1943.
Colóquio Inútil, Lisboa, 1943.
Da Ignorância, Lisboa, 1943.
Cultura e História, Lisboa, 1943.
Die Erziehung in Portugal, Berlim, 1943.
Psicologia e Caracterologia, Lisboa, 1943.
Notes pour une étude sur Descartes, Lisboa, 1944.
Meditação sobre a Cultura, Lisboa, 1946.
Pensamento filosófico em Portugal, Lisboa, 1946.
Fundamentação Existencial da Pedagogia, Lisboa, 1946.
A Lição de Pestalozzi, Lisboa, 1946.
Silvestre Pinheiro Ferreira, Lisboa, 1947.
Adolfo Coelho como pedagogo, Lisboa, 1947.
Psicologia e Direito, Lisboa, 1948.
L'Humanisme de Pascal, Amsterdam, 1948.
Objecto da Metafísica em Suarez, Madrid, 1948.
Actualidade de Giordano Bruno, Lisboa, 1949.
Temática Existencial, Lisboa, 1949.
Da ambiguidade na Metafísica, Buenos Aires, 1950.
Sentido existencial da Angústia, Lisboa, 1951.
Formação escolar e formação profissional, Lisboa, 1951.

Estudos de técnica toxicológica

RELATÓRIO

pela DR.^a D. MARIA REGINA DE MENDONÇA PACHECO E MELO COSTA

Ex.^{mo} Sr. Director do Instituto Superior de Higiene
« Dr. Ricardo Jorge »

Em cumprimento de despachos de Sua Excelência o Subsecretário de Estado de Assistência Social de 22 de Fevereiro e 16 de Junho do corrente ano, e em consequência de proposta de V. Ex.^a e prévia indicação do Ex.^{mo} Chefe do Laboratório de Bromatologia e Higiene da Alimentação do Instituto Superior de Higiene « Dr. Ricardo Jorge », que V. Ex.^a superiormente dirige e onde desempenho funções de analista, estive ausente do serviço durante noventa dias (de 29 de Março a 27 de Junho) (a fim de fazer estágio no Laboratório de Toxicologia da Faculdade de Farmácia de Paris.

Tendo-me apresentado no dia três de Abril, data da reabertura dos trabalhos escolares após as férias da Páscoa, ao Professor René Fabre, reitor daquela Faculdade e titular do curso de Toxicologia ali professado, deste ilustre professor recebi desde logo o mais amável acolhimento, reafirmado ao longo de todo o período do estágio com manifestações de extrema gentileza, pondo ao meu alcance todas as possibilidades de trabalho que o Laboratório podia oferecer-me para execução do programa que

me fora traçado, facultando-me a consulta da vasta biblioteca daquela Faculdade, dirigindo atenta e sempre interessadamente o meu trabalho e favorecendo-me com seu precioso conselho na orientação do estágio. De grande utilidade para o desempenho da minha missão foi também a constante solicitude do seu assistente Sr. Cheramy, que como dirigente dos trabalhos práticos naquele Laboratório me facilitou a solução de muitos problemas com o seu elevado saber e a sua frutuosa experiência.

Embora o carinhoso interesse de que fui rodeada apenas constituisse manifestação da mais elevada devoção à ciência por parte do sábio Professor e do seu ilustre assistente e expressão do proverbial generoso espírito da cultura francesa, considerar-me-ia culpada de irremissível ingratidão se aqui não testemunhasse uma vez mais o meu profundo reconhecimento, que envolve ainda o Professor René Truhaut, « maître de conférences » da Faculdade e substituto do Professor R. Fabre nas ausências deste, sempre preocupado com a boa marcha dos trabalhos e obsequioso de proveitosos ensinamentos.

* * *

Segundo o programa de trabalho, que me foi entregue pelo Ex.^{mo} Chefe do Laboratório onde presto serviço, Dr. Bernardino de Pinho, o meu estágio incidiu sobre:

- a) — Prática da marcha a seguir na análise para pesquisa de alcaloides e suas reacções características.
- b) — Intoxicação de animais de laboratório por alcaloides, tais como a estricnina, seguida de autópsia. Pesquisa de alcaloides nas vísceras.
- c) — Pesquisa de compostos histamínicos nos alimentos, especialmente nos peixes.
- d) — Métodos modernos de pesquisa de arsénio, chumbo e outros tóxicos minerais nos alimentos.

Como resumo dos trabalhos que executei adentro destes temas, farei seguidamente uma enunciação muito sumária e limitada apenas aos pontos que julgo capitais, para não alongar demasiadamente este relatório.

a) — Prática da marcha a seguir na análise para pesquisa de alcaloides e suas reacções características.

Pesquisei, em vísceras de animais, diversos alcaloides, extraíndo-os e caracterizando-os, nomeadamente morfina, estri-
nina, narceína e atropina. Na casca da batata pesquisei o
glucosido alcaloídico solanina, e executei a técnica para a
caracterização da cravagem de centeio numa farinha.

Para a realização de todos estes trabalhos empreguei o
clássico método de Stas-Otto-Ogier e ainda o método de extracção
estudado particularmente no Laboratório do Professor Fabre,
que tive a feliz oportunidade de executar sob a direcção do
próprio autor. Consiste este método essencialmente, por um
lado, na dissolução em acetona da substância a pesquisar e, por
outro lado, na sua separação do líquido acetónico por « relargage »
por meio de sulfato de amónio.

Em relação a cada alcaloide, fiz sempre várias reacções
diferentes de caracterização, com preferência pelas de maior sen-
sibilidade, tentando, em cada um dos casos, obter três reacções
diversas, de resultados positivos.

A propósito da aplicação de parte da técnica geral de pes-
quisa de alcaloides (Stas-Otto-Ogier) à pesquisa de barbitúricos
nas vísceras, procedi à pesquisa de veronal e pentotal na urina
pelo método de R. Fabre e Madame Cismaru.

Este método baseia-se na extracção do barbitúrico pela
acetona e na sua identificação por meio da reacção de Parri.

**b) — Intoxicação de animais de laboratório por
alcaloides, tais como a estri-
nina, seguida
de autópsia. Pesquisa dos alcaloides nas
vísceras.**

Para a execução da matéria desta alínea, parti de vísceras
de ratinhos brancos que intoxiquei previamente com sulfato de
estri-
nina e autopsiei, e, pelos métodos «Stas-Otto-Ogier» e
Cheramy», fiz a extracção do alcaloide.

Depois da purificação dos extratos, operação que, como é

sabido, constitui o ponto crítico das pesquisas de alcaloides, fiz, para a estricnina, as seguintes reacções de caracterização:

1 — Reacção hidroestricnicina de Denigés.

A estricnina reduzida por zinco e ácido clorídrico produz uma mistura de tetrahydroestricnina e de estricnidina, e esta última, sob a influência de oxidantes, tais como nítritos, água de bromo, Cr O₃, desenvolve uma coloração vermelha violácea intensa.

2 — Reacção corada por oxidação em meio sulfúrico (junção de um cristal de bicromato de potássio à mistura ácido sulfúrico-alcaloide, com consequente formação, a partir do cristal, de estrias violáceas intensas, características da presença de estricnina).

3 — Reacção de precipitação pelo reagente de Bouchardat, reagente que, como verifiquei, actua sobre soluções de sais de estricnina até concentrações extremamente fracas (1 por 1.000.000).

Outras pesquisas de alcaloides em vísceras efectuei, como já referi sob a alínea *a*).

a) — Pesquisa de compostos histamínicos nos alimentos, especialmente nos peixes.

Não foi possível dar satisfatória execução a este ramo do programa. Apenas o Professor Fabre me indicou assistência aos trabalhos práticos do curso de especialização de Farmacodinamia ministrado naquela Faculdade aos licenciados que se propõem obter graus académicos superiores.

Acompanhei os trabalhos que me foram recomendados pelo referido Professor, a saber:

1 — Administração de drogas aos animais de laboratório (Termia).

2 — Determinação de toxicidade de drogas (morfina, estricnina, aconitina, midriáticos e mióticos).

3 — Intestino da cobaia (acção da histamina, « neo-antergan », acetilcolina e « propivane »).

- 4 — Tensão arterial no cão (acção da adrenalina e da acetilcolina).
- 5 — Tensão arterial no coelho (acção da acetilcolina e efedrina).
- 6 — Tensão arterial no gato (acção da acetilcolina e da nicotina).
- 7 — Coração suspenso (acção da adrenalina e da teofilina).
- 8 — Coração isolado do coelho.

Assisti ainda a outras lições do curso, às quais, por menos relacionadas com a matéria do programa, me dispensei de fazer especial referência.

d) — **Métodos modernos de pesquisa de arsénio, chumbo e outros minerais nos alimentos.**

Para cumprimento desta parte do programa, realizei os seguintes trabalhos:

- 1 — Doseamento de arsénio numa urina pelo método de Cribier. Executei a técnica geralmente divulgada (v. g. R. Fabre, « Leçons de Toxicologie — IX — Toxiques minéraux »), mas em parte modificada.
- 2 — Doseamento de bismuto numa urina pela técnica de R. Fabre, que assenta no arrastamento do bismuto por um precipitado de fosfocarbonato de cálcio e na formação de iodo-bismutato de quinino, cuja cor vermelha se presta a doseamento colorimétrico.
- 3 — Pesquisa de mercúrio na urina pelo método de Merget, baseado na acção de vapores mercuriais sobre nitrato de prata amoniacal.
Executei a técnica de R. Fabre, que aperfeiçoou este método todo, eliminando reduções parasitas no papel reagente (nitrato de prata amoniacal).
- 4 — Doseamento de mercúrio na urina pelo método colorimétrico da ditizona.

Em resumo, extracção do mercúrio contido na urina por meio de cobre em pó, do qual é, por sua vez, separado por uma solução de ditizona.

Este método é de grande sensibilidade (25 γ 0,00).

- 5 — Pesquisa e doseamento de chumbo na urina pela técnica de R. Fabre.

Mineralizada a urina, é arrastado o chumbo num precipitado de fosfocarbonato de cálcio e finalmente doseado nefelemetricamente, sob a forma de sulfureto.

O método permite encontrar 200 γ de chumbo por litro e seguir a eliminação do metal em casos de saturnismo.

- 6 — Pesquisa de chumbo em vísceras :

Destruição da matéria orgânica pelo método nitro-sulfo-perclórico, com as precauções particulares, e detecção do chumbo sob a forma de sulfureto.

Acompanhei ainda a execução dos seguintes trabalhos, que foram realizados no Laboratório :

- 1 — Doseamento de chumbo no sangue pelo método espectrográfico. (Prévia mineralização do sangue em meio nitro-perclórico e exame espectrográfico do chumbo).
- 2 — Doseamento de fluor em centeio. (Separação do fluor por diálise e seu doseamento com o emprego de uma solução de nitrato de tório em presença de sulfonato de alizarina).
- 3 — Microdosagem nefelemétrica do cádmio por precipitação sob a forma de iodocadmiato de brucina.

Trata-se de um estudo de C. Boudène, em colaboração com R. Fabre e R. Truhaut, cuja aplicação acompanhei na pesquisa de cádmio, efectuada pelo autor em cabelos de operários de fábricas de acumuladores alcalinos onde o cádmio é manipulado sob a forma de hidrato.

A execução do trabalho a que acabo de referir-me constitue uma das manifestações do interesse que os higienistas franceses vêm dedicando a um importante ramo da Medicina do Trabalho : a toxicologia industrial. Esse interesse revela-se de forma notável na natureza ou orientação dos trabalhos realizados no Laboratório de Toxicologia da Faculdade de Farmácia de Paris, cujo Director, o Professor R. Fabre, é, aliás, professor do Instituto de

Toxicologia Industrial e da cadeira de Medicina do Trabalho da Faculdade de Medicina de Paris.

Por determinação do Professor R. Fabre, dediquei parte do estágio a acompanhar os sugestivos estudos de toxicologia industrial realizados naquele Laboratório.

Constituiu esta fase do meu estágio (não obstante a diversidade que, relativamente ao seu objecto imediato, separava dos trabalhos observados o programa de estudo que me foi traçado) um complemento proveitoso dos ensinamentos por mim colhidos no ramo especial a que tinha de dedicar-me. E, talvez contagiada pelo entusiasmo com que eram realizados os trabalhos de toxicologia industrial, mas certamente por neles ter encontrado fortes motivos de interesse profissional e até científico, foi sempre com intensa curiosidade que segui os estudos sobre a matéria tão activamente realizados no Laboratório onde estagiei.

Pude dedicar a minha atenção aos seguintes trabalhos:

- 1 — Pesquisa e doseamento de álcool metílico em vísceras de animais previamente intoxicados.

Empregou-se o método colorimétrico, utilizando-se a reacção de coloração proveniente da acção do reagente cromotrópico (ácido cromotrópico em meio sulfúrico) sobre o aldeído metílico.

O álcool metílico é sobretudo empregado como dissolvente de resinas e de matérias plásticas, e, como tal, serve à preparação de lacas e vernizes. Um dos mais graves sintomas da toxicidade do álcool metílico, que se observa, por exemplo, nos envernizadores, consiste em lesões de nevrite óptica, conduzindo a uma diminuição do poder visual que pode chegar à cegueira.

Assim se explica o interesse deste estudo em toxicologia industrial.

- 2 — Detecção do tetracloreto de carbono em vísceras de animais intoxicados.

Após arrastamento do tóxico a pesquisar, utilizou-se a reacção de caracterização de Frujiwara-Ross.

Compreende-se o estudo realizado dada a múltipla aplicação industrial do tetracloreto de carbono — utilizado, nomeadamente, na extracção de gorduras

(como dissolvente), na preparação de loções para o cabelo e no enchimento de extintores de incêndio — e o seu carácter tóxico, que ocasiona violenta hepatonefrite.

3 — Pesquisa e doseamento do éter em vísceras.

Fez-se a separação do éter por aquecimento em B. M., empregando « barboteurs » de modelo especial, e procedeu-se à sua caracterização por redução do reagente sulfo-crómico.

Nos operários das indústrias onde se manipula o éter verificam-se, por vezes, casos de intoxicação, a que se dá o nome de « éterismo ».

Para satisfação de recomendação que, em aditamento ao programa do estágio, recebi do Ex.^{mo} Chefe do Laboratório de Bromatologia e Higiene da Alimentação, no sentido de proceder à detecção de insecticidas, sòmente me foi possível, em razão do curto período do estágio, executar a caracterização e doseamento do diclorodifeniltricoloroetano (D. D. T.) e pesquisar o tetracloreto de carbono numa farinha.

* * *

Fica assim relatado, em termos muito concisos, o trabalho que realizei durante o meu estágio no Laboratório de Toxicologia da Faculdade de Farmácia de Paris.

Se bem que reconheça a sua exiguidade perante o programa estabelecido, a verdade é que, em minha consciência, fiz quanto me permitiram o prazo do estágio e os meios de trabalho à minha disposição.

Lisboa, 6 de Agosto de 1951

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Laboratório de Higiene da Alimentação e Bromatologia

O conteúdo em carotenos, tiamina e ácido ascórbico de amostras de mel português

por GABRIELA L. PINTO

São bastante escassos os dados sobre o conteúdo vitamínico do mel, na literatura estrangeira. Assim, segundo UZAN, vemos que HOYLE, em 1929, KIFER e MUNSELL no mesmo ano, TRAUTMAN e KIRCHOF em 1932, DANIEL e MUNSELL em 1937, não encontraram qualquer das vitaminas A, B₁, B₂, C e D. Trabalhos posteriores a 1942 contradizem, no entanto, estes resultados. SCHUETTE e KAYE, em 1942, verificam valores de 0,55 a 20,9 mgr. de ácido ascórbico por 100 gr. HAYDAK, PALMER, TANQUARY e VIVINO, em 1942 também, demonstram, além de pequena quantidade de ácido ascórbico, a presença, ainda, de tiamina, riboflavina, piridoxina, ácido pantoténico e ácido nicotínico, em quantidades variáveis conforme a origem do mel e a quantidade de polen nele existente.

No trabalho destes últimos autores encontra-se referência a uma amostra de mel português, proveniente dos Açores, com os seguintes valores:

Tiamina	2,2 mmgr. por 100 gr.
Riboflavina	81 mmgr. por 100 gr.
Ácido ascórbico	2,6 mgr. por 100 gr.
Piridoxina	250 mmgr. por 100 gr.
Ácido pantoténico	150 mmgr. por 100 gr.
Ácido nicotínico	33 mmgr. por 100 gr.

É esta a única referência que conhecemos relativa ao conteúdo vitamínico do mel português, pois na literatura nacional não temos notícia de qualquer outra, embora seja do nosso conhecimento a existência de estudos nesse sentido feitos no Instituto de Higiene de Coimbra, cujos resultados não foram ainda publicados.

Em Julho de 1951, foram enviadas a este Instituto, pelo Posto Central de Fomento Apícola, da Direcção Geral dos Serviços Agrícolas, 13 amostras de mel, provenientes de várias regiões do país, com o pedido de determinação do seu teor em carotenos, tiamina e ácido ascórbico.

Dada a inexistência de dados publicados sobre o assunto no nosso País pareceu-nos útil a revelação dos resultados obtidos, embora se trate de um pequeno número de amostras.

Material e métodos

As amostras analisadas foram entregues directamente pelos produtores no Posto Central de Fomento Apícola, que no-las enviaram, com excepção de uma, que se refere como de origem desconhecida, adquirida propositadamente num estabelecimento comercial, com embalagem de importante comerciante da especialidade, afim de se verificarem os possíveis efeitos de um eventual tratamento de carácter industrial.

Empregaram-se nas determinações, os seguintes métodos:

Carotenos: método de MOORE, modificado por MOORE e ELY.

Tiamina: o método recomendado pela « The Association of Vitamin Chemists », em « Methods of Vitamin Assay ».

Acido ascórbico: método do indofenol-xileno, segundo ROBINSON e STOTZ.

Resultados

Os resultados obtidos são apresentados no quadro a seguir. Os dados referentes a cor, estado físico e proveniência foram-nos amavelmente fornecidos pelo Posto Central de Fomento Apícola, com o esclarecimento de que os números referentes à cor foram determinados pelo Pfund Honey Color Grader, correspondendo os valores baixos aos mais claros, e de que o estado físico foi registado no momento de se recolherem as amostras para a determinação do teor vitamínico.

Conteúdo vitamínico das amostras de mel analisadas

N ^o de ordem	PROVENIÊNCIA	ESTADO FÍSICO	Cor	Caroteno (em 8 caroteno) y por 100 g.	Tiamina y por 100 g.	Acido ascórbico mg. por 100 g.
1	Gerez	líquido sem depósito	10,5	15	4	5,9
2	Portimão	líquido sem depósito	2,0	25	2	0,4
3	Tourigo-Tondela	líquido parcialmente cristalizado	9,5	não acusa	3	2,5
4	Lanhelas-Caminha	cristalizado	10,5	não acusa	2	2,3
5	Mata - Torres Novas	líquido com pequeno depósito	3,5	40	1	5,0
6	S. Marcos da Serra	líquido	0,5	20	não acusa	0,8
7	Alcácer do Sal	líquido	4,0	50	1	1,2
8	Azambuja	líquido parcialmente cristalizado	3,0	48	1	1,7
9	Rosmaninhal	cristalizado	3,0	68	3	0,8
10	Atei - Mondim de Basto	líquido parcialmente cristalizado	10,0	11	5	2,8
11	Outeiro - V. do Castelo	cristalizado	10,5	não acusa	não acusa	4,0
12	Origem desconhecida	líquido	2,5	55	1	2,7
13	Lisboa	líquido	6,5	62	3	1,4

REFERÊNCIAS

HAYDAK, M. H., PALMER, L. S., TANQUARY, M. C. e VIVINO, A. E. —
J. of Nutrit, 23,581, 1942.

UZAN, M. — Le miel, in «Encyclopédie de l'Alimentation», Paris, Vol. I.

LUGARES SELECTOS

Sobre os "Livros antigos portugueses," ⁽¹⁾

Diogo de Teive, o insigne humanista e pedagogo — que, depois de perlustrar as escolas de Bordeus, veio, a rogo de D. João III, reger cátedra na nova Universidade de Coimbra e dirigir o Colégio das Artes — ao endereçar as suas *Sententiae* (1565) a el-rei D. Sebastião, diz-lhe no *Hendecasyllabum* da dedicatória:

« Omnes omnia summa largiuntur
Summis Regibus... »

mas translademo-la pela boca vernacula de Francisco de Andrade (1768):

« Dativas de alto preço em todo o tempo
Aos grandes Reis com larga mão se deram;
Cavalos ricamente ajaezados
Que o vento excedem na veloz carreira,
Luzentes pedras, purpuras brilhantes,
Eburneos ceptros, taças de oiro fino;
Emfim quanto ha no mundo de excelente... »

(1) Prefácio da obra de El-Rei D. Manuel II sobre os *Livros antigos portugueses* (2.º volume).

Meros ornatos e gosos corporais: a essas exterioridades prefira o rei os dons que enriquecem e refinam a mente :

« Com que possas ornar a alma sublime,
Tu não tens coisa de maior estima ;
O mais é tudo alheio : a alma é só tua,
Por ela ao ser supremo te assemelhas. »

O rei, coroado e descorado, que se chamou D. Manuel II, estimou e cultivou esses bens de alma, únicos que não mentem nem falecem, que adoçam o viver ao sabedor e o ajudam na hora extrema a bem morrer.

« Dulce sapienti vivere
Nec sane acerbum est emori. »

Sob este signo intelectual, viveu e finou-se no exílio o Conde de Ourem, redimido da contingência dos fados pela salvação do espírito.

A quem preze a inteireza independente do pensar e queira que justamente lh'a reconheçam, não é asado falar de reis, mesmo extintos. Um, achará que se derreia em lisonjas perante a sombra do potentado — outro ao invés, reparará na indiferença ou sem cerimónia com que se acraveira pelo estalão comum a cabeça unvida pelo sacramento da soberania. Censuras ambas para desprezar por aquele que se importe tão somente em manter a linha recta da vista crítica que manda avaliar as personalidades pelo seu *quantum* absoluto e relativo — excluído o condicionamento da situação individual de cada um. No domínio literário, artístico e científico não há nem houve jamais senão uma realeza — a da inteligência em acção.

A' realeza dinástica quiz-se-lhe assacar um preconceito genérico, condenando os seus representantes à inferioridade biológica da espécie. Longe de serem os seus membros um escol, não passariam de refugo, porque os trabalha a degeneração física, psíquica e moral, como efeito implacável das mesmas condições da sua privilegiada grandesa. Estes estigmas bionómicos tiraram-nos das estatísticas biográficas das casas reinantes, desde o império romano às monarquias da Europa moderna. Há cinquenta anos que me tentou a demonstração destes fenómenos degenerativos,

vitais e mentais, nas dinastias reais portuguesas; sofreu-me o intuito a voz dum mestre e amigo, o grande escritor Camilo Castelo Branco, dizendo-me com certa severidade que trabalhos de tal ordem só se devem empreender passados os quarenta anos. Quando dobrei o temeroso cabo, a reflexão, o estudo e a experiência tinham-se dissipado esses erros enganadores, que aliás continuavam expostos como verdades primas em obras abundantes de páginas e ilustradas de retratos de príncipes e princesas, para figurar, por exemplo, o naris dos Borbons e o prognatismo dos Austrias. Reconheci, como é de corrente observação médica, que as famílias reais estão no caso de toda e qualquer, nobre ou pobre, sujeitas umas e outras às manifestações da patologia adquirida ou hereditária. Nenhuma fatalidade biológica as persegue diversa da inerente a todas as gerações, expostas às variações sucessivas da sanidade e da vitalidade. O bio-patologista Charles Nicolle entende mesmo que as casas régias dispõem dum elemento restaurador — o cruzamento matrimonial com outras castas, a exogamia.

Ao contemplar a imagem daquele beneditino de Twickenham, curvado sobre livros saídos dos prelos primevos da terra de além, acode-me a lembrança dos seus maiores imediatos que se salientaram pela actividade espiritual.

D. Fernando, o bisavô, o « rei-artista » cultivava as belas artes, dá corpo à estimação arqueológica entre nós, salva da destruição a custódia de Belem — o símbolo aurifício da conquista da Índia — fomenta o amor da pintura e o apreço dos mestres do pincel.

Seu tio-avô, D. Pedro V, de quem D. Manuel talvez se aproxime na doçura melancólica e na inclinação mental, foi o criador pessoal do *Curso Superior de Letras*, para que servisse de foco ao ensino da literatura portuguesa e comparada, da história e de filosofia. Morto prematuramente, revelaram-no os papeis publicados postumamente — cartas, relações, memorandos, instruções, consultas e directrizes — uma individualidade possuída por inteligência vasta e forte e de intuição surpreendente. Causa espanto a leitura desses escritos traçados pela sua mão juvenil, de que não há senão um conceito a tirar, e é que difficilmente se encontrará sociólogo ou estadista do seu tempo que o exceda e poucos que o igualem na compreensão das questões políticas, administrativas, económicas e internacionais. Lia na situação da Europa com extraordinária perspicácia e acerto.

D. Luís, o avô, protege letras e Academias, afeiçoa-se ao grande Shakespeare e traslada para vernaculo alguns dos seus dramas mais célebres. D. Carlos, o pai, além de artista de talento como aguarelista, dedica-se com vocação e saber à história natural — ornitologista e ictiologista de plana; « o meu melhor discípulo em oceanografia » — dizia-nos dele o Príncipe de Monaco.

De raiz vinha a D. Manuel a seiva intelectual que havia de frutificar, graças ao desvelo posto na sua educação por sua mãe a rainha D. Amélia. Ajudaram a orientar-lhe o espírito mestres escolhidos, e entre eles o professor de história, Manuel d'Oliveira Ramos, carácter estrenuo e inteligência ilustradíssima, a quem as trevas dos olhos, longe de apagarem, mais atiçaram o fogo do cérebro; o fermento por ele deposto no ânimo do aluno infante, sente-se no levedar do historiógrafo e do bibliólogo que D. Manuel veio a ser. De criança até ao termo da vida teve inclinado sobre ele a incutir-lhe alento aquele espírito indefesso de D. António de Lencastre, médico em todá a magnitude real e ideal da palavra, animador mágico de corpos e almas — o amigo certo da hora incerta. Não se esqueceu D. Manuel nos *Louvores*, de sobredoi-rar-lhe o claro nome.

Depois do curto perpassar pelo assento do trono, cadeira de tortura, tauxiada de espetos ervados — durante o qual teve a percepção precoce e rápida dos homens e dos tempos no seu lado duvidoso e negativo — apenas o viu uma vez quem estas linhas tem de escrever, em 1920 na Côte d'Azur, quando do congresso hidrológico de Monaco. Foi no Instituto Oceanográfico, onde se celebravam as sessões, que o Príncipe de Monaco me anunciou a presença de el-rei, mostrando desejos que nos encontrássemos, encontro que se fez ali logo numa das salas do museu. Como-veram-me as suas palavras embargadas de saudade e o seu ar mesto e dolente; acudiu-me a imagem do jovem *Desterrado* de Soares dos Reis, de rosto crispado pelas máguas do proscrito. O pesadelo da guerra, de cruel que fora, não se dissipara ainda, e D. Manuel conta-me com legítima satisfação quanto diligenciara junto da corte e do governo de Londres por favorecer os interesses de Portugal e dos Portugueses. Vieram as recordações do seu trânsito pelos hospitais e obras de assistência, das funções especiais que aí lhe cometeram, especialmente nos centros de ortopedia; por sua morte, o primeiro dos jornais médicos de língua inglesa, *The Lancet*, havia de rememorar com insistência

de pormenores e de elogios, esta folha notável de serviços e o reconhecimento que por ela lhe confessavam as autoridades médicas inglesas.

Anos depois, já quando o amor dos livros antigos o empolgara, convida-me a passar quinze dias em Fulwell Park, logo que as minhas peregrinações o permitissem, para me mostrar as preciosidades da colecção e conversar sobre os projectos duma publicação biblio-historica *pro-patria*. Não era só a bibliologia que o prendia; outro assunto de monta lhe atraía a atenção — a historia do reinado do seu homonimo D. Manuel, a biografia pessoal e política (por fazer) do rei apelidado *venturoso* ou *afortunado*, como se os sucessos do seu reinado de que teve com efeito a boa ventura de colher a glória, sejam alheios à sua intervenção e direcção suprema — ele, que por todos os modos activa o movimento das navegações e possessões, realizadas por varões assinalados da sua escolha — ele, que chamava ao nascente império marroquino « a sua conquista » com o justo orgulho de quem o instituiu e promovera com vistas de torná-lo a prolação soberana de Portugal. Pena foi que a morte brutalmente imatura do escritor cortasse a execução desse propósito historiográfico que viria preencher uma lacuna de tanto aberta e rectificar seguramente os lugares comuns e preconceitos correntes.

De livros, insaciado dos bons e raros, se rodeia — tem por eles a paixão dos principes da meia-idade e da renascença, como aqueles nobres avoengos, os *altos-infantes*, e entre eles D. Pedro, o homem da *Virtuosa Bemfeytoria*. Também na virtuosa bemfeytoria se envida de descobrir e coligir volumes, seleccionados com intelligência, erudição e critério — « amigos silenciosos, diz ele, junto dos quais se aprende a grande lição da vida ». A sede dessa lição procurou matá-la nos textos impressos que lhe trazem as vozes do passado, santificadas e empurecidas. Estava a unísono da bela frase de Carlyle: « In Books lies the soul of the whole Past Time: the articulate voice of the Past, when the body and material substance of it has altogether vanished like a dream. »

Ao desdobrar-lhes as laudas, ao registar as suas características bibliográficas, ao embeber-se do seu conteúdo que tão eruditamente colaciona e glosa, não o anima só a febre do bibliomano, porque o fogo que nele arde é o « do amor pela sua pátria querida ». Aos testemunhos soterrados pelos anos, quer reanimá-los — aos *Livros Antigos Portuguezes* « dar-lhes vida », assim con-

ceitua ele belamente o objectivo ideal da sua obra. E à frente, como hino sinfónico de abertura, a Introdução que traça um esboço notável da evolução nacional, vista através do prisma bibliológico.

Com o pioneiro e o trabalhador saudem-se aqueles que, comunicados do seu entusiasmo, permitiram a realização desse sonho doirado — os editores Maggs Brothers; é um dever grato para quem ame Portugal e o seu passado.

Estes volumes monumentais constituem doravante textos de referência aos cultores da erudição portuguesa, e o melhor modo de preiteá-los seria marginá-los de dados adicionais. A ciência da paleo-literatura e da história conexas evolue constantemente; novas espécies encontradas pedem lugar, deslocando às vezes as antigas e ajudando à solução de questões, substanciais ou formais, suscitadas pelos livros velhos. Tudo quanto as escavações e as discussões dos competentes, pudesse trazer à colação *princeps*, formaria uma tábua utilíssima de *Addenda*; D. Manuel seria o primeiro a rejubilar com essa tarefa, se por fortuna vivera.

À casa dos antigos presidiam os deuses lares — os penates que eles consigo levavam como bens de maior valia, quando os bons ou maus fados os faziam mudar de residência. Em Fulwell Park, o exul quis possuir os seus penates que foram os livros sagrados, da lingua e da glória da sua pátria. Esse o altar, o *genius loci*, próprio da morada e da adoração dum português de sangue, peito e fronte. Entre as rumas dos volumes que lhe serviram de evangelhos, viveu serenamente de mãos postas sobre as suas folhas, e ao lado deles lhe descaiu a cabeça ao desincarnar do espírito no instante derradeiro.

« Dulce sapienti vivere
Nec sane acerbum est emori ».

RICARDO JORGE

Lisboa, Setembro de 1933.

NOTAS:

I

Por de algum modo dar apoio e realce às palavras de Ricardo Jorge e pela categoria intelectual e isenção de ambos, transcreve-se aqui, com a devida vênia, o que o Prof. Joaquim de Carvalho escreveu no final do prefácio à obra « Livros de D. Manuel II ».

.....
Foram considerações puramente intelectuais que me aproximaram da obra literária e do legado benemérito de D. Manuel. Comecei por ler, vai para vinte anos, mal se dera a público, um autor que discorria com satisfação e competência em assuntos de bibliografia, que teve a fortuna de poder dizer coisas não sabidas e de rectificar sem presunção opiniões menos exactas, e, mais tarde, ao contacto directo do seu espólio bibliográfico, animado pelo zelo e pelo incentivo do Dr. António Luís Gomes, acabei por descobrir um Homem Bom, com qualidades e virtudes que cativam a minha maneira de ser e de compreender a vida moral e de relação. Se como estudioso prezo a memória do escritor, que honradamente se esforçou por que os seus juízos fossem acertados e imparciais, embora dissinta de alguns, como cidadão também respeito a memória do Rei equânime na próspera e na adversa fortuna, cuja consciência susteve com dignidade e escrupulo o ceptro da Senhora Dona Maria Segunda.

Coimbra, Maio de 1950.

JOAQUIM DE CARVALHO

II

Não deixará de ser curioso registar a informação que nos foi dada por pessoa que privou com Ricardo Jorge, como funcionário do Instituto de Higiene, segundo a qual quem transmitiu a este, numa das suas idas a Paris para tomar parte nas reuniões do Office International d'Hygiène, o desejo da Rainha D. Amélia, de com ele se avistar, pois tinha um pedido a fazer-lhe, foi o Doutor Afonso Costa, a quem o contara alguém da *entourage* da Rainha. Esse desejo era de que fosse Ricardo Jorge quem prefaciasse o livro do seu Filho, falecido em 2 de Julho de 1932.

Livros entrados na Biblioteca do Instituto
durante o ano de 1951

Revistas assinadas

American Journal of Public Health
Biochemical Journal
Public Health Reports
American Journal of Hygiene
Journal of Nutrition
Journal of the American Medical Association
Tropical Diseases Bulletin
Bulletin of Hygiene
Journal of Tropical Medicine and Hygiene
The Lancet
Journal of the Royal Sanitary Institute
Journal of the Laboratory and Clinical Medicine
Journal of Biological Chemistry
Journal of Bacteriology
Journal of Hygiene
Annales de l'Institut Pasteur
Bulletin de l'Institut Pasteur
Comptes Rendus de la Société de Biologie et de ses Filiales
Revue de Immunologie et de Thérapie Antimicrobienne
La Presse Médicale
Bacteriological Reviews
Endocrinology
American Journal of Clinical Pathology
Annals of Internal Medicine
Nutrition Review
Jornal do Médico
Archives des Maladies Professionnelles de Médecine du Travail
Journal of Experimental Medicine
Journal of Infectious Diseases
Journal of Clinical Endocrinology
Science
The Analyst
Nutrition Abstracts and Reviews
Ion
Chimie Analytique
Archives de Médecine Sociale
Annales d'Hygiène Publique
Population
Scientia
Revue du Rhumatisme
Techniques Hospitalières
The Journal of Endocrinology
British Journal of Nutrition
Acta Pathologica et Microbiologica Scandinavica
A Medicina Contemporânea

Excerpta médica :

- II — Physiology Biochemistry and Pharmacology
- IV — Medical Microbiology and Hygiene
- XIII — Dermatology and Venereology
- XV — Tuberculosis

Annales des Falsifications et des Fraudes

American Journal of Syphilis, Gonorrhoea and Venereal Diseases

The American Journal of Physiology

Livros permutados

Jornal da Federação Nacional dos Produtores de Trigo
Medicamenta
Current List of Medical Literature
Boletim do Instituto Português de Oncologia
Boletim Geral das Colónias
Boletim do Commissariado do Desemprego
Revue Turque d'Hygiene et de Biologie Experimentale
La Reforma Medica
Occidente
Anais do Instituto de Medicina Tropical
Boletim do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência
Boletim da Assistência Social
Jornal dos Farmacêuticos
Amatus Lusitanus
Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé
Revista de Medicina Veterinária
Revista Clínica do Instituto Maternal
Boletim Mensal do Instituto Nacional de Estatística
Bulletin de L'Institut National d'Hygiène
Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa
Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa
Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie
Notícias da Suécia
Clínica Contemporânea
Anais dos Serviços de Veterinária e Indústria Animal — Pecuária
A Acção Médica
Arquivo de Patologia
Boletim do Instituto Nacional de Educação Física
Anais da Marinha
Gazeta Médica Portuguesa
Revista de Medicina Veterinária
Revista Portuguesa de Farmácia
Arquivos de Trabalhos da Faculdade de Medicina do Porto
Boletim Tisiológico Dispensarial
Análise — Boletim analítico das revistas técnicas francesas
Istituto Superiore di Sanita — Roma
Annuaire Statistique du Danemark
Índice Cultural Espanhol
Revista da Faculdade de Ciências — Vol. 19 de 1950
Endeavour — revista trimestral
O Médico — jornal de assuntos médicos e para médicos
Estatística Sanitária da Armada (ano de 1949)

(Continúa)

Esboço da História da Medicina Social em Portugal

Corre mundo um livro valioso e oportuno escrito por um dos mais notáveis pioneiros e arautos da Medicina Social na Europa — René Sand — Professor da Universidade Livre de Bruxelas, autor de múltiplos livros sobre Medicina Social, Serviço Social, Economia Humana, etc. e figura da maior categoria na Organização Mundial da Saúde.

**L a c u n a d e
René Sand**

Poucas pessoas admirarão René Sand mais e há mais tempo do que quem subscreve estas linhas. Por isso mesmo me feriu particularmente certa passagem do seu livro «Vers la Médecine Sociale», em que René Sand, depois de fazer a história do ensino e da prática da profissão médica, dos hospitais, da higiene individual, pública e social, da medicina do trabalho, da assistência, das ciências do Homem, etc., em todo o mundo, pondo aliás em destaque muitas obras, realizações e pessoas que tanto não merecem, o que é desculpável em livro tão cheio de informações, se limita, a respeito de Portugal, a citações incaracterísticas e a concluir que em matéria de Medicina Social nada há, quer no nosso País, quer em Espanha, que mereça a pena citar ⁽¹⁾. Isto em 1948!

**Le Portugal
...inconnu**

Não foi apenas o espírito patriótico que, já mais de uma vez, me levou a protestar publicamente contra um erro tão grave dum homem que habitualmente diz tão acertadas coisas. Foi o espírito de justiça, o amor à verdade, que nenhum histo-

(1) «L'Espagne et le Portugal ne semblent pas avoir fourni de contribution signalée à la médecine sociale». (Loc. cit. pag. 555).

riador, digno desse nome, como nenhum homem de Ciência, deve esquecer.

Com efeito, os médicos que verdadeiramente estejam infiltrados do espírito científico dum Descartes, dum Claude Bernard, dum Leconte de Noüy, dum Poincaré, dum Pasteur, dum Koch, dum Ramon y Cajal, sentem-se bem, reunindo verdades objectivas que outrem pode verificar como eles, ao escrever um capítulo qualquer da História da Medicina, trate-se de amigos ou inimigos, pessoais, políticos ou religiosos, pertencentes a qualquer raça ou civilização.

Não nos incumbe occuparmo-nos da injustiça das palavras com que René Sand se refere à Espanha que percorremos quase toda recentemente e onde encontrámos em matéria de Medicina Social muita coisa que seria bem apreciada em França, Itália e Portugal, para só falarmos de países que pessoalmente conhecemos.

O que não posso é perder a ocasião de, agradecendo a gentileza de ter sido convidado de honra para assistir ao I Congresso Brasileiro de História da Medicina, dizer aos nossos irmãos do Brasil quais os subsídios que há muitos anos tenho estado a reunir para apreciar o que de notável para a História da Medicina e da Civilização se pode documentar em Portugal, berço de duas pátrias, e em especial do que em matéria de Medicina Social se tem feito, principalmente nos últimos vinte e cinco anos.

Seguiremos na exposição o mesmo plano do livro de René Sand e, podendo documentar tudo o que dizemos, esperamos da sua comprovada probidade científica e pessoal que, na 2.^a edição da sua obra, que tanto a merece em quase tudo o resto que nela diz, não deixe de fazer justiça a Portugal, que o mesmo é fazê-la ao Brasil.

Começaremos por dizer qual o conceito de Medicina Social que admitimos.

A denominação «Medicina Social» conta um século, devendo-se, como se sabe, a Jules Guérin, que a empregou pela primeira vez em 1848. Não há que confundi-la com «Higiene Social», um dos seus ramos, fundamental aliás, que Pettenkofer, criador da designação, em 1882 confundiu com Higiene Pública, mas aproxima-se do que João Pedro Frank em 1779 denominou «Polícia Médica».

Conceito de
Medicina So-
cial

Em Medicina Social, *um ou mais médicos* ocupam-se da defesa da saúde, não de certo indivíduo isolado do seu meio, e nem só desse indivíduo, mas dos que com ele convivem, familiar, profissional ou, de qualquer outro modo, socialmente. A medicina, ao ocupar-se apenas dum dado indivíduo, como se os outros não existissem, embora exercida, em relação a esse indivíduo isolado, por um grupo de médicos, não é social, mas individual. Não deve confundir-se, por outro lado Medicina Social com «Medicina Colectiva».

A Medicina Social nunca abstrai, embora se ocupe em certo momento dum indivíduo apenas, do meio em que este vive e do que ele possa influir, física, mental ou moralmente, na génese ou na evolução da doença; colaboram nela, não apenas médicos, aliás indispensáveis e seus naturais orientadores, (e para isso os médicos devem ser preparados, pois não basta ser médico para o saber fazer), mas outras entidades, tais como a família, os patrões, os chefes técnicos ou outros, pedagogos, engenheiros, padres, administradores, economistas, conforme as circunstâncias; é essencialmente preventiva, embora aproveite a terapêutica, quando esta é elemento fundamental ou provadamente útil para a prevenção; exige a colaboração de técnicos da assistência, higiene, previdência e educação; não espera que as pessoas, já doentes e tanta vez tardiamente, procurem os médicos, mas, orientada por estes, vai oportunamente ao lar, à oficina, ao campo, ao centro de desporto, ao *dancing*, à taberna, à prisão, ao prostíbulo, etc., à procura dos que correm risco de adoecer; não dispensa a intervenção solícita, inteligente, oportuna, competente e persistente das agentes do Serviço Social (visitadoras, assistentes sociais, educadoras familiares, auxiliares do Serviço Social ou outras); ocupa-se em especial da luta, em cada região, contra as chamadas «doenças sociais», como as que atacam as grávidas e as puerperas, as crianças, particularmente na primeira idade, a tuberculose, a sífilis e outras doenças venéreas, o alcoolismo, o cancro, os reumatismos, as cardiopatias, as doenças próprias dos velhos, determinadas doenças em dadas regiões ou meios ou em certas épocas (lepra, paludismo, ancilostomíase), doenças evitáveis por vacinações, etc.; ocupa-se, não apenas da luta contra a mortalidade, mas contra a morbidade, cujas consequências sociais não são menos graves, pela diminuição da capacidade

de trabalho, miséria e mal estar futuros a que dá origem; não tem em vista apenas a defesa do indivíduo, da família, da oficina, da aldeia, da cidade ou do país, mas a da própria raça; utiliza como instituição tipo, a contrapor ao hospital, indispensável à medicina curativa, o dispensário, órgão essencial da Medicina Social; educa, toma iniciativas, é activa, exige apostolado.

Fixado o conceito de *Medicina Social* e da luta contra as *doenças sociais*, vejamos como é que a História de Portugal nos documenta sobre o que em tal matéria se haja realizado entre nós.

*

* *

Portugal na História da Ci- vilização

Portugal, berço dum povo que se expandiu pelas cinco partes do Mundo, descobridor e revelador das riquezas de imensas terras até então desconhecidas, vê a sua língua falada por mais de 70 milhões de habitantes na sua Metrópole, no Brasil e nas suas províncias de África, da Ásia e da Oceania e no estrangeiro, sendo conhecido principalmente pelas suas descobertas e conquistas, mas em geral ignorado pela sua civilização nas diversas fases da sua história, incluindo a actualidade, e pela influência notável que exerceu na civilização do Mundo.

No que toca à Higiene, à Assistência e à Educação é quase totalmente desconhecido e assim se explica a lamentável omissão de René Sand, de que este é o menor culpado.

Sigamos pois o próprio plano da sua obra no breve esboço que vamos traçar.

Mas antes disso chamemos a atenção para um facto. É que a Medicina Social, esboçada, é claro, desde o começo da civilização da humanidade, só pode considerar-se como iniciada a partir das descobertas de Pasteur. Assente em bases científicas, só pôde firmar-se apos as doutrinas que permitiram compreender a natureza, etiologia e evolução das infecções puerperais, da maior parte das enterites infantis, das doenças contagiosas, nomeadamente da sífilis e outras moléstias venéreas, da tuberculose, etc.

Por outro lado, só depois da sistematização da sociologia positiva e experimental é que verdadeiramente se poudo, pela colaboração dela com a medicina clássica, dar origem à Medicina Social, ambas elas impostas pelas perturbações que motivaram a revolução social devida à criação das indústrias modernas.

Por isso não nos parece que se possa falar em verdadeira Medicina Social antes de 1880. Se a palavra já existia e se, por intuição, inteligência e bom senso, se encontram instituições e actividades, das utilizadas em Medicina Social, desde a maior antiguidade, a verdade é que o cunho científico que a caracteriza, não deve ser afirmado antes dessa data.

Fiel todavia ao programa de René Sand, não deixaremos de, a traços largos, nos ocupar dessa época precursora que em Portugal vai de 1140 a 1880 — quase sete séculos e meio.

I — HISTÓRIA DA PROFISSÃO MÉDICA

A história do ensino médico e da profissão médica mostra-nos que logo no começo da Nacionalidade, a partir de 1190, do tempo de D. Sancho I, foram mandados estudar medicina a Salamanca, Montpellier e Paris, cónegos do Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra, fundado por D. Afonso Henriques. No mesmo reinado começou a ensinar-se Medicina em Portugal, no referido mosteiro e a seguir noutros, sendo lidos manuscritos de Avicena, Aristóteles, Galeno, Dioscórides e Isaac, como nos principais centros culturais médicos da época.

Ensino Médico

Em 1290 foi criada por D. Diniz a Universidade, em Lisboa, sendo transferida 17 anos depois para Coimbra, voltando passados 31 anos para Lisboa, vindo de novo para Coimbra após 16 anos, onde esteve 33 anos, mantendo-se na Capital 160 anos, até se fixar definitivamente em Coimbra em 1537 por ordem de D. João III.

Deste modo a Universidade portuguesa foi uma das mais antigas do mundo, como se sabe.

Reformada em 1772 pelo Marquês de Pombal, recebeu novo impulso em 1910, ao serem criadas as Universidades de Lisboa e Porto.

A Medicina foi ensinada sempre na Universidade, que acompanhou constantemente os progressos das ciências em que se funda.

No seu início recebeu grande influência árabe, directamente devida a médicos judeus ou árabes, que frequentavam a corte, ou pela leitura de manuscritos.

Médicos portugueses notáveis no estrangeiro

Já no Século XV, mas principalmente nos Séculos XVI, XVII e XVIII, muitos médicos portugueses, independentemente dos estudos que iam fazer a escolas estrangeiras, viajaram por toda a Europa e alguns na África, Ásia e América, onde muitos se distinguiram ou como professores de Universidades, ou fazendo clínica.

Citaremos, entre eles, Valesco de Taranta, Luís Nunes, Amato Lusitano, Garcia d'Orta, Cristovão da Costa, Luís de Almeida, Duarte Silva, Manuel Vaz, Francisco de Sousa, António Peres, Pedro Vaz, Pedro de Peramato, Nunes de Castro, Luís Henriques, Sebastião Gago, Álvaro Nunes, Rodrigo de Castro, Henrique Jorge Henriques, Ambrósio Nunes, Fernando Cardoso, Luís de Lemos, Tomás d'Aguiar, Miguel da Silveira, Gaspar dos Reis Franco, Zacuto Lusitano, Rui Lopes, Filipe de Montalto, André Lourenço Ferreira, Francisco Sanches, Pedro Vaz Castelo, Diogo Mourão, Lázaro Ribeiro, Baltazar Oróbio de Castro, Bento de Castro, Daniel de Castro, Manuel Bocarro Francês, Estêvão Rodrigues de Castro, Duarte Rosa, Rodrigo da Fonseca, Gabriel da Fonseca, Fernão Mendes, Jacob à Castro, Jacob de Castro Sarmento, António Ribeiro Sanches, Bernardino António Gomes, Francisco Tavares, José Maria Grande e Casado Geraldês, estes quatro últimos já no Século XIX, entre muitos outros.

Durante as descobertas, os médicos portugueses acompanharam os navegadores e os guerreiros, prestando excelente assistência e descrevendo drogas desconhecidas na Europa, no que se distinguiram principalmente Garcia d'Orta e Tomé Pires.

Os médicos portugueses através de toda a História aparecem como podendo equiparar-se aos dos países mais civilizados, brilhando na clínica, como professores, como escritores, estudiosos e investigadores, em congressos, etc.

Os costumes, correntes científicas, modas, vicissitudes, vícios mesmo, etc., que caracterizaram os médicos dos diversos países, observaram-se também em Portugal. Na verdade a pre-

paração dos médicos portugueses nunca foi inferior à dos estrangeiros. Levaram eles a ciência médica ocidental à Índia e ao Japão, onde particularmente brilhou o cirurgião Luís de Almeida.

Independentemente do ensino oficial, muito têm contribuído para a expansão dos conhecimentos e vulgarização das noções as revistas médicas e os congressos médicos, quer nacionais quer internacionais.

II — HISTÓRIA DOS HOSPITAIS

A história dos hospitais portugueses está documentada com inúmeros elementos honrosíssimos para a civilização portuguesa. Desde o tempo de D. Tereza, mãe de D. Afonso Henriques, que fundou em 1162, no local onde hoje existe Albergaria-a-Velha, um estabelecimento hospitalar, que no território português tais instituições foram sendo fundadas.

Eram quatro os tipos dessas instituições: *albergarias*, principalmente destinadas a abrigar viandantes, *hospitais* ou casas de hospitalidade, de função mista, *gafarias*, destinadas aos doentes leprosos, e *mercearias*, correspondentes aos modernos asilos ou hospícios para inválidos.

Era por vezes pouco clara a significação de hospital, confundindo-se com a de albergaria ou hospício, havendo algumas instituições, porventura a maioria, que ao mesmo tempo abrigavam viandantes, doentes, gafos e inválidos, em secções separadas. Na verdade, segundo o conceito medieval de hospital, este era, em qualquer ponto, o abrigo que supria para o viandante o lar longínquo e que, tal como na sua casa, ali podia acolhê-lo apenas fatigado, doente ou fugido às intempéries.

A arquitectura dos hospitais medievais portugueses era característica, visto eles habitualmente serem instalados em edifícios que haviam servido para habitação. Até ao fim do Século XV só parece estar documentada a arquitectura intencional do Hospital de Santa Elisabeth, em Coimbra, fundado pela Rainha Santa Isabel e acabado de construir em 1328, o maior construído durante os primeiros três séculos da Nacionalidade. Os fundadores dos hospitais, levados a criá-los pela sua caridade, por conselhos dos seus confesores ou de outras pessoas, frequentemente com a intenção de «fazer bem às suas

Tipos de hospitais

almas» e de ancançar «indulgências» para as suas faltas, foram reis, rainhas, nobres, burgueses, plebeus, associados ou não em corporações ou em irmandades. Uma vez eram instituídos em vida dos fundadores, outras vezes determinadas as suas fundações em testamentos. Dum ou outro modo, cada um tinha um regulamento e um administrador (provedor).

Já foi possível reunir a lista duns quinhentos hospitais de tipo medieval no território português da Metrópole, sendo notáveis os «regimentos» ou «compromissos» de alguns, que esclarecem, confirmam ou excedem em perfeição as disposições de regulamentos de hospitais semelhantes estrangeiros.

Esses hospitais não tinham médico privativo, sendo a eles chamados quaisquer médicos quando era preciso, tal como se fosse ao domicílio de cada um.

No fim do Século XV, a seguir a críticas acerbas à administração hospitalar, entre elas a devida ao Infante D. Pedro, e a uma tentativa em vão de reorganização de D. Afonso V, houve em Portugal uma reforma hospitalar, iniciada com o pedido feito por D. João II ao Papa Sisto IV em 1479 (sendo D. João *Regente*, em vida de seu pai) para lhe ser permitido reunir num só hospital os bens de 43 pequenos hospitais de Lisboa ou seu termo.

Falhando essa tentativa, a mulher de D. João II, já então rei, a Rainha D. Leonor, fundou à sua custa um hospital, num sítio quase deserto, não sujeito a quaisquer exigências do Direito Canónico como os hospitais que o rei queria reunir. Esse hospital, especializado, destinado a doentes reumáticos e outros que podiam beneficiar com o uso de águas sulfurosas, foi o Hospital das Caldas da Rainha, talvez o mais antigo hospital termal do mundo, com 100 camas, médico privativo, consulta médica obrigatória para os banhistas, farmácia e um regulamento notável.

A seguir, D. João II conseguiu, finalmente, autorização do Papa para reunir num só os hospitais de Lisboa, fundando o Hospital de Todos os Santos, dos mais notáveis da Europa no seu tempo, com 200 camas, um médico e dois cirurgiões privativos, habitando o hospital aquele e um destes, secções separadas para doentes do foro médico e cirúrgico, consulta externa, albergue de mendigos, hospício para crianças órfãs, etc., sendo também notável o seu «regimento».

**Reforma dos
hospitais no
fim do Séc. XV**

Iniciado este novo tipo de hospitais, outros foram construídos ou transformados em várias terras do País, como Évora, Santarém, Viana do Castelo, Caminha, Porto, Faro, Leiria, Portalegre, Guarda, Braga, etc.

Em Beja D. Manuel construiu um hospital, onde seu pai, o Infante D. Fernando, fundara um em 1469.

Entretanto, criada pela Rainha D. Leonor, em 1498, em Lisboa, a sua primeira Misericórdia, confraria de caridade modelar que reformava as que anteriormente havia por todo o País, muitas das quais tinham a seu cargo hospitais, a pouco e pouco foram sendo confiados às Misericórdias quase todos os hospitais de Portugal, a ponto de para muita gente os termos de Misericórdia e Hospital passarem a ser sinónimos.

Em mais duma localidade foram instalados hospitais em antigos conventos ou colégios religiosos. Foi o caso dos Hospitais da Universidade de Coimbra, de S. José, do Desterro, de Arroios, de Curry Cabral, de St.^o António dos Capuchos, de Santa Marta e outros de Lisboa. Entre os hospitais edificados de propósito citaremos o de Santo António do Porto, os de Viana do Castelo, Vila Real, Viseu, Guarda, Faro, Évora e Beja.

Muito se pode colher na História a respeito de hospitais portugueses. Não é neste momento ideia nossa dar mais do que um esboço.

Não deixaremos todavia de recordar, a completar o que diz René Sand, que em toda a nossa História apenas apurou a existência dum hospital, na Ilha de Moçambique, fundado em 1637, além desse, que já existia no Século XVI, podemos contar, fora os 500, mais de 40 espalhados pelo mundo inteiro, na Guiné, Angola, Moçambique, Cabo Verde, S. Tomé, Índia, Macau, Timor, Brasil e Japão.

No Brasil, como se sabe, um português fundou em 1543, em Santos, um dos primeiros hospitais que houve na América. Na Índia, em Goa, o hospital causava a admiração de estrangeiros cultos e ilustrados, chegando a abrigar 3.000 doentes. No Japão, onde levámos no Século XVI a Medicina ocidental, fundámos seis hospitais, um deles para leprosos, e uma escola médico-cirúrgica. Do Brasil não temos de ocupar-nos agora, limitando-nos a evocar os velhos hospitais de Santos e Rio de Janeiro, pertencentes às respectivas Misericórdias, fundadas por

**Reforma da
Assistência**

**Hospitais por-
tugueses em
todo o mundo**

Brás Cubas e José de Anchieta e o *Hospital Real e Ultramar* do Rio de Janeiro, que, além de muitos outros benefícios, deram origem às duas primeiras escolas de Medicina que houve no Brasil, juntando a estes o moderno hospital da Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro. Simbolizamos neles tudo o que em matéria de assistência hospitalar os portugueses fizeram no Brasil.

*

* * *

Voltando porém à Metrópole e deixando o passado, onde há tanto aliás a registrar, vejamos, a traços largos a evolução do problema hospitalar nos últimos tempos.

De 1900 a 1935 pouco se construiu em matéria de hospitais. Nos últimos anos da Monarquia, aproveitando o edifício duma congregação religiosa, ergueu-se o hospital do Rego, para doenças infecto-contagiosas, e criou-se, por adaptação dum convento, o hospital de Santa Marta, aumentando estes dois hospitais a lotação em 1.200 camas, além de muitas obras nos hospitais da Universidade de Coimbra e noutros. A seguir a 1910 instalou-se em Santa Marta o Hospital Escolar, começou-se a Maternidade Alfredo da Costa, iniciaram-se as obras do Manicómio Sena, em Coimbra, e do Hospital Júlio de Matos, e criou-se o Instituto Português de Oncologia, continuando-se muitas outras obras.

Noutro lugar nos ocuparemos de sanatórios e dispensários.

**Construções
hospitalares a
seguir a 1935**

A seguir a 1935 começou-se, depois de estudo cuidadoso, a construção dos edifícios dos Hospitais Escolares de Lisboa e Porto, nos quais se instalarão as respectivas faculdades de Medicina com todos os seus serviços, havendo no de Lisboa lotação inicial para 1.500 doentes, que o do Porto pode atingir também.

Este fica sendo o maior edifício de Portugal, estando ambos quase concluídos. Entretanto foi construído e inaugurado o Hospital do Instituto Português de Oncologia, para 300 camas, o Hospital Rovisco Pais, para mais de 650 leprosos; o Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos foi terminado, como a Maternidade Alfredo da Costa, construindo-se e inaugurando-se a

Maternidade Júlio Diniz no Porto, o Hospital Sobral Cid, perto de Coimbra, etc., todos eles estabelecimentos modelares.

Neste momento está em execução o plano de assistência hospitalar, aprovado pela Assembleia Nacional em 1946, segundo o qual serão construídos ou aperfeiçoados hospitais em todo o País, de modo a garantir a conveniente assistência hospitalar.

Em 1926, segundo as estatísticas oficiais, havia no País 6.500 camas, calculando-se 10 camas por 10.000 habitantes; em 1944 o número de camas passara para 18.725, prevendo a nova lei que esse número excederá 30.000, uma vez realizado o plano. Em 1949 já havia 19.200.

Estando apurada a existência, como vimos, de 500 hospitais do tipo medieval e sabendo-se que a população de Portugal orçava nesse tempo por 1.500.000 habitantes a 2.000.000, calculando a média do número de camas por hospital em 3 a 4, verificamos haver 1.500 a 2.000 camas, ou sejam 20 camas por 10.000 habitantes. Este número, porém, não se referia só a doentes, mas também a asilados, órfãos, leprosos e viandantes.

A caridade dos portugueses de antanho que deixaram terras e outros bens importantes para a construção e sustento dos velhos hospitais, se deve a maior parte da assistência hospitalar em Portugal. Esses bens, transformados, embora por vezes delapidados, é que sustentaram os hospitais modernos, pois é relativamente pouco importante em relação a eles, mesmo agora, o que o Estado, que desamortizou os bens desses hospitais e das Misericórdias, lhes tem concedido.

Não podem tirar-se conclusões da comparação do número de hospitais existentes em Portugal e do número das suas camas em relação ao de habitantes, com os dados referentes a outros países. Com efeito, tudo depende da orgânica desses hospitais, dos hábitos da população, que prefere ou não tratar-se nas suas casas, e até das preferências dos clínicos em cada época e região; isto além das causas de erro das estatísticas, que incluam ou não nas camas as destinadas ao pessoal, a doentes incuráveis, a leprosos, tuberculosos ou outros contagiosos, bem como a doentes mentais, curáveis ou não, e até a asilados. Já por mais de uma vez nos ocupámos do assunto.

O que se verifica é que o número de hospitais gerais, pouco mais de 300, têm aumentado em capacidade e melhorado nas

suas instalações; que o seu funcionamento se tem aperfeiçoado, aumentando o número dos que praticam cirurgia e possuem raios X; que o número de camas aumentou de 6.500 em 1926 para 18.725 em 1944 e, uma vez executado todo o plano aprovado pela Assembleia Nacional, deve passar a ser de 30.000, o que representa, em vez de 10 que havia em 1926, 37 camas por 10.000 habitantes.

Eis a traços largos o esboço do que tem sido e é o problema hospitalar em Portugal.

III — HISTÓRIA DA HIGIENE INDIVIDUAL

A história da higiene individual, em Portugal como noutros países, só pode deduzir-se de indicações indirectas, dado o seu character íntimo. Por outro lado não faltam historiadores que só vêem higiene nos balneários apesar de neles pouco se cultivar esta ou até serem focos anti-higiénicos (por contágio venéreo, demora em espaços confinados, etc).

Os cuidados na escolha dos locais das povoações, com boa exposição quanto possível, perto de fontes abundantes; as boas regras de construção da habitação, evitando intempéries, adaptando certos pormenores ao clima local, como as dimensões das janelas, sujeitando-se embora aos materiais de construção das regiões; a preocupação de se comerem alimentos sãos; o aproveitamento de águas correntes e límpidas; a existência de lavatórios de pedra, que ainda se vêem em muitos velhos conventos e indicam lógicamente a existência de outros rudimentares nas casas particulares; o aproveitamento de muitas termas (parte delas já exploradas pelos romanos) desde o começo da Nacionalidade, sem de modo algum estar provado que haja sido proscrito o seu uso, certamente porque não tinham sido, como noutros países, transformados em prostíbulos; o cuidado na construção de cisternas em boas condições, em castelos e noutros sítios onde não era fácil obter água nascente; os cuidados com os contágios, particularmente característicos em face dos leprosos; o uso de perfumes, queimando certas ervas e outros produtos ou usando-os nas mãos em ocasião de epidemias; o uso de banhos de limpeza obrigatórios em conventos e em hos-

pitais, expressamente exigidos no compromisso do Hospital das Caldas, no Regimento do Hospital de Todos os Santos e na Regra de S. Bento; os cuidados com a limpeza exigidos nos hospitais e nas gafarias; a existência de banhos públicos em Lisboa e no Porto; o uso de retretes desde, pelo menos, o Século XVI, no Hospital de Todos os Santos e no das Caldas; a conveniente lavagem dos bacios e o uso de perfumes para evitar maus cheiros; a existência de canalizações de águas e para esgotos em edifícios antigos, nomeadamente em balneários; todos estes elementos demonstram que entre os portugueses, apesar do desleixo comum a todos os povos latinos, das dificuldades de se obter água em certas regiões e da pobreza, nunca deixaram de cumprir-se quanto possível as regras da higiene individual.

IV — HISTÓRIA DA HIGIENE PÚBLICA

A história da higiene pública refere-nos que em Portugal desde o princípio da Nacionalidade se cuidou da defesa da saúde da população, encontrando-se nos primitivos *forais* disposições referentes a fiscalização dos açougues, vigilância de aquedutos, inspecção de edifícios e ruas, limpeza destas, conservação de fontes, desobstrução de rios, determinação dos géneros que podiam ser vendidos nos mercados, etc. Os contraventores, punidos por iniciativa dos *almotacés*, que fiscalizavam o cumprimento das disposições dos forais, eram multados e expostos nos *pelourinhos* ou *picotas*.

Desde o tempo de D. Afonso IV (1315-1340) que as aberregadas e meretrizes eram vigiadas.

O exercício da Medicina era vigiado por lei desde os primeiros tempos, pelas autoridades civis. Em 1448 foi publicado por D. Afonso V o Regimento do Cirurgião-mor, que superintendia no exercício da cirurgia e em 1476 D. João II, como regente, assinou o *Regimento do Físico mór*, que superintendia no exercício da Medicina.

As posturas de Lisboa obrigavam os habitantes já em 1410 a «varrer as suas testadas» (a parte da rua, até meio desta, correspondente à frente de cada casa).

Em 1460 foi proibido aos médicos e cirurgiões venderem medicamentos e aos boticários exercerem a medicina ou a cirurgia. Em 1497 a Câmara de Lisboa deu um Regimento aos boticários.

Os cadáveres, desde o começo da Nacionalidade, foram enterrados ou em cemitérios, junto das igrejas, ou nos cláustros, em túmulos, ou debaixo das lajes, dentro da própria igreja, apesar de terem sido proibidos os enterros nas igrejas pelo I concílio de Braga, em 561.

Para garantir o abastecimento de água às populações esta era captada e por vezes transportada a grandes distâncias, utilizando aquedutos, alguns dos quais notáveis, um ou outro seguindo ou aproveitando restos de aquedutos romanos. Citaremos os de Elvas (começado no fim do Século XV), Évora, Óbidos, Coimbra, Torres Vedras, Tomar, Vila do Conde e Lisboa, este último notabilíssima obra de architectura, tendo de comprimento 18.605 metros, prefazendo com os seus ramais cerca de 60 quilómetros.

Luta contra epidemias

A luta contra a expansão de epidemias foi uma preocupação constante desde o começo da Nacionalidade, citando-se «pestes», nome dado a múltiplos flagelos, por vezes devidos a fomes ligadas a maus anos agrícolas, desde 1188. Citam-se 30 epidemias de natureza mal definida até o fim do Século XVI.

A verdadeira *peste* causou umas vinte epidemias, entre 1348 e 1923, sendo as mais importantes a de 1569, que matou 60.000 pessoas e a de 1579 que vitimou 40.000, tendo sido também registados mais tarde casos de peste em Macau, Índia e Angola, em várias épocas.

A *cólera*, descrita pela primeira vez pelo português Gaspar Correia, em 1543, causou 8 epidemias, desde 1832 a 1910 (esta última na Madeira).

A *febre amarela* deu origem a 10 epidemias, entre 1721 e 1860, surgindo também em Cabo Verde, Angola e Guiné, noutras 10 epidemias.

O *tifo exantemático*, a *variola* as *febres tifóides*, a *gripe*, a *encefalite letárgica*, a *difteria*, as *gastro-enterites*, *meningites cérebro-espinhais*, *sarampo*, *escarlatina*, *oftalmias*, *estomatite aftosa*, *disenteria*, *febres biliosas perniciosas*, *parotidites*, *tosse convulsa*, *alastrim*, etc., têm provocado de tempos a tempos epidemias.

Mais de quarenta médicos foram vítimas de contágios, durante epidemias, entre 1834 e 1929.

Entre as doenças endêmicas a *febre tifóide*, a *tuberculose*, as *gastro-enterites infantis*, o *sezonismo*, o *tifo exantemático*, a *febre escaro-nodular*, as *bruceloses*, a *lepra*, o *tracoma*, a *sífilis*, a *ancilostomiase*, a *bilharziose*, grassam numa ou outra região.

O estudo das diversas doenças contagiosas, particularmente das doenças tropicais, tem sido feito cuidadosamente, segundo os ensinamentos da Ciência de cada época, promovendo-se a luta contra elas.

O isolamento dos contagiosos, ou nas suas próprias casas, em hospitais improvisados ou em *lazaretos*, nas «casas da saúde», ou nas *gafarias* para os leprosos, faz-se desde o começo da Nacionalidade.

No tempo de D. João II já se sabe da existência dum lazareto na foz do Tejo, em Belém, em 1492. Em 1477, o mesmo rei ordenou em Évora a construção duma Casa da Saúde, de madeira, por ocasião da peste, ordenando ao mesmo tempo outras medidas, como a de fazer percorrer a cidade por rebanhos, o que empiricamente se sabia que era eficaz, embora se ignorasse então que a peste era transmitida pelas pulgas dos ratos.

No fim do Século XVI, por ocasião da *Peste Grande* de 1569, D. Sebastião chamou a Lisboa dois médicos sevilhanos afamados, Garcia de Salzedo Coronel e Tomaz Alvares, cuja acção, em colaboração com os médicos de Lisboa, foi notável, sendo digno de leitura o seu *Regimento* contra a peste.

Em todas as epidemias posteriores essas regras e outras, adaptadas às circunstâncias e de harmonia com a ciência de cada época, foram adoptadas.

Uma vez chegada a era pasteuriana, em Portugal as doutrinas microbianas foram logo conhecidas, sendo seus primeiros cultores Augusto Rocha (auxiliado por Charles Lepierre), Ricardo Jorge e Câmara Pestana, respectivamente em Coimbra, Porto e Lisboa, tendo Ricardo Jorge tido uma consagração durante a peste do Porto de 1899, que era contestada por clínicos mal orientados, ao ser confirmado o seu diagnóstico bacteriológico e as medidas que preconizara, por algumas sumidades internacionais em bacteriologia, como Calmette, Ferran, Salimbeni, etc. Nessa epidemia perdeu Portugal um dos seus pri-

meiros e mais esperançosos bacteriologistas, Câmara Pestana, contagiado durante uma autópsia.

Em 1918 a *gripe pneumónica* epidémica provocou 62.531 óbitos, sendo a mais mortífera da nossa história. Acompanham-na epidemias de varíola e tifo exantemático, tendo as três epidemias, em 1918 e 1919, vitimado ao todo 118.714 pessoas.

O sistema de defesa internacional evoluciona conforme o que se verificava nos outros países. Assim, em virtude da epidemia da cólera em Espanha, em 1884-86, foram estabelecidos ao longo da fronteira cinco lazaretos terrestres e um *cordão sanitário* de tropa, duns 4 mil homens, tendo por ele passado 11.183 soldados.

Lazaretos

Hospitais de isolamento, lazaretos, o principal dos quais estabelecido na barra do Tejo, em 1815, na Torre Velha de S. Sebastião da Caparica; vacinação anti-variolica, iniciada pouco tempo depois da descoberta de Jenner, por Francisco José de Almeida, em 1799, tendo tomado grande parte na campanha da vacinação a Academia das Ciências e a Sociedade das Ciências Médicas, auxiliados os médicos por pessoas estranhas à Medicina, entre as quais senhoras da sociedade; propaganda dos princípios de defesa da saúde, em livros, folhetos, jornais, revistas, congressos, etc.; postos de desinfecção, estabelecidos a partir de 1894; análises bacteriológicas para diagnóstico; tudo o que a Saúde Pública tem utilizado foi aproveitado, precocemente, tendo Portugal acompanhado sempre os progressos da ciência. Não faltou a legislação sanitária, precedida de ordenações, forais, posturas e ordens régias, mas codificada pela primeira vez em 1837 por Passos Manuel, em 1845 por Costa Cabral, sendo reformada em 1868, em 1901, em 1926 e ultimamente em 1945.

Ricardo Jorge

Sobressai como figura de primeira grandeza o Director-Geral de Saúde, Prof. Ricardo Jorge, «mestre de sanitaristas portugueses, modelo de sanitaristas mundiais», a quem sucedeu, por sua indicação, o seu discípulo e colaborador, Dr. José Alberto de Faria, principal obreiro na execução da reforma de 1926.

É impossível, em breve esboço, focar tanto e tanto que se tem feito em Portugal a bem da saúde pública, em geral desconhecido e por isso malsinado pelos próprios que lucram com a acção desenvolvida, como sucede em geral em toda a parte.

A história da Higiene Social em Portugal mostra, como poucos capítulos da nossa história, como os intelectuais portugueses, nomeadamente alguns governantes e médicos, souberam desde a maior antiguidade compreender o valor da defesa da saúde física e mental, da protecção à infância e da higiene em vários dos seus capítulos, dando com isso mostras de civilização que em outros países não surgem nem tão cedo nem tão inteligentemente, preocupados como andavam os seus habitantes com negócios ou guerras. Portugal não esqueceu, pelo contrário, tais princípios, mesmo na época mais intensa de lutas pela defesa da sua independência, pela ânsia da sua expansão civilizadora e pelas guerras a que não pôde fugir.

A higiene mental e moral, aliás impostas pelo cristianismo, aparecem sistematizadas no Século XV em duas obras notáveis, a *Virtuosa Bemfeitoria*, do Infante D. Pedro, homem superiormente inteligente, culto e viajado, e o *Leal Conselheiro*, de seu sobrinho, o Rei D. Duarte.

Higiene mental e moral

Este porém não hesitou em se ocupar no seu livro de higiene geral, de higiene alimentar, de higiene sexual mesmo, não dando a esta o significado deturpado de baixa pornografia, como certos escribas modernos que exploram e excitam a mocidade e procuram desorganizar a família, mas fundado na observação do que se passava à sua volta e na leitura de autores como Aristóteles, Platão, Seneca, Avicena, Santo Tomás de Aquino, entre muitos outros.

Desde então até hoje a cultura portuguesa tem acompanhado sempre o que de melhor se escreve ou faz nos diversos países do mundo em tal matéria.

É quase impossível resumir em breves palavras tanto e tanto que se tem feito. Tentemos um simples sumário.

a) *Do Século XII ao Século XIX* — Encontramos nítidas preocupações e realizações que são precursoras incontestáveis daquilo que constitui o programa da moderna Higiene Social.

De 1140 a 1800

A *defesa contra o contágio da lepra*, isolando os leprosos em gafarias e espalhando a noção do risco de contágio, desde o começo da Nacionalidade e através de toda a nossa História; a *protecção às crianças orfãs*, abandonadas e desvalidas, inicia-

da com a criação dum *hospital de meninos* em Lisboa, na Mouraria, pela Rainha D. Beatriz de Gusmão (1253-1300), filha de Afonso o Sábio, de Castela, e mãe de D. Diniz, continuada por sua nora, a Rainha Santa Isabel, ao fundar o *Hospital de Santa Maria dos Inocentes* em Santarém e outro em Coimbra junto do seu Paço e, depois, pelo *criandário* anexo ao Hospital de Todos os Santos, pela criação das rodas, pelo *orfanato* fundado no tempo de D. João III, cuja esposa, a Rainha D. Catarina, ajudou muito o hospital de meninos; pela criação de múltiplos orfanatos em Lisboa, Porto, Coimbra, Braga, Leiria, Évora, Beja, Guarda, Setúbal, etc., a mais notável instituição das quais veio a ser a Casa Pia de Lisboa, fundada no fim do Século XVIII por Pina Manique; a protecção e tratamento dos reumáticos, em termas, como Canavezes, Chaves, S. Pedro do Sul, Moledo, Aregos, Vizela, Lisboa e Óbidos, iniciada logo no primeiro reinado, pelo próprio D. Afonso Henriques e levada ao máximo no fim do Século XV, quando a Rainha D. Leonor fundou as Caldas da Rainha, erguendo ali o seu hospital thermal; a *luta contra a prostituição e tratamento dos sífilíticos*, pela vigilância das meretrizes, que nalgumas localidades eram obrigadas a viver em bairros especiais e a usar certos sinais no fato, pelo tratamento mercurial feito desde o começo do Século XVI no Hospital de Todos os Santos, procurando-se os sífilíticos pela cidade para os fazer tratar, autêntico *serviço social anti-venéreo*. A *luta contra as doenças por carência*, aliás empírica, evidentemente, encontramos-la já no uso de laranjas oferecidas aos navegadores de Vasco da Gama pelos indígenas de Mombaça e que aqueles verificaram ser remédio excelente contra o escorbuto, verificando também que os que só comiam arroz adoeciam; começaram a ser *tratados os loucos* a partir de 1539, no hospital de Todos os Santos e, depois, no de S. José; a *luta contra as doenças tropicais* iniciou-se à medida que os Descobrimentos foram sendo feitos, estudando-se as suas causas parasitárias, tóxicas ou outras, observando-se o modo como os indígenas as combatiam, deixando-nos muitos escritores não médicos, como por exemplo José de Anchieta, subsídios preciosos para o seu estudo; organizou-se o *auxílio aos orfãos dos que morriam nas empresas das Descobertas e Conquistas*, os rapazes logo que para isso tinham idade, indo ocupar os lugares dos pais, nos navios, nas fortalezas ou nou-

tras funções, as raparigas embarcando para a Índia, onde eram acolhidas em orfanatos pela Misericórdia e casando-se depois com os portugueses que estavam longe da Pátria; a *defesa e conservação da saúde*, foi sempre uma preocupação constante, de que é exemplo o famoso livro de António Ribeiro Sanches *«Tratado da conservação da Saúde dos povos»*, publicado em Paris em 1756, em que se ocupa da higiene da atmosfera e habitacional, salubridade, conventos, hospitais, prisões, casernas, navios, alimentos, exercícios físicos, asseio individual, etc., podendo considerar-se Ribeiro Sanches como um pioneiro da Higiene Social, pioneiros sendo também os médicos Valesco de Taranta, Garcia de Orta, Manuel Brudo, Rodrigo de Castro, Francisco Franco, Henrique Jorge Henriques, os espanhois Dias d'Ysla, Alvares Coronel e Salzedo e os nossos Amato Lusitano, Zacuto, Fernando Cardoso, Sebastião Nunes, António Nunes, Solis da Fonseca, Aleixo de Abreu, André de Castro, Domingos Bracamante, Morato Roma, Soares Feio, Rodrigues da Veiga, Manuel de Azevedo, Pinheiro Morão, Ferreira da Rosa, Duarte Madeira, Soares Faria, Fonseca Henriques, Pina Proença, Brás Luís de Abreu, Castro Sarmento, Dias Inchado, Silva Leitão, Silva Azevedo, Sacheti Barbosa, Rebelo Saldanha, Alvares da Cruz, Alexandre da Cunha, Morais Soares, Macedo Lobo, Nunes Gago, Manuel Henriques de Paiva (grande vulgarizador), Moniz Barreto, Francisco de Melo Franco, Francisco José de Almeida, José Bento Lopes, José Pinto de Azevedo, entre muitos outros, que se ocuparam de Higiene Geral, das grávidas e da primeira infância, educação física das crianças, higiene da alimentação, drogas da Índia, doenças contagiosas, tais como cólera, sífilis, vaginites e outras doenças ginecológicas, tuberculose, lepra, febres tifóides, tabardilho, peste, doenças tropicais, varíola, sarampo, enterites, sezões, desinfecção, higiene da alimentação, uso das vacinas e da quina, climatologia, etc.

Quando se chegou ao fim do Século XVIII estavam já ensaiados em Portugal os principais métodos de Medicina Preventiva usados noutros países.

b) De 1800 a 1880 os ensaios não pararam, apesar das perturbações trazidas à vida social pelas invasões francesas e pelas guerras civis. As Misericórdias, espalhadas por todo o País,

De 1800 a 1880

continuaram a ser os centros de assistência a todos os males físicos e a colaborar no lenitivo dos males morais; realizando, como de resto as anteriores confrarias, verdadeiro Serviço Social; a *protecção à infância* foi intensificada, sendo criada por D. João VI, a pedido da Rainha D. Carlota Joaquina, a *Real Ordem de Santa Isabel*, destinada a proteger os expostos, ao mesmo tempo que se fundava a Congregação das *Servas dos Pobres*, segundo o modelo de S. Vicente de Paulo; em 1852 foi fundada no Porto a primeira *creche*, pelo Médico João Vicente Martins, logo seguida, em 1866, por outra em Viana do Alentejo, devida ao médico António José de Sousa, pai do conhecido jornalista Conselheiro Fernando de Sousa; em 1875 a Associação das Creches, pela Rainha D. Maria Pia, que fundou as do Campo Grande, Ajuda, S. Bento, depois mudadas de local algumas, e em 1876 pela creche de Santa Eulália, no largo da Graça; D. Pedro V e a Rainha D. Estefânia planearam um hospital para crianças em Lisboa, começado a construir um ano depois da morte precoce da Rainha e inaugurado em 1877; a partir de 1834 foram criados em Lisboa, por iniciativa do Imperador D. Pedro, sucessivamente 12 Asilos da Infância Desvalida, iniciativa seguida depois nas sedes doutros distritos; em 1853 a Imperatriz D. Maria Amélia, viúva de D. Pedro, fundou no Funchal o primeiro estabelecimento de *luta contra a tuberculose* que houve em Portugal, o *Hospício da Princesa D. Maria Amélia*, como homenagem à memória de sua filha ali falecida com tuberculose, sendo inaugurado em 1862 o edifício próprio que mandou construir para esse fim, depois de ter estado instalado em edifício provisório durante 9 anos; em 1866 foram publicadas instruções valiosas a seguir na *construção de edificios escolares*, de modo a assegurar-lhes a higiene; a ginástica e a educação física começaram a ser cultivadas com particular cuidado na Casa Pia de Lisboa, publicando sobre *Educação Física* um trabalho valioso Augusto Filipe Simões, em 1872; em 1848 o Marechal Saldanha fez transferir do Hospital de S. José para Rilhafoles (actual Hospital Miguel Bombarda) os loucos, criando assim o primeiro manicómio em Portugal.

De 1880 a 1900

c) 1880-1900 — *Período de estudos e ensaios dos pioneiros*
— Desde 1875 que o *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*

se ocupou de múltiplos capítulos da Medicina Preventiva. Os estudos bacteriológicos, iniciados em 1882, começaram a ter cada vez mais cultores entusiastas, em Lisboa, Porto e Coimbra, sendo pioneiros, respectivamente, Silva Amado, Joaquim Inácio Ribeiro, Ricardo Jorge e Augusto Rocha. Na *Gazeta dos Hospitais Militares* os médicos militares Cunha Belém e Guilherme Enes ocuparam-se de vários assuntos sanitários. Em 1883 Maximiano de Lemos, o mestre da História da Medicina em Portugal, ocupou-se da profilaxia da tuberculose. Os jornais médicos, como os já referidos, a *Medicina Contemporânea*, a *Revista de Medicina e Cirurgia Práticas*, bem como o *Instituto*, etc., publicaram inúmeros artigos sobre Higiene Social, em que se distinguiram Ricardo Jorge, Câmara Pestana, Rodrigues de Gusmão, Sousa Martins, Miguel Bombarda, Anibal Bettencourt, Silva Amado, Clemente Pinto, o químico Ferreira da Silva, entre outros.

Em 1881 por iniciativa de Sousa Martins a Sociedade de Geografia promoveu uma expedição científica à Serra da Estrela, a fim de estudar a possibilidade de nela serem instalados sanatórios. Desde então Sousa Martins tornou-se o apóstolo caloroso da protecção aos tuberculosos em Portugal e o símbolo do movimento a favor destes, tendo obtido a primeira cura na Serra da Estrela, dum seu doente ali instalado, nesse mesmo ano.

Em 1884 Ricardo Jorge publicou em volume as conferências que fizera no Porto e haviam causado sensação, com o título de *Higiene Social aplicada à Nação Portuguesa*, seguidas dum estudo sobre *Saneamento do Porto* em 1888 e de outro sobre *Demografia e Higiene da Cidade do Porto* em 1899.

Em 1891 Manuel Ferreira Ribeiro publicou um livro de vulgarização profilática destinado às colónias, *Regras e preceitos de Higiene Colonial*.

Em 1892 foi criado o Instituto Bacteriológico (hoje Câmara Pestana).

Alfredo da Costa nas suas aulas pregava a protecção às grávidas e aos recém-nascidos e a criação duma Maternidade, publicando em 1899 essas lições que se tornaram o incentivo à organização da moderna luta a favor da maternidade e da infância em Portugal.

Sousa Martins

O Instituto
Bacteriológico

Rainha
D. Amélia

Em 1886 o par do reino Dr. Pereira Cardoso fundara no Porto uma enfermaria para tuberculosos.

A Rainha D. Amélia, entretanto, ainda Princesa, em 1889, apoiada e sensatamente aconselhada pelo Príncipe seu marido e indo ao encontro de D. Maria Emília Brandão Palha, planeia a criação dum hospício para anémicas ou dum hospital para tuberculosas, inspirados ambos, ao que parece, num asilo para raparigas doentes dos pulmões criado em França em 1884 por Mme. Marthe Dessaignes.

Em 1891 foi criada em Coimbra uma creche, por iniciativa do Prof. Filomeno da Câmara.

Em 1893 a Rainha D. Amélia criou o primeiro dispensário moderno, o Dispensário de Alcântara, para crianças pobres, que foi dirigido pelo Dr. Augusto da Silva Carvalho. Nele se observavam e tratavam crianças até aos 12 anos, dando-se-lhes, além de medicamentos, leite e outros alimentos, banhos e conselhos sobre higiene, sistemáticos, tendo a Rainha, pessoalmente, com a Condessa de Sabugosa, realizado visitas domiciliárias, realizando verdadeiro Serviço Social. Nesse mesmo ano, a Duquesa de Palmela iniciou a criação das Cozinhas Económicas, obra de grande alcance social.

Desde 1871 que em Portugal se cuidava dos menores delinquentes, sendo criada em Lisboa a primeira casa de correcção, no edifício das Mónicas, destinada a regenerá-los, livrando-os das cadeias comuns. Em 1895 foi inaugurada uma Escola Agrícola para menores delinquentes em Vila Fernando (Elvas).

Augusto Rocha

Em 1895 realizou-se em Coimbra o I Congresso Médico Nacional, o Congresso contra a tuberculose, orientado pelo Prof. Augusto Rocha e por sugestão do então quintanista de Medicina António Leite de Faria (1). Nele foram apresentadas 24 teses, distinguindo-se Augusto Rocha, Lopo de Carvalho, Lopes Vieira, Silva Teles, médicos; Leite de Faria e Serras e Silva, estudantes de medicina; Paula Nogueira, Sabino de Sousa e Alves Baganha, veterinários, entre outros.

Em 1891, ao regulamentar-se o trabalho das mulheres e menores, tornou-se obrigatória a existência de *creches* nas fábricas onde trabalhassem 50 ou mais mulheres.

(1) Pai do actual Embaixador de Portugal no Brasil, e médico distinto e prestigioso.

Em 1897 a Sociedade das Ciências Médicas nomeou uma Comissão, formada por Bettencourt Raposo, Alfredo da Costa, Belo de Moraes, Câmara Pestana, Eduardo Burnay, Miguel Bombarda e D. António de Lancastre para estudar o problema da hospitalização dos tuberculosos. Em 1898 a Rainha D. Amélia conseguiu que os tuberculosos dispersos pelos diversos hospitais de Lisboa fossem isolados no Hospital de Arroios, que passou a chamar-se Hospital da Rainha D. Amélia. Devia-se-lhe também a fundação do *Instituto Bacteriológico* (1892) e do *Instituto Ultramarino*, destinado a pessoas de família de funcionários falecidos no Ultramar, criado em 1891, como se lhe ficou devendo a obra com que fechou o Século XIX, a *Assistência Nacional aos Tuberculosos*, à qual deram o seu apoio os mais prestigiosos médicos portugueses, sem distinção de credos, destacando-se entre todos pela sua dedicação D. António de Lancastre.

Um deles, Miguel Bombarda, propôs em 1898 a criação da *Liga Nacional contra a Tuberculose*, fundada depois, sob o patrocínio da Sociedade das Ciências Médicas, tendo em vista a educação sanitária da população, a realização de congressos, publicação de jornais, revistas, folhetos e artigos de luta contra a tuberculose, estudos de diversos aspectos da tuberculose, entre eles o legislativo e o social, e a propaganda dos sanatórios.

A *Assistência Nacional aos Tuberculosos* tinha um programa notável, digno de ser lido e em grande parte ainda hoje aproveitável. A técnica preconizada era já a da moderna Medicina Social da Tuberculose, da qual fazia parte a criação de dispensários («institutos»), hospitais, sanatórios marítimos e de altitude, colónias de férias, auxílio às famílias, educação sanitária, etc.

Já em 1860, ao ser reformada por José Maria Eugénio a Casa Pia de Lisboa, foi esta transformada numa verdadeira colónia infantil de clima marítimo, funcionando em excelentes condições higiénicas, e em 1875 o Asilo D. Pedro V começara as suas colónias de férias em Pedrouços, um ano antes do Pastor Bion, em geral citado como sendo o iniciador das colónias de férias na Europa.

Chegado pois o fim do Século XIX estavam iniciados em Portugal, a partir de 1880, os estudos e o movimento a favor da Medicina Social moderna. A morte roubara-nos entretanto

Miguel Bom-
barda

dois dos mais notáveis e calorosos pioneiros: Sousa Martins e Câmara Pestana.

Restava executar os programas e expandir cada vez mais as instituições. Para isso era precisa fé, persistência, lealdade e verbas suficientes. Vejamos o que se verificou:

d) 1900-1925 — *Primeira fase das realizações* — À medida que nos aproximamos do dia de hoje temos de ser cada vez mais sucintos, para não alongar excessivamente esta exposição.

Ensino

Ensino — Em 1900 a Cadeira de Higiene foi separada da de Medicina Legal, quer na Faculdade de Medicina de Coimbra, quer nas Escolas Médico-Cirúrgica de Lisboa e Porto, sendo regida respectivamente pelos Drs. Serras e Silva, Ricardo Jorge e Lopes Martins. Entretanto ensinava-se a higiene noutras escolas (Escola Naval, Institutos Industriais de Lisboa e Porto, Escolas Normais, como o fôra nos Liceus, Escolas Primárias, Seminários, etc.).

Instituto de Higiene

Em 1901, ao ser feita a reforma dos serviços de Saúde Pública, sob a orientação de Ricardo Jorge, foi criado o *Instituto Central de Higiene* (que hoje tem o nome de *Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge*) sendo criados cursos de Medicina Sanitária para preparação de sanitaristas. Do programa desses cursos fazia parte o ensino da Medicina Social, sendo regida esta por Miguel Bombarda. Cursos idênticos foram criados em Coimbra e Porto.

Congressos

A par disso, em revistas médicas, jornais e folhetos, em congressos realizados pela *Liga Nacional contra a tuberculose* (em 1901, 1902, 1904 e 1907), em conferências públicas, em cursos populares, no *XV Congresso Internacional de Medicina* realizado em Lisboa (1905), em vários congressos como o distrital da Guarda (1924) e outros regionais, no *I Congresso de Medicina Tropical* realizado em Luanda (1923), no *Congresso dos Médicos Municipais* (1911), no dos *médicos mutualistas* (1910), no de *Deontologia médica e interesses profissionais* (1912), nos da Associação Luso-Espanhola para o Progresso das Ciências (1921 e 1925), nos *congressos coloniais* (1901 e 1924), no *Congresso de Leitaria, Olivicultura e Indústria de leite* (1903), no de *Beneficência* (1905), nos *pedagógicos* (1908 e 1909), nos de Educação Física (1916 e 1925), no das *Misericórdias* (1924), no *Abolicionista* (1926), etc., em todos foram

versados assuntos de interesse médico-social, criando ambiente para a transformação que se estava realizando.

Em 1924 foi fundada no Porto a *Liga Portuguesa de Profilaxia Social*, cuja acção tem sido notável desde o seu início, a bem dos princípios da moderna Medicina Social.

Liga Portuguesa de Profilaxia Social

Ensino unipersitário e outro em escolas, congressos e vulgarização, tudo contribuiu para melhorar durante este período a consciência sanitária da população e para estimular nos médicos e nos governantes o interesse pelos múltiplos problemas médico-sociais.

Dispensários — Em 1901 foi inaugurado em Lisboa o primeiro dispensário anti-tuberculoso, concebido por D. António de Lancastre e cujo plano tivera em 1899 a aprovação de Calmette, ao vir ao Porto estudar a epidemia de peste. Dirigiu esse dispensário, situado na Rua do Alecrim, n.º 22, o Dr. Alfredo Luís Lopes.

D. António de Lancastre

A seguir a Assistência Nacional aos Tuberculosos abriu dispensários em Bragança (1902), no Porto (1903), Faro (1903), Viana do Castelo (1905), e Ponta Delgada.

Além dos dispensários anti-tuberculosos outros foram criados.

Em 1901, devido a Aboim Ascensão (1859-1930) foi criado o primeiro *Lactário* português, correspondente à *goutte de lait* francesa, nele funcionando uma consulta para amamentados e para mães, 9 anos depois de Budin ter criado a primeira no Hospital da Charité de Paris.

Aboim Ascensão

A seguir foram fundados lactários com a mesma orientação, verdadeiros *dispensários de puericultura e pediatria*, sucessivamente no Porto (1912), Coimbra (1913), Braga, Lisboa, onde Alexandre Ferreira, o benemérito, não médico, a quem se deve talvez a maior propaganda dos lactários em Portugal, que fundou em 1925-26 seis lactários, sendo vereador da Câmara da Capital, e nas Caldas da Rainha (1925).

Quanto a *dispensários anti-venéreos*, se os primeiros, com o nome de *dispensatórios*, funcionavam já em 1863, destinados a observação das meretrizes, em condições lamentáveis em 1891 e intoleráveis em 1901, deve-se ao médico D. Tomás de Melo Breyner, primeiro, a orientação duma consulta externa do Hospital do Desterro, desde 1897, verdadeiro germe dum dispensá-

rio, e mais tarde, como vereador da Câmara de Lisboa, a criação dos primeiros dispensários anti-venéreos portugueses.

Os professores de Sifiligrafia de Coimbra e Porto, respectivamente Rocha Brito e Freitas Viegas, tiveram uma acção idêntica, criando interesse nos seus alunos, instruindo-os e educando-os para a especialidade e estimulando a sua acção.

A Misericórdia de Lisboa criou em 1917 três dispensários, com farmácias, além de enfermagem.

De 1900 a 1925 pode pois dizer-se que Portugal criou dispensários de várias especialidades, conforme a melhor técnica, sem esquecer a sua função educativa e social, resultantes da transformação das consultas externas e da actualização dos conceitos.

Serviço Social

Um dos elementos característicos dos dispensários, o *Serviço Social*, à semelhança do que a Rainha D. Amélia fizera desde 1893 no Dispensário de Alcântara, foi utilizado, também sem caracter profissional desde 1900 a 1925, devido à iniciativa de médicos e aproveitando a boa vontade e vocação de senhoras, quer no Sanatório do Lumiar (1924), quer nos lactários de Lisboa, Porto, Coimbra, Caldas da Rainha, etc. (1925).

Alfredo da Costa

O movimento a favor da criação das *Maternidades* foi-se intensificando. Alfredo da Costa, principalmente, apoiado e seguido por Costa Sacadura, fizeram campanhas intensas, em revistas, jornais, congressos, etc. No Hospital de S. José foi instalada no último andar, na enfermaria de St.^a Bárbara, uma maternidade provisória, em condições lamentáveis, tendo de subir-se 110 degraus para se lá chegar. Alfredo da Costa queixou-se amargamente num relatório escrito em 1906 daquele estado de coisas. Curry Cabral, enfermeiro-mór dos Hospitais Civis de Lisboa encarregou-o de fazer o plano duma Maternidade, o que ele fez. Essa Maternidade, que hoje tem o seu nome, começada a construir em 1914 só foi terminada em 1932. Entretanto em 1911 foi criada em Coimbra a Maternidade que hoje tem o nome de Daniel de Matos.

Nos diversos hospitais do País as grávidas eram recolhidas, em regra, nas enfermarias gerais, e nalguns em quartos especiais, com os riscos correspondentes.

A *protecção à primeira infância*, preocupação antiga, documentada pela publicação de vários livros, devidos a médicos,

ou sobre «educação física», incluindo nela a puericultura, ou sobre os cuidados a ter com as crianças, por vezes incluídas essas noções em livros sobre higiene geral, pode dizer-se quase illusória antes das descobertas de Pasteur.

Em Portugal, depois de durante muitos anos a protecção à primeira infância se limitar ao pagamento de amas, pela Misericórdia e Câmaras, em que a ignorância dessas amas causava, como noutros países, uma enorme mortalidade nas crianças, o seu iniciador inteligente e caloroso foi Alfredo da Costa, ao qual se seguiram, em Lisboa, Costa Sacadura, António de Azevedo, Aboim Ascenção, Jorge Cid, Samuel Maia, Alexandre Ferreira, Carlos Gomes da Silva, D. Branca Rumina, D. Sara Benoliel, D. Palmira Lindo, Clemente Morais Sarmiento; no Porto, Almeida Garrett, Guilherme Ribeiro, Júlio Cardoso, Américo Pires de Lima; em Coimbra, Daniel de Matos, Filomeno da Câmara, Sobral Cid, Novais e Sousa, o Bispo Conde D. Manuel Coelho da Silva, entre outros; em Portalegre, Rodrigues de Gusmão, Santana Marques; em Beja, Sousa Tavares, etc. Devido à sua acção, a campanhas jornalistas e a artigos em revistas médicas, foram realizados estudos e criados lactários e creches, não só em Lisboa, Porto e Coimbra, como noutras localidades. Em 1925 o *Anuário Estatístico* registava em Portugal a existência de 22 creches, além de 5 que não haviam mandado elementos: 7 no distrito de Lisboa, 9 no do Porto, 2 nos de Beja Braga e Évora, 1 nos de Castelo Branco, Coimbra, Leiria, Santarém e Viana do Castelo.

Em 1923 o número de creches era de 28.

No que respeita à segunda infância, pouco se realizou. O único esforço digno de citação foi o de João de Deus Ramos que inaugurou em Coimbra o primeiro Jardim-Escola João de Deus, em 1911, com a colaboração dos estudantes e do seu Orfeão, regido por António Joyce, seguindo-se-lhe pouco depois o de Lisboa. Os Jardins-Escolas iam restaurar o Ensino Infantil, iniciado em Portugal, depois dos ensaios de ensino maternal pelo método de João de Deus, ao ser criada uma escola Froebel no Jardim da Estrela, em 1882, pela Câmara Municipal de Lisboa.

Os Jardins-Escolas João de Deus, instituições admiráveis e dignas de expansão, não conseguiram da parte do Estado o apoio que mereciam.

João de Deus
Ramos e os
Jardins Esco-
las

*
* *
*

**A Sanidade
Escolar
O primeiro mé-
dico escolar,
em 1544**

A *protecção à saúde dos estudantes*, foi em Portugal iniciada de modo organizado em 1544, quando, pelo Estatuto da Universidade, os lentes de Medicina eram obrigados a tratar os estudantes pobres, e por uma ordem da Rainha, que, em 1558 nomeou o primeiro médico escolar, que tinha a seu exclusivo cargo esse tratamento.

A Reforma de Saúde de 1837, devida a Passos Manuel, determinava que se fizesse a vigilância da saúde e robustez das crianças em colégios, orfanatos e casas de expostos.

Francisco de Melo Franco, Francisco José de Almeida e Augusto Filipe Simões escreveram livros sobre «educação física» que se ocupavam também da defesa das crianças em idade escolar.

Almeida Garrett defendeu igualmente essa prática, influenciado com certeza, como aqueles médicos, pelas ideias de Locke e Rousseau. A verdade, porém, é que até 1866, pouco se fez digno de nota em tal matéria.

Nesse ano, um decreto determinou que nos futuros edificios escolares fossem seguidas certas normas, exigidas pela hygiene. O Conde de Ferreira, falecido nesse ano, determinava no seu testamento a construção de 120 edificios destinados a escolas, estimulando a edificação de muitos outros.

Em 1881 a Câmara de Lisboa passou a exigir inspecções médicas semanais a todas as escolas da Capital.

Desde 1880 que a todos os professores era exigido atestado de vacinação anti-variólica e de não soffrerem de doença contagiosa, medida extensiva a todos os alunos das escolas a partir de 1892.

A verdade, porém, é que a *sanidade escolar* só foi iniciada quando em 1901 o Regulamento Geral de Saúde passou a exigir de todos os Subdelegados de Saúde a obrigação de fiscalizarem a hygiene das escolas e, definitivamente, quando no mesmo ano foi criada a *Inspecção Sanitária Escolar* e colocada à frente dela Costa Sacadura, que se tornou um apóstolo da saúde dos escolares, como da protecção à maternidade e à primeira infância, sendo ajudado por Almeida Dias, também inspector.

Costa Sacadura

O serviço destes primeiros médicos escolares nomeados limitava-se às escolas primárias.

A ginástica, que D. Pedro IV tentou iniciar em 1834 e em 1835 se começou a praticar na Casa Pia, até 1842 não apareceu em nenhuma escola portuguesa, começando a haver entusiasmo pela alemã, fundando Luís da Costa Monteiro a primeira escola em 1860, no período inicial do Ginásio Clube Português. Em 1862 foi criado o primeiro ginásio escolar no Instituto Industrial e Comercial de Lisboa, e a seguir outros na Escola Académica e no Colégio Militar, criando-se cursos de ginástica no Porto e em Coimbra, no Clube Académico.

Em 1880 foi aprovado um programa de ginástica para as Escolas Normais. Entretanto em 1881 funda-se no Porto um Clube Velocipedista, ao mesmo tempo que a esgrima e o desporto do remo começam a entusiasmar. Em 1887 é introduzida a ginástica nos Liceus e no ano seguinte aparecem as primeiras bicicletas. Os abusos e a má selecção dos desportistas levaram muitos médicos a combater a ginástica acrobática e os excessos do ciclismo.

Em 1887 o professor primário Alfredo Dias, entusiasta da ginástica sem «aparelhos» e que, para se preparar, seguiu um curso de anatomia do Prof. Serrano, começou a prègar o uso da ginástica de Ling com o apoio de Serrano e de Alfredo da Costa.

Em 1905, devido à influência da *Inspecção Sanitária Escolar*, foi tornada obrigatória a ginástica sueca em todos os liceus, sendo nomeados os primeiros cinco professores, um para Coimbra, dois para Lisboa e outros tantos para o Porto, todos eles médicos.

Na Escola Médica de Lisboa os estudantes fundaram um ginásio, por iniciativa, entre outros, de Sílvio Rebelo, Jorge Cid, Pais de Vasconcelos e José Pontes, enquanto no Ginásio Clube faziam propaganda da educação física Ricardo Jorge, Carlos Tavares, Salazar de Sousa, Belo Morais, Pinto de Miranda e Adolfo Coelho. E assim a ginástica foi criando cada vez mais adeptos e, a par dela, os desportos, principalmente o ciclismo e o futebol, mas também a natação, remo, ténis, luta greco-romana, *jiu-jitsu*, jogos olímpicos, corridas de Maratona, etc.

Em todos estes desportos e jogos participavam os estudantes, desordenadamente, como em quase todos os países, cada um movido apenas pela simpatia ou entusiasmo que lhe despertava qualquer deles.

Entretanto os inspectores médicos das escolas iam vigiando, observando e fazendo estudos. Ao mesmo tempo deram pareceres sobre projectos de edificios para os liceus novos, fizeram visitas a centros de sanidade escolar estrangeiros, fazendo conferências, colaborando em revistas, etc.

Em 1910 o Governo provisório extinguiu o serviço de sanidade escolar, até então limitado às escolas primárias, restaurando-o no ano seguinte, limitando a sua acção aos liceus, ficando a inspecção médica nas escolas primárias a cargo dos delegados e subdelegados de Saúde, sendo nomeado inspector geral de sanidade escolar Costa Sacadura.

Foram nomeados mais médicos escolares para os liceus. Em 1914 iniciou-se o serviço nas escolas técnicas. Os médicos porém eram em número insufficiente, criando-se-lhes inúmeras dificuldades. Em 1922 Costa Sacadura afastou-se do serviço, ficando no seu lugar Pacheco de Miranda. Em 1918 publicara um projecto completo de remodelação dos serviços, fundado no que de melhor se fazia nos diversos países. Em 1919 foi publicado um regulamento de sanidade escolar do ensino industrial. Em 1920 foi publicado um regulamento de educação física destinado aos estabelecimentos dependentes do Ministério da Instrução e, ao mesmo tempo, aos dos Ministérios da Guerra e da Marinha, no qual Costa Sacadura também colaborou, tendo em mira dar unidade ao ensino da ginástica e a outros exercícios físicos.

Crianças anormais, em perigo moral ou delinquentes

No que se refere à protecção médico-pedagógica às crianças anormais, esta foi iniciada em Portugal em 1871, como já vimos, ao ser criada a primeira casa de correcção para menores delinquentes. Essa acção foi intensificada desde que o Padre António de Oliveira remodelou o serviço em 1911 por incumbência de Afonso Costa. Em 1914, na Casa Pia de Lisboa, António Aurélio da Costa Ferreira criou o primeiro *Instituto Médico Pedagógico* para estudo das crianças anormais, assunto que depois começou a ser estudado e orientado com progressiva competência e rendimento por Vítor Fontes.

De 1901 a 1925 foram estudadas e experimentadas quase todas as técnicas e postos todos os problemas de interesse médico-escolar que têm sido considerados de maior importância nos mais progressivos países. Não faltaram entusiastas competentes e dedicados. O que era preciso era unificar a acção e ampliar o quadro dos médicos escolares, levando-os a actuar no maior número possível de escolas, visto que nunca o número de médicos escolares foi além de 23. Tudo isso e muito mais que exigiria pormenorização propôs Costa Sacadura.

Em 1925 foi fundado, sob a orientação de Faria de Vasconcelos, o *Instituto de Orientação Profissional*, devido ao legado feito à Assistência Pública por D. Francisca Barbosa de Andrade e com o apoio do Provedor da Assistência, Lino Gameiro, ficando instalado no próprio edifício da Direcção Geral da Assistência no ângulo sueste do mesmo.

A *Associação Protectora das Florinhas da Rua*, fundada em 1917 por iniciativa do então Arcebispo de Mitilene D. João Evangelista de Lima Vidal, actual Prelado de Aveiro, com a colaboração de D. Luiza Sérgio e de D. Inácia de Jesus Martins de Azevedo, fundou em 1925, devido à Condessa de Rilvas e a Vítor Fontes, um Instituto Médico-Pedagógico, destinado à protecção às crianças anormais do sexo feminino, que hoje tem o nome daquela titular.

Os seus nomes, com o de Faria de Vasconcelos, ficam ligados à história do início da assistência às crianças anormais, ao mesmo tempo que à do Serviço Social, dela inseparável.

*

*

*

A luta contra a tuberculose em Portugal recebeu, a seguir a 1900, o seu impulso definitivo.

Em 1899, como vimos, foi criada a *Assistência Nacional aos Tuberculosos*. Esta e a *Liga Nacional contra a Tuberculose* completavam-se, num programa de conjunto modelar para a época e ainda hoje quase completamente aplicável. O principal auxiliar da Rainha D. Amélia foi D. António de Lancastre.

Na Serra da Estrela, em local escolhido por Sousa Martins e por iniciativa de Alfredo César Henriques, o primeiro doente

Faria de Vasconcelos
Instituto de Orientação Profissional

Assistência Nacional aos Tuberculosos
— A. N. T.

curado por ele na Serra, acabava de ser construído o primeiro sanatório, com 54 quartos.

Logo no primeiro ano do Século XX a Assistência Nacional aos Tuberculosos inaugurou o seu primeiro sanatório marítimo, no antigo forte do Outão, inicialmente com 36 camas.

O médico José de Almeida, com D. Maria Albina Baracho e o poeta e antigo ministro Tomás Ribeiro, levam a cabo a criação doutro sanatório marítimo, no mesmo ano, também num antigo forte, em Carcavelos, oferecendo-o à A.N.T.

Em 1901 foi inaugurado, como vimos, o primeiro dispensário, na Rua do Alecrim.

No mesmo ano sai o novo Regulamento Geral de Saúde, incluindo medidas várias de colaboração das autoridades sanitárias na luta contra a tuberculose; a A.N.T. organizou as suas primeiras colónias de férias para crianças pobres, na Trafaria, iniciando-se na Figueira da Foz outras por iniciativa de Bernardino Machado, que Sobral Cid dirigiu com o maior carinho.

Nos anos seguintes continuaram essas colónias.

Em 1902 foi publicado um Regulamento de profilaxia da tuberculose, da autoria de Ricardo Jorge; começaram a ser feitas no Instituto Bacteriológico, também devido à iniciativa da Rainha D. Amélia, análises clínicas requisitadas pela A.N.T.; foi inaugurado o dispensário de Bragança e o Sanatório de Carcavelos, devido a José de Almeida.

Em 1903 foi inaugurado o dispensário do Porto e o de Faro, começando a ser construído um sanatório no Funchal.

Em 1904 foi inaugurado o Sanatório Marítimo de Santana, na Parede, construído por iniciativa de D. Amélia Biester, e por sua tia, D. Claudina Chamiço.

Em 1905 foi inaugurado o dispensário de Viana do Castelo dirigindo-o Tiago de Almeida.

Em 1906 foi inaugurado o Instituto Central da A.N.T., na Avenida 24 de Julho, começando no mesmo ano a publicar-se o boletim «Tuberculose».

Em 1907 foi inaugurado na Guarda o Sanatório Sousa Martins, dirigido por Lopo de Carvalho, tendo como adjunto Amândio Paúl, o primeiro sanatório de altitude construído pela A.N.T. Nesse mesmo ano, por iniciativa de Samuel Maia, o jornal o «Século» inicia uma campanha calorosa a favor da protecção à infância, da puericultura, da profilaxia e de vários

aspectos do que constitui a técnica da Medicina Social. Ainda em 1907, devido à iniciativa e dedicação do pianista Rey Colaço, foi construído no Monte Estoril um edifício destinado a receber colónias de férias, o primeiro edifício para esse fim construído em Portugal.

Em 1909 foi inaugurado em Portalegre o Sanatório Rodrigues de Gusmão.

Em 1910 ficou terminado em Lisboa o Hospital de Repouso D. Carlos I, destinados a tuberculosos, no Lumiar.

Em 1911 foi reorganizada a Assistência Nacional aos Tuberculosos.

Em 1912 foi inaugurado o Sanatório do Lumiar, atrás referido, com o nome de Sanatório Popular de Lisboa.

Em 1924 é criado junto do mesmo sanatório, por iniciativa de Pacheco de Miranda, um grupo de Serviço Social, formado por quatro senhoras generosas, uma das quais sua esposa, reatando, com técnica inspirada nos mais modernos princípios da Medicina Social, a prática que a Rainha D. Amélia tinha levado a cabo no Dispensário de Alcântara.

Como já vimos, por iniciativa da Rainha D. Amélia, o Hospital de Arroios de Lisboa servia para isolamento de tuberculosos, desde 1898, ali se acolhendo estes até ser inaugurado em 1906 o Hospital do Rego.

Ao mesmo tempo que estas instalações eram inauguradas, o que, é claro, exigiu muita dedicação e despesa para preparação dos médicos e outros técnicos, para obter receitas, etc., a Liga Nacional contra a Tuberculose desenvolveu uma actividade enorme, estimulada principalmente por Miguel Bombarda, em congressos, realizando o primeiro em 1901, em Lisboa, e o segundo em 1902 em Viana do Castelo, o terceiro em Coimbra, em 1904, o quarto no Porto, em 1907. Nestes congressos foram versados os mais complexos e variados problemas médico-sociais ligados com a tuberculose, sua profilaxia e tratamento racional. Mas a Liga promoveu conferências e espalhou inúmeros folhetos em que se explicava a profilaxia, quer individual quer social, contra a tuberculose, inserindo as revistas médicas e os jornais noticiosos artigos destinados a esclarecer o público, de modo a ser mais eficaz a acção contra a tuberculose. Seguindo o seu programa, a Liga interveio para sugerir

**Liga Nacional
contra a Tu-
berculose**

e estimular a publicação de leis de luta contra a tuberculose e a criação de hospitais, dispensários e sanatórios.

As perturbações políticas que precederam e se seguiram à proclamação da República, agravadas anos depois com a Grande Guerra, fizeram afrouxar a actividade da Liga, como de resto, da A.N.T. Muito deve ter contribuído para isso a morte de Miguel Bombarda e o afastamento de D. António de Lancastre. Não deixaram porém de se ouvir vozes e de se ver campanhas construtivas. Citaremos entre os trabalhos de vulgarização o folheto «*Contra a Tuberculose*», do Bispo Conde de Coimbra, D. Manuel Coelho da Silva, publicado em 1924, «O Conceito da Tuberculose na Medicina Portuguesa» de Hernani Barrosa e a campanha a favor da criação dum dispensário e dum hospital para tuberculosos feita por Adelino Vieira de Campos de Carvalho, entre muitos outros, espalhados por revistas, jornais e livros de Congressos.

Em 1928 contava a A.N.T. seis dispensários no Continente e um em Ponta Delgada, três sanatórios marítimos, com 560 leitos e três sanatórios para tuberculosos pulmonares com o total de 250 camas.

O Anuário Estatístico de 1925 registava só dois sanatórios marítimos, os de Carcavelos e Outão, visto ainda não ter sido inaugurado o da Gelfa, começado em 1909, além dos três sanatórios para pulmonares, da Guarda, Portalegre e Lisboa (Lumiari). O total de doentes que passaram pelos sanatórios marítimos foi de 214 e pelos restantes 402, ao todo 616.

Nos seis dispensários, de Lisboa, Porto, Bragança, Viana do Castelo, Faro e Ponta Delgada, foram inscritos 4.283 doentes, sendo o número de consultas de 25.726.

*

* *

**Luta social
contra a sífilis
no Séc. XVI**

A luta contra as doenças venéreas começou a ser feita em Portugal mais cedo do que na maior parte dos países, porquanto se sabe, com pormenores do livro de Ruy Dias d'Ysla, publicado em 1539, que logo no começo do Século XVI eram tratados no Hospital de Todos os Santos os sífilíticos (os doentes com *boubas*) utilizando-se o mercúrio e procurando-se os doentes, como vimos, pela cidade, para os obrigar a tratar;

foi igualmente tratada no Hospital Real de Coimbra e no Hospital das Caldas, neste aproveitando a acção adjuvante das águas sulfurosas.

Além de mercúrio, utilizado sob a forma de unguento, decocto, pílulas, cerato, sublimado e nitrato ácido de mercúrio, eram utilizados o nitrato de prata, o antimónio, o arsénico, etc.; bem como o guaiaco, a raiz da China, a teriaga e muitas outras drogas diaforéticas, purgativas e diuréticas, às quais se juntava a sangria e outros meios terapêuticos da época.

Amato Lusitano e Garcia d'Orta fornecem a tal respeito subsídios preciosos pormenorizados para o estudo do tratamento do *morbo gálico*.

Nos Séculos XVII, XVIII e XIX, Duarte Madeira Arrais, Zacuto, Ribeiro Sanches e muitos outros, mostram como se cuidou sempre atentamente do tratamento da sífilis, sabendo-se como ela era contagiosa.

A par disso desde o começo da Nacionalidade a luta contra a prostituição foi uma preocupação, da iniciativa umas vezes real, noutras das Côrtes. Marcavam-se às meretrizes certas ruas, fora das quais não podiam habitar, obrigavam-se a usar determinados sinais no fato para serem reconhecidas, medidas que precisavam de tempos a tempos ser renovadas.

A primeira casa de regeneração que se conhece foi em Torres Novas devendo-se à Rainha Santa Isabel e sendo destinada a «mulheres que em Coimbra foram pecadoras» (com estudantes?), existindo por isso já nos primeiros anos do Século XIV. No Século XVI, em 1543, Violante da Conceição, de cor preta, muito estimada pela Rainha D. Catarina, fundou em Lisboa outra, mais tarde transformada no Mosteiro de Freiras de Santana. A seguir foi criada a Casa Pia das Convertidas, na Rua do Loreto, que passou em 1872 para a Rua do Passadiço. Era também conhecida por Recolhimento da Natividade ou de Santa Maria Madalena.

Em Coimbra, nos fins do Século XVII, o Bispo Conde fundou outra casa de regeneração, o Recolhimento do Paço do Conde.

Em 1772, em Braga, o Arcebispo fundou o Recolhimento de Santa Maria Madalena.

Em 1836 o Código Administrativo admitiu o princípio da «tolerância» legal das meretrizes. Logo a seguir o Conselho de

**Luta contra a
prostituição
nos Séculos
XIII, XIV e
XV**

Saúde publicou no Tomo II dos seus *Anais* um projecto de Regulamento sanitário «para obstar à propagação do vírus venéreo» projecto que não chegou a ser então aprovado.

Em 1844 o Governo Civil de Lisboa publicou um edital obrigando as meretrizes à matrícula, a só habitarem certas ruas e a sujeitarem-se a uma visita sanitária periódica. 34 dias depois estas medidas eram revogadas.

Regulamentação de 1858

Só em 1858 foi publicada definitivamente a regulamentação da prostituição, sendo criados no ano seguinte dispensários onde as meretrizes eram observadas pelos subdelegados de saúde.

Esta regulamentação com certas alterações, foi a que chegou até aos nossos dias.

Teve a sua consagração definitiva com o Regulamento de 1865, devido a Braamcamp, que seguira, mais ou menos, o que era adoptado em Paris.

A luta anti-venérea em Portugal, de 1900 a 1925, como desde a Idade Média até 1900, consistiu, à semelhança do que se verificou nos países de maior civilização, em combater a prostituição, *profilacticamente*, pela educação e vigilância, familiar, religiosa e social; *policialmente*, com a repressão, acompanhada ou não de vigilância médica, insuficiente e illusória, embora útil por se tratarem algumas doentes, extinguindo deste modo esses focos de infecção; *socialmente*, pelo repúdio da prostituição embora nesse repúdio colaborassem alguns dos que contribuíam para a manter; *terapêuticamente*, com os tratamentos, dependentes da vontade e cultura dos doentes, feitos ao acaso, em hospitais, em raros dispensários ou na clínica particular.

Tentativa de abolicionismo em 1911

Em 1911, por incumbência do Ministro do Interior António José de Almeida, Ricardo Jorge, elaborou um projecto, que não chegou a ser aprovado, em que se acabava com as casas de prostituição, abolindo-se a matrícula das meretrizes, deixando de considerar-se como profissão a de meretriz, orientando a acção no sentido essencialmente sanitário e profiláctico.

Não fecharemos este parágrafo sem nos referirmos ao que Augusto Rocha classificou do «mais extraordinário successo de charlatanismo médico acontecido em Portugal», ao célebre tratamento da sífilis feito em Faro.

Esse tratamento, iniciado por um médico nascido em Trieste em 1811, formado com distinção em Praga, Constantino Cumano, que esteve em Faro de visita, de 1865 a 1866, consistia na aplicação da tisana mercurial de Zittmann, mais ou menos modificada por ele, que disso guardava segredo. Ao partir de novo para Itália, confiou esse segredo a um barbeiro da terra, José Maria de Assis, que com ele convivera durante aquele ano, apresentado por seu irmão, o médico Justino Cumano, residente em Faro. Assis conseguiu tal fama que dentro de pouco tempo o seu tratamento era afamado em todo o País e até no estrangeiro. Uma carta dum doente, publicada em 1878 num jornal, provocou outra do prestigioso médico, sanitarista e sífilógrafo, José António Marques, e, a seguir, dois artigos, um de Augusto Rocha, na *Coimbra Médica*, em 1881, e outro de Cunha Belém na *Gazeta dos Hospitais Militares*, em 1882.

Em 1870 Assis foi processado por exercer ilegalmente a Medicina, sendo condenado na multa de 30.000 reis, além das custas do processo, importância que imediatamente se prontificaram a pagar, no próprio Tribunal, o médico irmão de Cumano e outra pessoa de categoria de Faro, que a seguir foram aclamados, como o condenado, pela multidão.

No ano seguinte esteve para ser de novo processado, o que fez erguer protestos do povo, de pessoas da maior representação e das próprias autoridades de Faro. Em 1882 novo processo, a requerimento do médico municipal de Faro, que foi julgado insubsistente por «não se mostrar nele verificada a existência de todos os elementos essenciais do crime», pois a lei exigia que Assis se arrogasse, sem títulos ou causa legítima, a qualidade de professor ou perito.

Nem tanto era preciso para consagrar quem, com a capa de benemérito, pelo que dispndia em publicidade, dentro em pouco fez fortuna, grato aliás a Constantino Cumano, a cuja memória ergueu um busto.

De 1867 a 1883 procuraram-no em Faro 2.512 doentes com sífilis, principalmente de Lisboa, Brasil, Alentejo e Porto, mas também de quase todas as províncias de Portugal, das Ilhas Adjacentes, África, Espanha e até um de Inglaterra.

Os principais jornais portugueses aclamaram-no, chamando-lhe «eminente especialista». Entre eles citaremos o *«Diário*

de Notícias», «Comércio de Portugal», «Jornal do Comércio», «Diário da Manhã», «Nação» (legitimista e católico), «Folha do Povo» e «Protesto» (socialistas), «Distrito de Faro», etc., apenas duas revistas médicas e dois jornais da província o atacando, mas sendo apoiado por três médicos de Faro e contando-se médicos entre os seus clientes.

Faro tornou-se na «Meca da Sífilis» como lhe chamou Augusto Rocha. Passados anos foi ali construído um dos maiores edifícios da cidade, onde funcionou uma *casa de saúde* para tratamento de sífilíticos, que ali acorriam, cada vez em maior número, apesar da distância e desconforto da viagem, iniciando involuntariamente, assim, a propaganda da linda província que é o Algarve.

Agora que a tisana de Zittmann está definitivamente desbancada, não devem os médicos, principalmente os que se dedicam à Medicina Social, esquecer as múltiplas e salutares lições de deontologia e da necessidade da constante formação e manutenção da competência profissional que foi este caso de Faro, pois os «especialistas» agora formam legião, o uso dos medicamentos da moda é regulado pela Imprensa, actualmente *especializada* por sua vez, e transformada por certos cientistas em «literatura médica», a carestia das revistas, viagens ao estrangeiro, aparelhagem, etc., são a cada passo motivo de industrialização da Medicina, com os seus riscos, que o médico Jules Romain fulminou no *Knock*. Oxalá que a *vis a tergo* da moda não venha, com o pretexto da luta médico-social contra a sífilis, reabilitar «o barbeiro de Faro», por o seu êxito nada ser . . . comparado com o abismo que se antevê.

Medicina Tropical

A luta constante contra as doenças tropicais foi iniciada pelos portugueses à medida que faziam as suas descobertas e conquistas, não só para defender os seus navegadores e guerreiros, mas os próprios indígenas. Excelentes observadores, apercebiam-se por toda a parte, na África, na Ásia, na América e na Oceania, dos costumes dos indígenas, nomeadamente dos meios por eles usados para defenderem a saúde.

O *esborbuto*, observado e tratado durante a própria viagem de Vasco da Gama à Índia, a *cólera*, ali observada em 1505, a *pulga penetrante*, descrita em 1557, o *ofidismo*, em 1560, como a sífilis, já bem conhecida na metrópole no começo do Século XVI, mas citada por José de Anchieta como podendo

as suas lesões ser produzidas por certa lagarta que os indígenas do Brasil applicavam localmente como afrodisíaco, transmitindo-se a seguir por contágio venéreo, as *miases* e a *framboesia*, descritas em 1587, a *filaria de medina* e o *mal do bicho*, descritos em 1623, a *febre amarela*, em 1694, a *anquilostomiase*, a *bilharziose*, a *triquinose*, as *disenterias*, a *doença do sono*, a *peste*, a par do *paludismo*, a *variola*, a *febre tifóide*, o *tifo exantemático*, os *vermes intestinais*, as *tinhas*, a *tuberculose*, a *lepra*, a *blenorragia*, as *meningites* e as demais doenças endémicas da Metrópole, todas estas doenças foram conhecidas e tratadas nas províncias ultramarinas portuguesas desde épocas remotas, cuidando-se da sua profilaxia quando possível.

Estabeleceram-se hospitais em todas as nossas possessões e por toda a parte os missionários prestaram, a par da assistência religiosa e moral, cuidados de enfermagem, orientados por médicos, distinguindo-se desde o Século XVI os franciscanos, os jesuitas, beneditinos, capuchinhos, carmelitas, mercedários, etc. Foram criadas confrarias de caridade, entre as quais se destacaram as Misericórdias, tendo a de Goa alcançado fama em todo o Mundo.

Em Luanda e em Nova Goa foram criadas escolas de Medicina, esta iniciada no Século XVII no Hospital Real de Goa, aquela fundada em 1844.

A par das missões religiosas houve missões médicas para estudo de várias doenças tropicais (sezonismo, doença do sono, etc.). Há mais de sessenta anos que têm sido publicados manuais de higiene e profilaxia para uso dos que vão viver para as regiões tropicais.

Criada a *Escola de Medicina Tropical* em 1902 estudaram-se nela a fundo as doenças tropicais, recebendo lições sobre higiene e profilaxia que lhes diz respeito os alunos da *Escola Naval*, *Escola do Exército* e *Escola Colonial*.

Escola de Medicina Tropical

Independentemente dos hospitais existentes nas diversas possessões ultramarinas de Angola, Cabo Verde, S. Tomé e Príncipe, Moçambique, Índia, Macau e Timor, houve-os no Brasil anteriores à sua independência, existindo em Lisboa um *Hospital Colonial* especialmente destinado aos doentes que de lá regressam.

Hospital Colonial

Continuando a tradição iniciada com as Misericórdias, particularmente destinadas, ao ser criada a primeira pela Rai-

nha D. Leonor, em 1498, a amparar as famílias dos navegadores e soldados mortos nas empresas das descobertas, foi fundado em 1891 em Lisboa, por iniciativa da Rainha D. Amélia, o Instituto Ultramarino, destinado a amparar as viúvas e orfãos dos falecidos nas nossas províncias de além-mar.

Em 1923 realizou-se em Luanda um Congresso médico, o I Congresso Médico de Medicina Tropical da África Ocidental, notável certame a que concorreram não só médicos portugueses, como belgas, franceses e ingleses, que apresentaram trabalhos do maior interesse, alguns deles notáveis e de utilidade imediata.

É impossível resumir em poucas palavras tanto e tanto que através de cinco séculos os portugueses realizaram em matéria de defesa da saúde dos que habitavam as suas possessões tropicais, quer de raça branca, quer negra e amarela. Bem merece essa acção, ao mesmo tempo médica e assistencial, ser conhecida, por mostrar o espírito civilizado do povo português e os exemplos que Portugal deu aos povos do mundo em tal campo e continua hoje a dar.

**P.^o António de
Oliveira e Cos-
ta Ferreira**

No que diz respeito à *luta contra as perturbações mentais* referiremos o trabalho da protecção a crianças delinquentes e anormais, iniciado pelo Padre António de Oliveira e pelo médico António Aurélio da Costa Ferreira.

As Tutorias da Infância, criadas em 1911 e os estudos feitos por médicos e publicados em revistas, mostram bem o interesse que tal assunto mereceu já antes de 1925.

**Luta contra o
Cancro**

A *luta contra o cancro* em Portugal foi iniciada quando, em 1911, a Faculdade de Medicina confiou a Francisco Gentil uma consulta para cancerosos e um serviço hospitalar com 40 camas. Curry Cabral, antes de 1910, reservara aos cancerosos duas enfermarias num pavilhão do Hospital do Desterro.

Em 1912 Francisco Gentil começou a praticar a electro-coagulação, utilizando o rádio com a colaboração de Bénard Guedes.

Em 1923, por interferência de Simões Raposo, o Ministro da Instrução António Sérgio criou o *Instituto do Cancro*, pelo Decreto n.º 9.333. Em 1925 ainda este continuava a funcionar na 1.ª Clínica Cirúrgica do Hospital de Santa Marta, dando-lhe colaboração Henrique Parreira, nos laboratórios do Instituto

de Anatomia Patológica, e Mark Athias, nos do Instituto de Fisiologia da Faculdade de Medicina.

Deve-se pois a Francisco Gentil e aos seus referidos colaboradores tanto e tanto de valioso que constituiu o início do Instituto do Cancro em Portugal.

Desde 1912 a 1926 criaram um museu de mais de 2.000 peças, estudaram histològicamente umas 4.000 neoplasias, reuniram 600 fotografias, fizeram mais de 2.000 observações clínicas e organizaram uma valiosa biblioteca da especialidade, prestigiando-se e dando prestígio ao Instituto.

A *luta contra os reumatismos* pode dizer-se que é em Portugal praticada empiricamente, é claro, como de resto na França, Espanha, Inglaterra, Itália, Alemanha, etc., segundo as tradições romanas, desde o começo da Nacionalidade, pela aplicação das águas sulfurosas e outras termas que se mostravam benéficas para os que sofriam de dores crónicas.

O que em país algum foi organizada foi essa luta com a inteligência, método e eficácia verificados no Hospital das Caldas, fundado pela Rainha D. Leonor, mulher de D. João II, em 1485, cujo regulamento notável merece estudo atento, por ser dos documentos hospitalares mais valiosos que existem, não só em Portugal mas em todos os países, datado de 1512.

Desde então até 1925 manteve-se o Hospital das Caldas como um dos mais valiosos centros de estudo dos reumatismos de que há memória, infelizmente pouco conhecido como tal.

De 1742 a 1745 D. João V reconstruiu o seu edifício *a fundamentis*, dirigindo a obra o engenheiro Manuel da Maia, a quem se deve também o Aqueduto das Águas Livres e, mais tarde, a seguir ao terremoto de 1755, em grande parte, a orientação das obras de restauração de Lisboa.

Em 1775 o Marquês de Pombal reformou os serviços do Hospital das Caldas, dando-lhe novo Regulamento.

Em 1778 foi feita às águas das Caldas da Rainha a primeira análise química de águas portuguesas, por José Martins da Cunha Pessoa, discípulo de Vandelli, a que se seguiram cinco desde o Século XVIII até 1876.

De então até 1925 as instalações progrediram, foi feita análise bacteriológica e química das suas águas em 1914 por Charles Lepierre, o número de camas chegou a ser de 300 e

Francisco Gentil

Luta contra os reumatismos

o seu arquivo acumulou elementos e observações clínicas preciosas para quem queira estudar o problema dos reumatismos.

Reeducação de mutilados

No que diz respeito à *luta contra os aleijões e incapacidades* há a registar o *Instituto de reeducação dos Mutilados da Guerra*, criado no edifício do Hospital de Arroios a seguir à Grande Guerra, como há a registar as escolas para ensino de cegos e surdos-mudos.

Surdos-mudos

O *ensino dos surdos-mudos* iniciou-se em Portugal em 1823, ao criar D. João VI o primeiro Instituto, dirigido pelo coronel sueco Pedro Aron Borg e ficando ligado à Casa Pia, onde o seu ensino se manteve até à actualidade, embora por vezes interrompido.

Em Guimarães foi fundado um Instituto para ensino de surdos-mudos em 1872 pelo Padre Pedro de Aguiar; no Porto outro dirigido pela Misericórdia, fundado em 1893, o de Araújo Porto; em Lisboa houve outro, na Rua de S. Lázaro, devido a Emídio José de Vasconcelos.

Cegos

O *ensino dos cegos* iniciou-se em 1863, em Castelo de Vide, no Asilo de Nossa Senhora da Esperança, para eles criado por João Sameiro, embora na Casa Pia de Lisboa, antes de 1841, já se tivesse ensinado música aos internados que haviam cegado devido a oftalmias ali contraídas.

Em 1878 a Condessa de Rio Maior fundou em Lisboa outro asilo para cegos.

Em 1888 foi fundado o Asilo-Escola António Feliciano de Castilho por Madame Victorine Sigaud Souto, filha do médico francês José Francisco Sigaud que, mais de 32 anos antes, fundara um instituto para cegos no Rio de Janeiro.

O Asilo António Feliciano de Castilho tem-se distinguido sempre pelo seu espírito progressivo e as suas iniciativas.

Além deste foram fundados o Instituto Branco Rodrigues e o Asilo de Nossa Senhora da Saúde, ambos em Lisboa, e o Asilo de S. Manuel, da Misericórdia do Porto, fundado pelo Provedor desta, o médico Paulo Marcelino, em 1899.

No que diz respeito a *Centros de Saúde* chamamos a atenção para o que dissemos a propósito de dispensários.

Higiene da alimentação

O problema da *alimentação* preocupou sempre as pessoas responsáveis de Portugal.

Ficaram na História notícias de fomes trágicas, em 1122, 1202, 1267, 1333 e 1356, respectivamente no tempo de D. Te-

reza, D. Sancho I, D. Afonso III e D. Afonso IV, tendo, na primeira das duas registadas neste último reinado, ficado fama da caridade com que a mãe do rei, a Rainha Santa Isabel, acudiu aos famintos.

As guerras, com estranhos ou civis, deram sempre origem a fomes. Os governantes procuraram diminuir as suas consequências.

A par disso, através de toda a nossa História se encontram medidas de fomento da agricultura e da pesca, favorecimento da importação de géneros alimentícios, etc.

Quanto aos estudos sobre alimentação já a eles nos referimos.

Não deixaremos todavia de citar um Manual de Higiene para uso das escolas, dedicado à higiene da alimentação, da autoria de Silva Amado. A ele se deve também o primeiro laboratório de Higiene da Alimentação que a Câmara de Lisboa, de cujo Pelouro de Higiene era director, fundou em 1881, germe do futuro Instituto Central de Higiene, criado em 1899 e que o incluiu nos seus serviços. Colaborou com Silva Amado o químico Holtreman do Rego, ambos tendo trabalhado com Ricardo Jorge no seu Instituto.

Em 1884 foi fundado por iniciativa do químico Ferreira da Silva um Laboratório Municipal, no Porto.

Em Coimbra em cuja Universidade a química teve tradições notáveis desde a reforma do Marquês de Pombal, foi criado no Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina um laboratório de bromatologia.

A estes se seguiram outros laboratórios ligados aos serviços oficiais de Agricultura e Veterinária que receberam grande impulso entre 1900 e 1925.

Em 1901 o médico Pedro Doria Nazaré realizou um estudo sobre a alimentação das classes trabalhadoras no continente de Portugal. Antes dele havia sido feito outro no Ribatejo e Alentejo por Ferreira Lapa, publicando os resultados colhidos em 1873, e Costa Simões um outro em Cinco Vilas (Figueiró dos Vinhos), publicado em 1882.

As avitaminoses foram registadas em estatísticas ou descritas desde longa data. Já nos referimos ao escorbuto. Acrescentar-lhe-emos o raquitismo e o beri-beri, este último diagnosticado já em 1875 por Ramada Curto.

Muitas pistas é possível encontrar na História para o estudo da alimentação e da nutrição dos portugueses e das perturbações nutritivas que estes sofreram devido a causas várias.

Outro tanto diremos dos problemas ligados com o *urbanismo*, em que, desde a época em que este era condicionado pelas muralhas indispensáveis à defesa das povoações, se verificou sempre a preocupação da escolha de locais para os povoados e, nestes, para os edifícios, defendendo-os das asperesas dos climas, garantindo o seu abastecimento de água, utilizando materiais de construção convenientes, cuidando do saneamento, etc. Tornados inúteis os castelos, puderam alargar-se as ruas, construir-se jardins, evolucionando a pouco e pouco a urbanização em Portugal conforme as sucessivas ideias e realizações dos diversos países civilizados, exercendo particular influência, como de resto em muitos outros campos, as realizações e literatura especial francesas. A Liga Nacional contra a Tuberculose combateu activamente as habitações insalubres.

Já nos ocupámos da *educação física*, muito hesitante e pouco metódica entre 1900 e 1925 e em que predominou grande propaganda da ginástica sueca e dos desportos e jogos desportivos.

O problema do *alcoolismo* é um dos graves problemas portugueses, não se lhe tendo dado a devida atenção no período referido.

Sobre os seus efeitos, além de múltiplos higienistas que mostraram os seus perigos, dissertaram Serras e Silva e Santos Viegas nos seus trabalhos preparatórios para o professorado. A Liga Nacional contra a Tuberculose fez campanhas contra o alcoolismo.

Nunca porém se organizou a luta metódica contra este, limitando-se a medidas policiais sobre certos locais e horas de funcionamento das tabernas o pouco que se tem feito.

*

* *

Os *serviços de higiene e as instituições sanitárias* em Portugal, tais como eles modernamente são compreendidos, estiveram de 1900 a 1925 por assim dizer parados. Disse-o quem mais autoridade tinha para o dizer, Ricardo Jorge, o maior

higienista português de todos os tempos, numa conferência «*A propósito de Pasteur*», que proferiu em 1923 e em artigos, discursos e relatórios vários.

Todos os elementos da salubridade e da luta anti-epidémica, apesar de haver médicos portugueses que haviam estudado suficientemente os problemas, estavam a exigir um impulso vigoroso e actualização.

A Medicina Social, iniciada calorosamente por alguns médicos românticos e arrojados, alcunhados de visionários pelos que se dedicavam à clínica, apenas tinha apoios isolados, embora dedicados.

Ricardo Jorge no *Comité d'Hygiène* da Sociedade das Nações e no *Office*, enchia-se de prestígio crescente, pelo seu saber e pelo seu talento e noção das realidades, sendo árbitro daquilo que o não deixavam verdadeiramente orientar no seu País, colaborando nas mais perfeitas e arrojadas organizações que estavam a preparar a expansão da Medicina Social.

Ficou como um símbolo da cultura, da actualização de conceitos, e do entusiasmo dos poucos que já então pugnavam por melhor orientação, entre os quais se contavam Costa Sacadura, José Alberto de Faria, Nicolau Bettencourt, Almeida Garrett, Serras e Silva, Salazar de Sousa, Xavier da Silva, Pacheco de Miranda, Tovar de Lemos, Uriel Salvador, Rocha Brito, José Lopes Dias, Branca Rumina, Sara Benoliel, António Emílio de Magalhães, Gil da Costa, Veiga Pires, Pina Júnior, Manuel Vicente Moreira, entre outros.

Do *ensino da Higiene* e das *conquistas da Higiene Social*, já nos ocupámos atrás.

Quanto ao conceito de higiene como ramo das *ciências sociais*, segundo o conceito de Duclaux, dois higienistas se ergueram a proclamá-lo quando ainda poucos o compreendiam na maior parte dos países. O primeiro foi Ricardo Jorge, em 1884 e o segundo foi Serras e Silva, em 1907, ao tomar a iniciativa da realização de estudos sociais sérios em Portugal e da vinda a Portugal de Léon Poinard.

Seguindo de resto uma tendência do seu espírito, ao mesmo tempo idealista e positivista, admirador da ciência experimental e ávido de observação dos fenómenos sociais e de resoluções

Portugal no Office Internacional de Higiene e na Sociedade das Nações

Ricardo Jorge e Serras e Silva

objectivas, fugindo à retórica e lugares comuns, Serras e Silva todavia exerceu menos acção sobre os seus alunos, médicos, do que sobre alguns intelectuais, iniciados nos problemas sociais, na filosofia, no direito e na história, inculcando-lhes no espírito os grandes princípios da filosofia sanitária moderna.

Assim se preparou um conjunto de medidas, de ordem legislativa e técnica, em que por vezes os médicos não acertaram passo, imbuídos duma técnica pedagógica bebida nas Faculdades, tradicional e seguida aliás em quase todos os países, nomeadamente em França, modelo habitual dos portugueses, técnica segundo a qual o papel do médico é clínico exclusivamente, especializado ou não, desprezando e desdenhando a profilaxia e a medicina preventiva e dando à Higiene a mais distraída das atenções (1).

VI — ESBOÇO DA HISTÓRIA DA MEDICINA DO TRABALHO EM PORTUGAL

Seguiremos na exposição, por motivo mais duma vez já exposto, a orientação seguida por René Sand no seu livro *Vers la Médecine Sociale*.

Não vale a pena determo-nos sobre o que se refere à antiguidade. Embora Portugal se tenha constituído definitivamente como Nação nos meados do Século XII e antes disso o seu território haja sido habitado sucessivamente por povos pré-históricos, por fenícios, gregos, cartagineses, celtas, lusitanos, calaicos, romanos, vândalos, suevos, alanos, visigodos, judeus e mouros, nada importam a este estudo as possíveis influências recebidas desses dominadores, o que de resto já fizemos noutra lugar (2), nada interessando também a análise das condições dos trabalhadores durante esse período.

(1) Independentemente do que está reservado para os capítulos ainda não terminados deste esboço da História da Medicina Social em Portugal, chamamos a atenção para o que, com o título de *25 anos ao serviço da Saúde Pública* ficou registado no n.º 29 do Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, dedicado à memória do Marechal Carmona.

(2) Origens e formação das Misericórdias Portuguesas, Lisboa, 1944.

O número de habitantes de Portugal nunca excedeu 2.000.000, se é que os chegou a atingir. A maior parte da população dedicava-se à agricultura, para o que muito concorreu o rei D. Diniz (1279-1325).

Para estimular os trabalhos agrícolas, e, ao mesmo tempo, evitar a mendicidade e vadiagem, o rei D. Fernando publicou em 1375 a *Lei das Sesmarias*, lei severa para os vadios e mendigos válidos, que eram obrigados a trabalhar, conforme as suas aptidões, sendo os trabalhadores impedidos de «usar de ofício que não fosse tão proveitoso ao bem comum como o ofício da lavoura».

Uma característica das leis e do character do povo português desde o começo da Nacionalidade foi a sua humanidade. A Lei das Sesmarias não fez excepção, sem prejuizo da sua eficácia, ao contrário de leis estrangeiras, como, por exemplo, as da Espanha e da Inglaterra.

Embora haja notícias de certas tendências associativas dos artífices em algumas localidades (Lisboa e Guimarães, por exemplo) em que os do mesmo ramo por vezes habitavam uma determinada rua, a verdade é que a primeira prova de consideração colectiva que receberam foi em 1383.

Nesta data o futuro Rei D. João I, então regedor e defensor do Reino contra os castelhanos que o queriam anexar ao seu, ordenou que participassem no Governo municipal de Lisboa 24 homens, dois de cada mester, sistema que foi adoptado noutras cidades, como o Porto, Coimbra, Guimarães, dando o nome à *Casa dos Vinte e Quatro*, *Casa dos Doze*, etc.

AS CORPORAÇÕES DOS MISTERES

Foi esta a origem da organização corporativa portuguesa.

O primeiro Regulamento (Regimento) de «oficiais mecânicos» foi o do ofício dos borzeagueiros, sapateiros, chapineiros, soqueiros e curtidores, datado de 1489 e aprovado no ano seguinte por D. João II.

Seguiu-se-lhe, depois, em 1497, o dos boticários, e durante o Século XVI, mais 21, de 1501 a 1566, tendo em 1572 sido

feita a reforma dos Regimentos, da qual resultou serem elaborados 72, sob a direcção de Duarte Nunes de Leão. Durante esse século ainda se lhes juntaram mais dois.

Do Século XVII datam 8. Do Século XVIII, anteriores a 1766, mais 16, até que de 1767 a 1792 houve nova reforma que atingiu 42.

No Século XIX só foi feito um, seguindo os moldes dos da reforma do Marquês de Pombal.

O estudo de todos esses Regimentos é fundamental para se compreender não só a vida corporativa através da nossa História, mas a própria evolução das indústrias em Portugal.

Neles se preceituava, com maior ou menor minúcia, tudo o que dizia respeito à vida profissional, quer no que tocava à técnica, como à moral profissional, disciplina, aprendizado, etc.

A organização dos *Ofícios*, tal como a determinava o respectivo *Regimento*, foi abolida em 7 de Maio de 1834.

Entre as determinações desses Regimentos e os costumes das corporações de misteres portugueses merecem especial menção o uso de bandeiras, cada qual reunindo à sua volta os mesterais correspondentes, em procissões, cortejos e outros actos públicos.

Hospitais das corporações

Muitos ofícios tinham hospitais privativos. Citaremos os que havia em Lisboa: de *Sta. Maria*, dos alfaiates; de *Sta. Maria dos Francos*, dos hortelões e almoinheiros; de *S. Jorge*, dos armeiros, barbeiros, caldeireiros, hortelões, e ao que parece, também dos escolares; o dos carniceros; o de *Sta. Maria das Mercês*, dos carpinteiros, correeiros, odreiros, pedreiros e talvez dos sapateiros; o de *S. Vicente*, dos carpinteiros da Ribeira; o do *Corpo Santo* (S. Pedro Gonçalves ou S. Telmo) dos mareantes; o de *S. Pedro Martir*, dos corretores; o de *Sto. André*, dos escolares (estudantes), dos ganhadinheiros, dos jornaleiros; o de *D. Maria Armenha*, dos alfaiates; o de *Sta. Maria dos Mártires*, dos peleteiros (curtidores e vendedores de peles); o do *Espirito Santo*, dos pescadores; o dos *Ourives*; o dos *Pescadores*, do *Cataquefarás*; o de *Santana*, dos tanoeiros; o dos *Tecelões*; o *Hospitalinho*, dos cordoeiros; o de *Nossa Senhora dos Remédios* e *Sto. Estevão*, dos pescadores, «chrischeiros»; o dos *Pescadores linheiros*; o dos *Membros*, ao que parece dos ferreiros e o dos *Tanoeiros*. Eram 22, fazendo parte quase todos

dos 43 hospitais que em 1485 D. João II foi pelo Papa autorizado a reunir no Hospital de Todos os Santos.

No Porto, havia o de *S. João Baptista*, dos ferreiros; *S. Tiago*, igualmente dos ferreiros; *Santa Catarina*, dos anzoleiros; do *Espírito Santo*, dos pilotos, mestres e mareantes; *S. Salvador*, dos ganhadores.

Em Guimarães o de *S. Vicente*, dos alfaiates e o dos sapateiros.

Em Leiria, o dos ferreiros, serralheiros, caldeireiros, picheleiros, ferradores, ourives, cutileiros e carvoeiros.

Em Torres Vedras, o de *S. Gião*, dos sapateiros.

Em Tavira, o do *Corpo Santo*, dos mareantes.

Estes hospitais foram quase todos posteriormente reunidos, num só em cada terra, em Lisboa no de *Todos os Santos*, como já vimos, nas outras localidades nos das respectivas Misericórdias.

Muitos deles eram anteriormente administrados por confrarias dos misteres, ou pelas corporações dos respectivos officios, uns e outros funcionando como associações mutualistas.

Os seus membros reuniam em geral numa sala de cada hospital, costume que se manteve no Hospital de Todos os Santos. Nem todos esses hospitais anteriores ao de Todos os Santos funcionavam do mesmo modo, dado o conceito da época que não limitava a sua função ao tratamento de doentes, mas a substituir o lar do necessitado, doente, inválido ou apenas ausente em trânsito, que nele se abrigava.

Certamente se acolhiam neles e depois nos que os reuniram após a reforma da assistência que houve em Portugal nos fins do Século XV e primeiro quartel do Século XVI, não só os feridos em accidentes no trabalho como os doentes profissionais, o que, com bastantes pormenores no que diz respeito a reumáticos, nevrálgicos, aleijados e paresicos, é confirmado no Hospital das Caldas da Rainha, de águas sulfurosas, onde desde os meados do Século XVI, pelo menos, se iam tratar tecelões, carpinteiros, sapateiros, cozinheiros, moleiros, atafoneiros, sumbreiros, mareantes, espingardeiros, pedreiros, enfermeiros, agricultores, recoveiros, pescadores, barqueiros, estribeiros, marceneiros, azemeis, alfaiates, pastores, ourives, criados de servir, sacristães, mercadores, músicos, torcedores de seda, costureiras, rendilheiras, cesteiros, canteiros, odreiros, hortelões,

**Assistência
hospitalar ter-
mal aos traba-
lhadores no
Séc. XVI**

mestre-escolas, pecheleiros, almocreves, pagens, barbeiros, sangradores, surradores, liteiros, cutileiros, confeitores, etc.

Não é difícil identificar, em vários deles, o factor profissional na etiologia do mal que os levara ao Hospital das Caldas, citando-se entre as observações dois casos de dores fortes consecutivas a acidentes de trabalho, em dois pedreiros que caíram do tecto duma igreja, cujos sofrimentos, como os dos outros referidos se curaram todos com o uso das águas, alguns deles depois de terem estado meses e anos seguidos sem poderem trabalhar.

É de registar também o facto de num hospital português se anotarem sistematicamente as profissões dos doentes, quase dois séculos antes de Ramazzini e, depois dele, Morgagni, o fazerem, merecendo os justos louvores de René Sand.

Outro tanto diremos do carinho com que todos esses doentes eram tratados, documentado em crónicas e nos próprios originaes dos Regulamentos das Caldas e Lisboa, como do verdadeiro serviço social praticado pelas confrarias de caridade espalhadas por todo o País.

Já dissemos que em Portugal, nesses tempos e hoje ainda, as profissões predominantes são as ligadas à agricultura e à pesca. Não deixará de vir a propósito citar uma estatística referente a Lisboa no Século XVI, de Cristovão Rodrigues de Oliveira, que deve ter escrito nos meados deste século.

Havia então na Cidade dez mil casas, 18.000 vizinhos e 100.000 almas, entre as quais 57 médicos, 60 cirurgiões, 6 boticários, 18 dentistas, 25 parteiras, 20 cristaleiras (que davam clisteres), 10 enfermeiras, 12 enfermeiros.

Contavam-se 41 cegos e 9.950 escravos.

Entre estes 100.000 habitantes havia também 154 tecelões, 1.324 carpinteiros, 652 pedreiros, 1.670 sapateiros, 1.337 officiais do ferro, 1.908 pescadores e homens do mar, 2.350 outros officiais mecânicos e 3.449 tendeiros e outros, ao todo 12.844 homens, o que, juntando-lhes 13.031 mulheres empregadas em vários misteres, perfaz a soma de 25.875 operários e outros trabalhadores.

Estão neles igualmente incluídos 66 pintores, 32 lapidadores, 430 ourives, 859 alfaiates, 54 livreiros, 206 sombreiros, 206 oleiros, 127 surradores, 39 douradores, 43 caldeiros, 51 ferradores, 197 barbeiros, 13 pasteleiros, 236 taberneiros, 216

atafoneiros, 24 carnicheiros, 30 esfoladores, 28 marchantes, 8 fabricantes de espelhos, 4 vidraceiros, 10 adelos, 29 carregadores de lã, 36 asilados (merceeiros) e 552 pobres.

Nas mulheres estão incluídas 1.606 alfaiatas, 100 colchoeiras, 123 tecedeiras, 196 botoeiras, 815 fiandeiras, 782 padeiras, 660 regateiras da Ribeira, 900 regateiras da porta, 324 lavadeiras, 41 adelas, 8 envernizadeiras, 26 tripeiras, 110 frigideiras, 204 vendedoras de louça, 16 mulheres que escolhiam lã, 13 mulheres que rapavam púcaros, bem como 81 asiladas, 22 pedintes com caixa, 1.635 viúvas e 2.000 mulheres sem ofício.

Pensando-se no enorme movimento comercial do porto de Lisboa, no número importante de artífices estrangeiros que aqui acorriam, no luxo ligado com as especiarias, oiro, pedras preciosas, etc., vindos do Ultramar, pode calcular-se por estes dados a série de problemas ligados com a defesa da saúde e segurança dos trabalhadores, que surgiam.

Não faltavam médicos e cirurgiões hábeis. Muitos deles viajaram pelos principais centros da Europa, pela África, Brasil e Índia, estando ao facto da ciência da época.

A assistência e o auxílio mútuo eram garantidos pelas corporações, pelas confrarias, principalmente pelas Misericórdias, de que em 1525 havia 61 espalhadas por todo o País, tendo-se contado até hoje mais de 370.

**Assistência e
Previdência**

Assim, Portugal, acompanhando a civilização dos outros povos, distinguiu-se sempre pela doçura e caridade dos seus habitantes, que não excluía a coragem, a bravura e o patriotismo, sempre que as circunstâncias o exigiam.

*

* *

Até à extinção das corporações dos misteres em 1834 a protecção à saúde e à segurança dos artífices era assegurada por estas, intervindo os municípios e as autoridades do Estado quando as circunstâncias o exigiam, bem como as Misericórdias, nos seus hospitais, o Hospital de Todos os Santos, o das Caldas da Rainha, o da Universidade e um ou outro das corporações que tinha subsistido. Em Mafra D. João V mandou, à semelhança do que Filipe II fez no Escorial, construir um hospital

**Do Século XVI
ao Século XIX**

destinado aos operários que trabalhavam na construção do Convento.

Durante o Século XVIII houve grandes obras de construção civil, principalmente ordenadas nos reinados de D. João V e D. José.

O Marquês de Pombal deu grande impulso às indústrias, que, a pouco e pouco, foram acompanhando, embora modestamente, o movimento verificado nos outros países.

Em 1755 um terramoto destruiu Lisboa, como se sabe, causando graves prejuízos em muitas outras terras, o que exigiu trabalhos importantes para a restauração. No começo do Século XIX a invasão das tropas de Napoleão e a seguir as lutas civis trouxeram graves perturbações a todas as actividades nacionais.

Era indispensável adaptar à nova ordem política as instituições e a legislação. Um dos capítulos a ordenar era precisamente o que dizia respeito à Higiene Industrial.

Vejamos como.

Legislação do trabalho

Revogados os Regimentos dos officios em 1834, tornou-se necessário cuidar da nova legislação referente às profissões.

Já em 1764 o Marquês de Pombal iniciara as medidas tendentes à liberdade de trabalho julgadas indispensáveis ao progresso das indústrias.

O Decreto de 7 de Maio de 1834, proclamando essa liberdade, apontava as corporações e os seus órgãos como «estorvos à indústria nacional». Não é com decretos todavia que se impedem as tendências naturais quando a observação dos interessados lhes mostra que essas tendências são racionais e contribuem para o progresso.

Extinção das corporações

Em Portugal as corporações foram extintas em virtude de uma corrente de ideias vindas de França e outros países, devidas a erros e factos verificados em França e nesses países, sem se estudar atentamente o caso português, em consequência duma moda.

Os operários portugueses foram, por isso, de novo, naturalmente, levados a associar-se. As associações vinham satisfazer a necessidade da cooperação profissional.

A Previdência liberal

E assim se fundaram Montepios, Sociedades cooperativas, Associações de Socorros Mútuos, Caixas de Socorros, Caixas

de Aposentações, Associações de Operários, Associações de classe (empregados no comércio e indústria, lojistas, etc.), Caixas económicas, Associações de Inabilidade, etc.

Logo em 1834 foi fundado o Monte-Pio da Associação Filarmónica seguindo a tradição da antiga Associação dos ourives da prata, do Monte-Pio do Senhor Jesus do Bonfim (1807) e do Monte-Pio de Jesus Maria José (1822).

Em 1838 foi criada a Sociedade de artistas lisbonenses; em 1840 o Monte-Pio Geral; em 1846 a Caixa de Socorros da Imprensa Nacional; em 1850 a Associação Operária; em 1854 a Associação dos Empregados no Comércio e Indústria, etc., etc.

O primeiro período das Associações de trabalho em Portugal pode considerar-se como o eco do movimento de 1848, em França, segundo Costa Goodolfin.

Desde 1834 a 1889 as associações de socorros mútuos e de classe espalharam-se por todo o País. Neste último ano registaram-se 392, agrupando 138.870 sócios, dos quais 87.000 no distrito de Lisboa, 31.650 no do Porto, 4.400 no de Faro, 2.840 no de Santarém, 2.410 no de Leiria, de 1.630 a 1.000 nos de Coimbra, Évora, Viana do Castelo, Braga, Beja e Castelo Branco, de 790 a 160, nos de Viseu, Aveiro, Portalegre, Vila Real, Guarda e Bragança, por ordem decrescente. A população total destes distritos era então de 4.160.315 habitantes.

Em 1865 realizou-se em Lisboa, no Centro promotor dos melhoramentos das classes laboriosas, o primeiro *Congresso Social*, a que acorreram 71 associações, 18 das quais da província.

Em 1866 foi nomeada uma comissão encarregada de estudar a situação das sociedades de socorros mútuos e o modo de lhes dar mais largo desenvolvimento.

Em 1880, por ocasião do centenário de Camões, foi celebrado um Congresso das associações portuguesas.

A finalidade das associações, em maior ou menor grau, conforme as suas possibilidades, era afinal a das velhas confrarias de caridade, no ponto de vista material (socorros pecuniários, assistência médica, medicamentos, funerais e pensões em caso de inabilidade, estando no plano também os ares do campo e banhos, subsídio em caso de prisão e por vezes para luto.

De 1889 a 1925 o número de associações de socorros mútuos e de associações de classe aumentou muito em todo o País. O número de associações de socorros mútuos era de 542, o de associações profissionais de 843 e o de sindicatos agrícolas e caixas de socorros agrícolas de 257.

O movimento associativo em Portugal recebeu grande impulso devido a um decreto publicado em 9 de Maio de 1891 que regulamentava o assunto, fazendo depender a fundação duma nova associação da prévia aprovação dos seus estatutos pelo Governo, prevendo associações de três tipos, o primeiro reunindo apenas patrões, o segundo só operários ou outros empregados, o terceiro mixto.

Sindicatos

As de operários é que passaram a chamar-se *associações de classe* ou *sindicatos*.

A seguir a 1910, com a proclamação da República, receberam grande impulso, sendo criadas *Federações*, a *Casa Sindical*, que reunia as associações de classe de Lisboa, a *União Operária Nacional* e a *Confederação Geral do Trabalho* (CGT).

Foi reconhecido o *direito à greve* logo em 1910.

Em 1924, sendo criado o Ministério do Trabalho, procurou-se com o Decreto n.º 10.415 dar uma organização a todas as actividades profissionais.

Em 1933, o Decreto-lei n.º 23.051 e a legislação que se lhe seguiu reorganizaram por completo todas as actividades do trabalho, criando o sistema corporativo no Estado Português e os seus órgãos (Sindicatos, Grémios, Casas do Povo; Casa dos Pescadores, Federações, Uniões, e, a seguir, Comissões Reguladoras, Juntas Nacionais e Institutos.

Em 1949 o número dos Sindicatos era de 309, abrangendo 559.787 sócios; o das Casas do Povo era de 579, com 244.475; o das Associações de Socorros Mútuos, de novo regulamentadas, era de 247, contendo 489.159 sócios.

*

* *

A Higiene do Trabalho

E como se tem procurado assegurar a defesa da saúde dos operários e a Higiene Industrial?

Os sucessivos Códigos Administrativos, de 1842 a 1940, têm indicado quais as autoridades do Estado, Municípios, ou

outras, a quem incumbia a defesa da Saúde Pública, incluindo nela a dos trabalhadores e a dos alunos das escolas e colégios.

As leis de Saúde Pública de 1837, 1845, 1868, 1901, 1926, 1944 e 1945 incluíram cada vez mais disposição nesse sentido.

A lei de 1837 confia ao Conselho de Saúde ou seus delegados a inspecção de «Fábricas de Cortumes, de velas de espermacete e de quaisquer outros artefactos cujas matérias-primas ou manufacturadas poderem influir na Saúde Pública».

Já em 1707 o Regimento do Provedor-Mór de Saúde determinava que na cidade de Lisboa «não enxuguem couros nem outras coisas de maus cheiros, e dar ordem para que isso se faça fora da cidade, em lugares onde não possa resultar prejuizo à saúde dela».

Em 1803 o Juiz de Fora da Cidade de Aveiro chamou a atenção para as instruções a seguir, nos termos legais, de modo a fazer-se a salga do peixe em condições, não prejudicando a «Saúde Pública e interesse do Estado».

O referido Regulamento do Conselho de Saúde de 1837 determina que se inquiria sobre o estado sanitário dos estabelecimentos industriais e se proponham as medidas convenientes.

No cumprimento destas disposições o Conselho publicou no 1.º volume dos seus *Anais*, em 1838, no Relatório apresentado ao Governo dos trabalhos realizados no ano anterior, um capítulo referente a *Estabelecimentos fabris e outros*, incluindo também no mesmo volume a circular de 22 de Março de 1838, em que manda aos delegados do Conselho de Saúde as *Bases para a topografia médica* dos seus distritos, que exigiam informações sobre *estabelecimentos fabris*, «sua salubridade e modo de a promover, doenças dos artistas (operários), seu tratamento e meio de as prevenir».

Em 1843 o vice-presidente do Conselho de Saúde, Francisco Inácio dos Santos Cruz, no seu *Ensaio sobre a topografia médica de Lisboa*, ocupa-se largamente do assunto. Considerava Santos Cruz Lisboa uma cidade «essencialmente comerciante e fabril e que muitos dos seus habitantes são ocupados nas diferentes artes e ofícios».

O número de habitantes da Capital era então, segundo Franzini, de cerca de 200.000.

Havia na cidade «uma imensidade de estabelecimentos fabris» contribuindo muito para a impureza do ar, já muito

A higiene industrial em Lisboa em 1843

prejudicada pela estreiteza de muitas ruas, fumo das habitações, deficiência dos esgotos, etc.

Chama Santos Cruz a atenção para o grande número de doenças profissionais a que estavam expostos os operários de Lisboa, principalmente devidas a vapores, poeiras, fadiga, posições viciosas, citando a escrofulose, a tuberculose, o reumatismo, a apoplexia, o enervamento, verificados em padeiros, fundidores, fabricantes de papel, etc., por todos os médicos.

Cita as consequências do sedentarismo, observadas pelos mesmos médicos em comerciantes, advogados, etc.

Denuncia também as péssimas condições de certos operários trabalhando em lojas subterrâneas, sem a devida ventilação, bem como os pesos enormes que alguns destes operários tinham de transportar. Quanto à alimentação das classes pobres, a sua base era o pão, o peixe fresco (sardinha, carapau, sarda e chicharro), o bacalhau, a carne de porco, as couves, alfaces e nabos.

«Além disto, uma cidade muito populosa, como Lisboa e de não pequena indústria comercial e fabril, oferece grandes recursos à grande classe de obreiros, e por isso estes pela maior parte entregues durante a semana aos seus trabalhos ordinários consomem uma parte dos seus ganhos semanais aos domingos, em que se entregam em seus passeios aos deboches de comida, especialmente dos líquidos espirituosos, origem fecunda dos seus padecimentos não só físicos, mas também morais; sem contarmos os males que podem resultar da alteração destes alimentos e destas bebidas, o que é fácil acontecer, especialmente quando elas são de mais baixo preço, das quais então usa esta classe de gente por lhe ser mais cómodo».

Não é banal este depoimento, pois Santos Cruz distinguiu-se como um dos mais ilustres higienistas portugueses de todos os tempos, tendo sido presidente do Conselho de Saúde, depois de ocupar o lugar de vice-presidente do mesmo, deixando livros e relatórios muito valiosos.

Um seu contemporâneo, Pereira e Cunha, numa obra intitulada *Instituições de Higiene Pública*, que publicou em 1849, ocupa-se largamente do problema dos estabelecimentos insalubres, fazendo já a sua classificação em três classes, mostrando conhecer bem o problema e o modo como ele era encarado em França, Inglaterra, Alemanha e outros países, citando Ramaz-

zini, Morgagni, Parent Duchatelet, Lévy, etc. e, principalmente, João Pedro Franck.

A par disso faz uma análise das diversas profissões e das doenças a que elas expõem, referindo-se em especial ao trabalho das mulheres e das crianças, citando os conhecidos abusos verificados no começo do Século XIX em Inglaterra, fornecendo uma série de noções do maior valor para a época e ainda hoje dignas de ser recordadas a maior parte delas.

Visto, pois, como em Portugal eram bem conhecidos pelos higienistas, nomeadamente pelos que superintendiam no Serviço de Saúde Pública, os princípios, técnica e legislação que orientavam em todo o mundo civilizado a Medicina do Trabalho, fàcilmente se compreenderá a série de medidas legislativas que, a seguir às leis de 1837 e 1845 foram promulgadas.

Em 3 de Outubro de 1853, como medida de defesa contra a cólera que ameaçava a Europa, o Conselho de Saúde enviou uma circular a todos os administradores dos concelhos, em que entre outros assuntos de interesse sanitário, lhes chamava a atenção para a necessidade de inspecções de hospedarias, estalagens e quaisquer outros estabelecimentos (incluia fábricas e oficinas), «proibindo que ali resida número exagerado de pessoas, porque nada é mais obnoxio à saúde que a acumulação de muita gente em espaço limitado, e a pouca ventilação das casas».

Em 5 de Outubro, logo a seguir, o mesmo Conselho oficiou à Câmara de Lisboa, sobre a urgência de remoção e polícia das fábricas insalubres. Nesse ofício fazia o Conselho referência à lei de 1837, a um projecto de postura que enviara à Câmara em 14 de Março de 1850, por ordem do conde de Tomar, dado em Portaria de 28 de Novembro de 1849, e a uma postura de 14 de Janeiro de 1848, referente a fábricas de velas de cebo e depósitos de trapos, bem como a outras posturas referentes a estabelecimentos industriais indicadas em ofício de 27 de Outubro desse mesmo ano.

Já em 12 de Janeiro de 1853 o Conselho publicara umas Instruções sobre o «serviço de limpeza dos canos de despejo da Capital, com relação à salubridade pública e à saúde dos operários empregados nesses trabalhos», nas quais explicava todos os cuidados a haver, em particular para fazer a desinfecção com uma mistura em partes iguais de carvão de lenha e

**Defesa contra
a cólera em
1853**

de cal ou gesso e metade de sulfato de ferro reduzido tudo a pó e misturado com as imundícies», podendo o sulfato de ferro ser substituído pelo de magnésio.

Os operários que trabalhavam nessa limpeza dos canos não podiam ter menos de 14 anos, devendo ser robustos, não sofrendo de doenças venéreas, sendo todos inspeccionados por médicos previamente, alimentando-se bem, não se demorando mais do que quatro horas naquele serviço, andando bem vestidos e calçados com botas altas impermeáveis, comendo em casas ou barracas próximas, lavando as mãos e desinfectando-as com soluto de cloreto de cal, indo de vez em quando tomar ar puro e afastando-se imediatamente, no caso de sentirem qualquer sinal de intoxicação, como prurido e comichão nos olhos. As mesmas instruções indicavam os pormenores dos socorros de urgência a prestar-lhes em tais casos.

Visitação sanitária em 1854

Ao tomarem-se medidas contra a cólera foi publicado em 13 de Maio de 1854 um Regulamento para as visitas preventivas domiciliárias, tendo por objecto «procurar os pobres e operários nas suas próprias habitações e casas de trabalho» não só para lhes explicar o tratamento que por «negligência» apatia ou ignorância não tivessem solicitado, mas para procurar fazer diagnósticos precoces e imediatos tratamentos, apurarem a existência de deficiências higiénicas, informar as autoridade sanitárias do que se verificasse, dar conselhos, visitar as fábricas sem interromper o seu trabalho, realizar, enfim, as funções que modernamente desempenham as visitadoras sanitárias no serviço anti-epidémico de profilaxia.

Esses visitantes eram médicos, orientados por inspectores, também médicos.

Estabelecimentos insalubres (1855-1858)

Uma série de medidas, promulgadas respectivamente em 5 de Julho de 1855, 27 de Agosto seguinte, 2 de Janeiro de 1856, 21 e 29 de Fevereiro, e 4 de Dezembro do mesmo ano, em 9 de Julho de 1857 e 31 de Agosto de 1858, referentes a peritos, vistorias, plantas e a outros pormenores dos processos de licenciamento, prepararam a opinião para uma legislação de conjunto, à semelhança do que já fora adoptado em França, Bélgica, Holanda e Inglaterra.

Em 1860, por Decreto de 3 de Outubro, foi modificado o Regulamento de 21 de Fevereiro de 1856.

Em 1863 José Ferreira de Macedo Pinto, lente de Medicina Legal, Higiene Pública e Polícia Médica na Universidade de Coimbra, publicou a sua notável obra *Medicina Administrativa e Legislativa*, em que largamente se ocupava dos problemas fundamentais da higiene industrial, urbana e rural.

No mesmo ano foi publicado o novo *Regulamento para os estabelecimentos insalubres, incómodos e perigosos*.

Este regulamento começava por classificar os estabelecimentos em três classes, segundo a designação e conceitos tornados hoje clássicos; indicava o modo da organização dos processos e as formas de recursos contra a concessão ou negação das licenças, quer pelos governadores civis, quer pelos administradores; determinava os termos em que deviam ser passados os alvarás, os casos em que as licenças caducavam, as garantias concedidas aos estabelecimentos fundados depois ou antes da publicação do decreto de 27 de Agosto de 1855, além das disposições sobre emolumentos, fiscalização, etc., trazendo anexas tabelas referentes a cada classe de estabelecimentos, com designação de cada um, das condições que determinavam a sua classificação e indicação dos respectivos inconvenientes.

No que diz respeito a minas o decreto de 31 de Dezembro de 1852 determinava que os governadores civis fiscalizassem e vigiassem o cumprimento de todas as disposições tendentes à defesa da saúde e da segurança dos que nelas trabalhavam.

O *Regulamento de Minas* aprovado por decreto de 9 de Dezembro de 1853 exige que se façam as obras necessárias para a «segurança e salubridade das povoações ou dos operários»; nas minas ter-se-á de cuidar sempre que estas estejam «limpas, desaguadas, ventiladas e bem fortificadas»; «os engenheiros exercerão uma vigilância imediata sobre as minas, sob a autoridade dos governadores civis, ou sob a destes e a dos administradores de concelho, no que diz respeito à polícia, salubridade e segurança das mesmas minas».

Salubridade
nas minas

«A autoridade pública e os seus agentes não intervirão nestes estabelecimentos, senão por causa justificada de segurança, polícia ou *salubridade pública*».

Macedo Pinto fez notar o esquecimento a que foi votada a autoridade sanitária, embora rigorosamente, nos termos dos Códigos Administrativos seja aos governadores civis e admi-

nistradores de concelhos que, directamente ou por intermédio dos seus agentes, incumbe a defesa da Saúde Pública, sendo os delegados e subdelegados de saúde agentes dessa autoridade.

*

* *

Aguas minero- -medicinais

Quanto às águas minero-medicinais, citaremos como modelo o primitivo *Compromisso* do Hospital das Caldas, datado de 1512, documento notável a que já nos referimos, e que vigorou até 1775, ano em que o Marquês de Pombal fez outro Regulamento para o Hospital Termal, mantendo todavia muitas disposições do *Compromisso*.

Em 1778 foi analisada por Cunha Pessoa a água das Caldas da Rainha, a primeira análise de águas minerais feita em Portugal, sendo em 1795 feita outra por W. Withering, o bem conhecido descobridor da Digitalina.

Em 1822 em Ordem de 22 de Setembro foram publicadas disposições relativas a águas minerais.

Em 1836 foi ordenado à Academia Real das Ciências que procedesse às análises das águas do distrito de Braga. Em 1839 foi encarregada a Sociedade Farmacêutica Lusitana, por portaria de 16 de Agosto, de proceder a análise das águas minerais do Reino, pelo que foi louvada por portaria de Costa Cabral de 1843.

Em 1853 foi criado um hospital nas Furnas, estância termal dos Açores.

Em 1862 por portaria de 14 de Janeiro foi encarregado o Dr. Agostinho Vicente Lourenço de proceder ao estudo das águas minerais do Continente e Ilhas Adjacentes.

Em 1864, por portaria de 26 de Agosto foi ordenado que no balneário de S. Paulo, em Lisboa, de águas sulfurosas, pertencente ao Estado, fosse concedido o abatimento de 50% aos sócios das associações operárias.

Em 1853 por alvará de 21 de Dezembro foram aprovados os estatutos da sociedade para o melhoramento dos Banhos do Luso, pertencentes à Câmara da Mealhada, início da indústria hidro-medicinal moderna em Portugal.

Em 1892, por decreto de 30 de Setembro, foram aprovadas disposições que regulam o aproveitamento das águas minero-

-medicinais, incluindo o que dizia respeito a pesquisas, a captações, concessões, obrigações e direitos aos concessionários, venda de águas, inspecção e fiscalização oficial.

Este regulamento era há muito reclamado pela opinião pública. Entre as suas disposições figuravam as que diziam respeito a higiene e a assistência médica.

Desde então até hoje têm sido promulgadas muitas disposições legais, tendentes a aperfeiçoar o funcionamento dos estabelecimentos termas. Citaremos apenas o Decreto n.º 5.787-F, publicado no suplemento ao «Diário do Governo» de 10 de Maio de 1919 que regulamentou o aproveitamento e exploração das águas minero-medicinais criando o Instituto de Hidrologia de Lisboa, ao qual em 1930 se seguiram os de Coimbra e Porto; e do Decreto n.º 15.401, de 20 de Abril de 1928, definitivamente publicado no «Diário do Governo» de 19 de Junho de 1929, que actualizou as disposições do Decreto n.º 5.787-F.

*

* *

Depois do Regulamento sobre a fiscalização dos estabelecimentos insalubres, incómodos e perigosos, de 1863, muitas disposições foram sendo publicadas para facilitar a sua execução, actualizá-lo, esclarecer dúvidas e remover dificuldades, desde 1865 a 1883.

Em 1884 foram determinadas providências àcerca do transporte em caminho de ferro de matérias orgânicas em decomposição.

Em 1891, por decreto de 14 de Abril, devido aos ministros António Cândido, Sá Brandão, Augusto José Cunha e Tomás Ribeiro, foi regulado o trabalho de mulheres e menores, sendo proibidos os trabalhos nocturnos e em subterrâneos aos menores do sexo feminino e só permitidos aos do sexo masculino, respectivamente depois dos 12 e 14 anos, mas em condições especiais. O mesmo decreto determinava várias medidas higiénicas e de segurança, como limpeza, salubridade, vacinação obrigatória, impedimento de portadores de doenças contagiosas, etc., proibindo a admissão de quaisquer menores em trabalhos insalubres ou pesados para as suas idades.

**Trabalho de
mulheres e
menores (1891)**

As disposições eram aplicadas às escolas profissionais e a casas de beneficência onde se executassem trabalhos industriais.

Em qualquer fábrica onde trabalhassem mais de cinquenta mulheres por dia seria obrigatório o estabelecimento duma *creche*, situada a menos de trezentos metros da fábrica, podendo diversas fábricas ter uma *creche* comum, desde que a sua capacidade fosse suficiente e não se afastasse de qualquer delas mais do que aquela distância.

A lei de 1891 foi influenciada pela Conferência Internacional de Berlim, de 1890.

Primeira creche industrial rural (1862)

Precursora dessas *creches* foi a que o médico António José de Sousa fundou em Viana do Alentejo em 1862, verdadeira *creche industrial* rural, visto ser destinada a acolher durante o tempo da apanha da azeitona as crianças cujas mães andassem ocupadas nesse trabalho. Em 1897 foi fundada outra *creche* industrial, no Porto, que não se manteve por os operários habitarem muito longe da fábrica. Por esse ou outros motivos fechou outra criada mais tarde na Covilhã.

Em Alcobaça foi fundada numa fábrica de Fiação e tecidos outra creche, devida a um entusiasta com alma de apóstolo, Fernando de Sá.

O maior apóstolo das creches industriais em Portugal, é o médico Manuel Vicente Moreira, a cuja iniciativa firme e persistente se deve a fundação em Lisboa da creche da Companhia dos Tabacos em Xabregas e da Maternidade correspondente, além da Fundação Júlia Moreira dedicada à memória de sua mãe, que construiu à sua custa.

Na Areosa (Porto) foi fundada uma creche por iniciativa do industrial Pinto de Azevedo. Perto da Praça da Figueira, em Lisboa, funcionou uma creche para os filhos das vendedeiras, e junto do Lavadouro Municipal do Caminho Novo outra destinada aos filhos das lavadeiras que ali acorriam.

Estes exemplos mostram bem como em Portugal não falta há muito legislação, modelos e entusiastas, como noutros países.

Dadas porém circunstâncias várias, mais duma creche, não privativa de determinada fábrica, tem como seus auxiliares valiosos industriais, ficando também à disposição de crianças filhas de trabalhadores não empregados em qualquer fábrica.

Em 1909 o deputado e oficial de Engenharia José de Oliveira Simões realizou em Lisboa uma conferência, duma série

organizada pela Liga de Acção Social, sobre *Assistência Social às Mulheres de Trabalho*, em que calorosamente preconizou a criação de instituições de medicina social, mostrando estar bem ao facto do funcionamento e ter visitado mesmo algumas dessas instituições de assistência social modernas, chamando a atenção para o que se estava a realizar em Inglaterra, Alemanha e principalmente na Bélgica.

Ele próprio, com o professor de Medicina Silva Amado, fizeram um ensaio de acção social na Fábrica de Fiação de Tomar, que os mostra conhecedores não só dessas instituições mas do que depois veio a ser conhecido pela designação de Serviço Social, defendendo mesmo a criação de escolas de trabalhos domésticos, incluindo no ensino a higiene.

As perturbações políticas verificadas em Portugal desde 1907 a 1910 e a seguir à proclamação da República, influíram muito na legislação do trabalho.

A seguir ao reconhecimento do direito à greve, de cujas consequências foi vítima o próprio regime que o concedeu, em 5 de Novembro foi regulada a protecção e assistência aos operários vítimas de *acidentes de trabalho*, modificado posteriormente em 1914, 1916, 1918, 1919, 1922, 1923, 1924, 1927, 1928, 1929, 1931, 1932, 1933, 1934, 1936, etc.

Em 1916 foi criado o Ministério do Trabalho pela Lei n.º 494, de 16 de Março.

O Decreto n.º 2.354, de 21 de Abril do mesmo ano, regulamentou esta lei, criando a Inspeção do Trabalho.

Em 1918 o Decreto n.º 4.191 de 13 de Abril, cria, no lugar dela, a Inspeção Sanitária do Trabalho. Em 29 de Maio do mesmo ano o Decreto n.º 4.351 regula o funcionamento dos estabelecimentos insalubres, dando um grande impulso à higiene industrial. Pouco depois, em 13 de Julho, a Inspeção Sanitária do Trabalho passou para a Direcção Geral de Saúde.

Em 1922 o Decreto n.º 8.364 aprova o Regulamento da Higiene, Salubridade e Segurança nos estabelecimentos industriais, ocupando-se também de estabelecimentos insalubres, incómodos e perigosos.

O Decreto n.º 12.477 de 12 de Outubro de 1926 que remodela os serviços de Saúde Pública criou a Inspeção de Higiene do Trabalho e das Indústrias.

Acidentes de trabalho

Inspeção sanitária do trabalho

O n.º 13.166, de 28 de Janeiro, regulamenta o Decreto n.º 12.477.

O Decreto n.º 14.497, de 29 de Outubro de 1927 regulamentou os Serviços da Inspeção de Higiene do Trabalho e das Indústrias; os n.ºs 14.498 da mesma data e 14.535, de 31 de Outubro seguinte ocupam-se do trabalho das mulheres e dos menores.

Em 1934 o Decreto n.º 24.402, de 24 de Agosto, regulamenta o horário de trabalho, revogando as disposições anteriores.

O Decreto n.º 23.048, de 23 de Setembro de 1933, aprova o *Estatuto do Trabalho Nacional*, sendo o ponto de partida da legislação actual referente ao assunto, exigindo que as condições de trabalho em quaisquer circunstâncias sejam tais «que fiquem *atendidas as necessidades da higiene física e moral e a segurança do trabalhador*» e ocupando-se também do trabalho das mulheres e dos menores.

A Lei n.º 1.942, de 27 de Julho de 1936 e o Decreto n.º 27.649 que a regulamenta, de 12 de Abril de 1937, ocupam-se de acidentes de trabalho e doenças profissionais, incluindo um quadro dessas doenças.

O Decreto-lei n.º 30.910, de 23 de Novembro de 1940, aprovou o Código do Processo nos Tribunais de Trabalho que o Decreto n.º 31.464, de 12 de Agosto de 1941, de novo fez publicar acrescido de esclarecimento de dúvidas suscitadas no início da sua execução. Do mesmo assunto se ocupam ainda os Decretos-leis n.ºs 31.465 e 33.345, respectivamente de 12 de Agosto de 1941 e 20 de Dezembro de 1943, o primeiro inserindo disposições atinentes ao cumprimento da lei n.º 1942 e dos decretos que se lhe seguiram, o segundo revogando algumas disposições anteriores.

Esta legislação completa-se com acordãos do Supremo Tribunal Administrativo e Sentenças dos Tribunais do Trabalho, uma das quais, por exemplo, abrange a ancilostomiase, não incluída na lista das doenças profissionais, que podem, em certos casos, dar lugar a indemnização, referindo-se um, recentemente, mais à silicose.

O Decreto-lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945, que reorganizou os Serviços de Saúde e Assistência nos termos do Estatuto da Assistência Social que faz parte da Lei n.º 1.998,

de 15 de Maio de 1944, criou, entre os seus Serviços Técnicos o da Higiene do Trabalho e das Indústrias, vindo substituir a Inspeção da Higiene do Trabalho e das Indústrias, criada pelo Decreto n.º 12.477 de 1926.

Os Decretos-leis n.º 35.427, de 31 de Dezembro de 1945, n.º 35.975, de 23 de Nov.º de 1946, e n.º 38.128, de 30 de Dez.º de 1950 referentes ao *Socorro Social*, entre as aplicações dos fundos obtidos inclui a assistência materno-infantil nos estabelecimentos industriais.

*

* *

Os seguros, têm em Portugal uma origem remota, pois data de 1293 a carta em que D. Diniz estabeleceu uma companhia formada pelos donos de todas as embarcações de cinquenta ou mais toneladas que destinavam 2% dos lucros dos barcos à formação duma *Bolsa do Comércio* no Porto e outra em Lisboa, iniciativa a que D. Fernando e depois D. João I deram o maior impulso.

Seguros marítimos (1293)

As Confrarias, de místeres ou mistas, e outras *companhias* mais duma vez realizaram seguros, indemnizando os seus companheiros da morte dum cavalo, perda duma colheita, doença, velhice, etc.

Esta tradição chegou até hoje mantida em aldeias, em associações de vizinhos cuja importância no seu conjunto é notável.

A primeira organização de seguros já com esta regularidade data de 1593.

Antes disso, porém, e da autoria dum português, Pedro Santarém, conhecido antes por Pedro Santerna, foi publicado em 1552, em Veneza, onde residia, o livro *Tractatus de Assicuratiõibus et Sponsionibus Mercatorum* considerado como o mais antigo tratado sobre Seguros publicado até hoje.

Tratado sobre seguros (1552)

Durante os séculos XVII e XVIII os seguros foram sendo aperfeiçoados em Portugal, principalmente a seguir às reformas do Marquês de Pombal, superintendendo no assunto sucessivamente os *Consulados* (1593) a *Junta do Comércio Geral* (1649) e as *Casas de Seguros* (1684).

A mais antiga sociedade de seguros referida em Portugal data de 1792, tendo o nome de *Caldas Machado*, seguindo-se-lhe a *Tranquilidade Recíproca* (1797), a *Companhia Indemnidade* (1804), a *Bonança* (1808), *Fidelidade* (1835), *Segurança* (1835), *Garantia* (1853), e mais 16 até 1900, e mais 8 até 1907, atingindo o número de 96 em 1925, no que se referia aos ramos *fogo*, *marítimo*, *agrícola* e *pequenos riscos*, explorando 23 delas o ramo *vida*.

Em 1949 o total de sociedades de seguros era de 87, das quais 27 se dedicavam ao ramo *vida*, 32 a *acidentes de trabalho* e 45 a *acidentes pessoais*.

No ramo *vida*, 7 eram estrangeiras, sendo-o 3 no dos *acidentes de trabalho*.

No conjunto (*vida*, *acidente de trabalho e pessoais*, *fogo*, *agrícola*, *automóveis e responsabilidade civil*, *marítimo*, *transportes terrestres, aéreo e diversos*) no total de 73, havia 35 estrangeiras, fazendo 6 delas resseguros.

O número de apólices no ramo *vida* era de 88.495, sendo de 156.454 no de *acidentes do trabalho* com o número de sinistros de incapacidade temporária de 160.739.

A história dos nossos seguros estão ligados os nomes de Fernão Lopes, Pedro Santarém, Silva Lisboa, António Julião da Silva, Ferreira Borges, Gama Barros, Veiga Beirão, D. Luís de Castro, Bugalho Pinto, Alvaro Vilela, Barbosa de Magalhães, Rui Ulrich, Ferreira dos Santos, Santos Lucas, Luciano Pereira da Silva, Fernando Brederode, Fernando Emídio da Silva, Azevedo e Silva, Ascensão de Oliveira, Vieira da Rocha, Alves Azevedo, Vitorino Ribeiro, Mozés Amzalack, A. Duarte Rodrigues, entre outros.

Seguros sociais
obrigatórios
(1919)

Em 1919, devido principalmente aos esforços do médico e ministro João Luís Ricardo foram instituídos os *Seguros Sociais Obrigatórios*, pelos Decretos com força de lei n.ºs 5.636, 5.637, 5.638 e 5.639, todos de 10 de Maio, o primeiro organizando o *Seguro social obrigatório na doença*, o segundo tornando o *Seguro social obrigatório nos desastres de trabalho*, o terceiro na *Invalidez, Velhice e sobrevivência*, o último organizando *Bolsas sociais de trabalho*.

A falta de educação social da população, incluindo as *élites*, a instabilidade governamental e as lutas políticas, não permitiram êxito a esta legislação que entretanto abriu caminho

à legislação posterior, logo que as circunstâncias permitiram a remoção das principais causas do fracasso e o aperfeiçoamento das disposições legislativas.

A seguir a essa época dois médicos se distinguiram no apostolado competente da Medicina do Trabalho e de toda a Medicina Preventiva e no dos problemas ligados com os acidentes de trabalho.

Foram eles, José Coelho de Andrade, médico escolar e professor de Higiene do Ensino Industrial no Porto e Luís Guerreiro, também médico escolar, no Liceu D. João de Castro de Lisboa.

As suas lições e as suas publicações muito contribuíram para estímulo a estudos, esclarecimentos de dúvidas, compreensão e entusiasmo mesmo de muitos dos que haviam de tornar possível o impulso que tal assunto recebeu em Portugal.

Outro tanto diremos de Alexandre Ferreira e da sua obra dos *Inválidos do Comércio*, do médico e ministro Xavier da Silva e da Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses que lhe é devida, da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, devida aos médicos António Emílio de Magalhães, Gil da Costa e Veiga Pires, das associações *A Voz do Operário*, entre muitas outras individualidades, instituições, cátedras, etc., que se tornaram tribunas da propaganda dos seguros na doença, do mutualismo dum modo geral, da Medicina do Trabalho, etc.

No que diz respeito à *Profilaxia da Cegueira*, tanta vez devida a acidentes de trabalho, o apóstolo da campanha, iniciada em 1931 na Sociedade das Ciências Médicas foi o médico Mário Moutinho, a quem se deve a criação da *Liga Portuguesa de Profilaxia da Cegueira*, cujos estatutos foram aprovados em 1946, iniciando a Liga a publicação do seu Boletim em 1947.

*

* *

Portugal, combateu em França e em África, ao lado dos aliados, na Grande Guerra de 1914-1918, foi «membro originário» da Sociedade das Nações, ao lado da França, Inglaterra, Estados Unidos da América, Bélgica, etc., fazendo-se representar nas suas diferentes secções. Na *Organização de Higiene* foi o seu representante o grande higienista Ricardo Jorge.

Na *Repartição Internacional do Trabalho* igualmente teve representação, apoiando todas as medidas tendentes a tornar o trabalho mais humano e digno. Longe de lhe causar estranheza o movimento a favor da emancipação das raças de cor, pelo contrário nada tinha de considerar estranho tal problema, visto que nunca despresou os seus compatriotas de cor, na Índia, em Macau, em Timor, em África ou no Brasil, pois sempre os distinguiu, como aos da raça branca, pelos seus sentimentos, inteligência, civilização, cultura, humanidade enfim, ao contrário de tantos povos que só na Sociedade das Nações foram obrigados, mas nem sempre convencidos, a encará-los com justiça, como membros da espécie humana, entre as quais em Portugal tantos têm sido distinguidos e venerados, bastando citar um, precisamente dos maiores pioneiros da Medicina Social no nosso País — Sousa Martins, Médico ilustre, Professor de Medicina, orador eloquente, homem de acção, bondosíssimo e brilhante, alma de apóstolo exemplar.

No Ensino Superior, nos altos postos do Exército, da Igreja, da Política, como ministros, deputados, directores gerais, no Comércio, na Indústria, nunca em Portugal se distinguiu, para o tratar com o devido valor, o natural de qualquer das suas Províncias Ultramarinas do nascido na Metrópole.

*

* * *

A partir de 1933, ao ser feita debaixo da orientação do Doutor Oliveira Salazar, a Organização Corporativa do Estado Português, foram como nunca encarados a sério os verdadeiros interesses dos trabalhadores, nomeadamente os que tinham sido proclamados ou discutidos nas Conferências de Washington, Génova e Genebra, realizadas respectivamente em 1919, 1920 e 1921, entre os quais:

- Limitação do dia de trabalho a 8 horas ou semana de 48.
- Combate ao desemprego, remediando as suas consequências.
- Atender às condições da mulher operária:

a) Antes e depois do parto, incluindo o problema da indemnização por efeito da maternidade.

- b) Durante a noite.
- c) Nos trabalhos insalubres.

— Emprego dos menores:

- a) Idade de admissão ao trabalho.
- b) Trabalho nocturno.
- c) Trabalhos insalubres.

- Seguro contra o desemprego.
- Criação dum serviço de Higiene Industrial.
- Reparação dos accidentes de trabalho nas explorações agrícolas.
- Adopção dos modernos métodos técnicos de cultura da terra.
- Exploração mais intensa da terra.
- Desenvolvimento da colonização da terra.
- Fomentar o cooperativismo dos trabalhadores agrícolas, desenvolvendo o crédito agrícola.
- Protecção às mulheres que trabalham nos campos, quer impedindo-lhes o trabalho nocturno, quer assegurando alojamento de trabalhadores separados para cada sexo, quer protegendo-as durante a gravidez e o parto, quer garantindo-lhes repouso suficiente.
- Desenvolvimento do ensino agrícola.
- Estudo das condições climatéricas e quaisquer outras que tenham influência no trabalho agrícola do País.
- Seguros sociais contra a doença, invalidez, velhice e outros riscos sociais análogos.
- Descanso semanal em estabelecimentos comerciais e suas dependências, mínimo de 24 horas consecutivas, fixadas quanto possível, no dia consagrado pela tradição ou pelo costume, devendo ser concedido ao mesmo tempo a todo o pessoal do estabelecimento.

Quem tiver lido com atenção o que atrás ficou escrito facilmente verifica que parte destes votos ou recomendações dos congressos internacionais organizados pela Repartição Internacional do Trabalho há muito tinham a sua realização em Portugal.

O descanso semanal, estabelecido pelo governo de João Franco, tradicionalmente aos domingos, por vezes noutros dias, foi recentemente unificado segundo o voto do Bureau Internacional do Trabalho, sendo dominical em todos os estabelecimentos do País.

A protecção às grávidas e às crianças na primeira idade, quando não é assegurada pelo sistema dos seguros é-o pela assistência que, como vimos noutro capítulo, se tem desenvolvido progressivamente e, de modo notável nos últimos 10 anos.

A intensificação da cultura da terra, da colonização interna ou ultramarina tem sido cada vez maior. Tem-se defendido a população das regiões sezonáticas desde 1929 contra a malária, em particular os trabalhadores rurais dos arrozais e os das províncias ultramarinas desde a descoberta da quinina.

Luta contra o desemprego

Para combater o desemprego e equilibrar ao mesmo tempo o importante aumento da população, organizaram-se trabalhos públicos intensos por todo o País num ritmo, variedade, valor económico, estético, social, pedagógico, ou outro, como nunca em tal grau se verificaram em Portugal em tempo algum.

De algum modo se pode dar ideia do esforço realizado, verificando que sendo de 1932 a 1934 de 47.837 o número de desempregados, esse número foi baixando de ano para ano, sendo em 1935 de 16.218, e atingindo em 1947 o de 1.281, sendo igualmente notável o abaixamento entre os profissionais do grupo do comércio e bancário, de escritório e semelhantes, como entre os do grupo de oficiais, ajudantes e aprendizes de qualquer ofício, exceptuando a construção civil, sendo todavia mais importante a baixa nos do último grupo.

O número de horas de trabalho aproximadas foi ao todo cerca de 333.000 em 1923, atingindo 5.280.000 em 1947. O número de obras em que se ocuparam foi de 11.806, nos 16 anos que vão de 1932 a 1947, gastando-se ao todo 557.480.731\$00.

Não é aqui lugar para dar pormenores das múltiplas obras em que se ocuparam estes e os inúmeros trabalhadores portugueses, não só baixando o número de desempregados eventuais como, principalmente, impedindo que eles se desempregassem.

Obras Públicas depois de 1932

Estradas, portos, aeroportos, obras de hidráulica agrícola, edifícios públicos, hospitais, dispensários, centros de assistência social, captagens e canalizações de águas, construções de esgotos, escolas primárias, liceus, escolas técnicas e edifícios univer-

sitários, restauração de monumentos nacionais, bairros económicos, melhoramentos urbanos e rurais vários, prisões, quartéis, caminhos de ferro, impulso notável aos correios, telégrafos e telefones, criação de museus, reorganização do Exército, Marinha e Aviação, aproveitamentos hidro-eléctricos, laboratórios, estádios, emissoras radiofónicas, estímulo a artistas, músicos, pintores, arquitectos, etc., a cientistas e artífices, instituindo bolsas de estudo; estas e múltiplas outras iniciativas, no campo das realizações materiais ou espirituais, tudo contribuiu para que uma grande soma de actividades se desenvolvesse, impedindo que o desemprego fosse como em tantos países um problema grave.

Tudo isso foi possível por haver um plano geral inteligente e harmónico, uma administração sistemática e firmemente austera, e paz não só com outras nações mas interna.

Deve-se este resultado à união do Exército, às qualidades excepcionais do Marechal Carmona e do Doutor Oliveira Salazar e da maior parte dos seus leais colaboradores, entre os quais se distinguiram neste campo os engenheiros Duarte Pacheco e Frederico Ulrich.

A par dos trabalhos públicos e da organização da Previdência pela organização corporativa do Estado, multiplicando as caixas sindicais de previdência, criando a Federação das Caixas, etc., a assistência e a saúde, como vimos, receberam grande impulso, devido principalmente aos Drs. Diniz da Fonseca e Trigo de Negreiros, de modo a poder valer-se aos casos em que se não pôde obstar ao sofrimento, à doença, à invalidez ou à miséria.

É vasta a documentação que prova o que tem sido feito em todos os campos, mostrando a qualquer estrangeiro e até português scéptico que não há sombra de exagero no que dizemos.

A Exposição das Obras Públicas de 1948 reuniu enorme soma de dados.

O melhor porém é percorrer Lisboa, Porto, Coimbra, o País inteiro, até às mais reconditas aldeias, tanto tempo esquecidas, e escutar tantos e tantos bolseiros a quem foram proporcionadas viagens e cursos no estrangeiro que nunca poderiam ter obtido se não se verificasse uma administração austera e persistentemente metódica e previdente.

Os Governos
do Estado Novo
(depois de
1926)

Exposição das
Obras Públicas
de 1948

A amnésia, ingratidão, vaidade desmedida ou ambição egoísta de alguns fê-lo esquecer, ou a cegueira da intolerância facciosa não lho deixa ver? Sempre se verificou isso, em todos os tempos e em todos os povos. Há favores e serviços que certas pessoas nunca perdoam a quem lhes prestou, pois a sua soberba as não suporta como dívidas de gratidão.

Mal dos governantes que o ignoram ou se surpreendem com isso.

*

* *

Vão longas estas notas, apesar de tão sucintas e incompletas.

Estudos sobre
Fisiologia do
Trabalho

Sobre estudos da *Fisiologia do trabalho* referiremos alguns exemplos.

Além de estudos isolados, de índole científica e pedagógica, realizados nas Faculdades de Medicina, e das observações de clínica preventiva feita por médicos escolares, citaremos o estudo sobre *O trabalho humano* do médico e antigo ministro João Camoesas⁽¹⁾, de quem o Prof. Marck Athias, o prestigioso mestre da Medicina Experimental em Portugal, disse que «ninguém com mais competência podia abordar entre nós o problema do trabalho profissional e vulgarizar os resultados obtidos no novo ramo da ciência da vida. Excelentemente preparado pelos seus estudos médicos e pelo conhecimento directo que possui de alguns dos mais importantes centros industriais da Europa e da América, colaborador do Dr. Faria de Vasconcelos no modelar Instituto de Orientação Profissional «Maria Luisa Barbosa de Carvalho».

Precisamente este Instituto é outro dos centros de estudo da Fisiologia do trabalho e de ensaio de «tests» vários que interessam à apreciação da mesma.

O então director da Faculdade de Ciências de Lisboa, Prof. Almeida Lima, apresentou ao Congresso de Medicina Tropical de Luanda de 1923 uma comunicação sobre *O princípio de Carnot e a máquina animal*.

Mediana Des-
portiva

O Centro de Medicina Desportiva da Mocidade Portuguesa criado por iniciativa do Prof. Arsénio Cordeiro, presta-se como

(1) Falecido em 12 de Novembro de 1951 em New-Bedford (E. U. A.), onde há 23 anos exercia clínica.

poucos ao estudo de certas formas de trabalho e da robustez dos rapazes portugueses.

Os hospitais militares, nas juntas de inspecção e recurso, igualmente são centros de estudo prático do problema da fisiologia do trabalho.

O *Centro de Assistência aos Cardíacos* dos Hospitais da Universidade de Coimbra, de iniciativa do Prof. João Porto, igualmente se presta a tais estudos, como os serviços médicos centrais da Companhia dos Caminhos de Ferro Portugueses e de outras empresas onde se realizam inspecções metódicas.

Quanto à *Orientação Profissional* já nos referimos ao Instituto Maria Luísa Barbosa de Carvalho, transcrevendo o conceito em que ele e o seu fundador eram tidos pelo prof. Marck Athias.

Deve-se a Faria de Vasconcelos a sua criação em 1925, como já vimos. Nele colaboraram pedagogos, psicólogos e médicos, realizando exames psicossomáticos, utilizando os meios clínicos e psico-técnicos, como os *tests* mentais. Uma aparelhagem complexa e bem seleccionada ocupando 16 laboratórios permite estudos sérios que têm imposto o Instituto à consideração de quantos o visitam ou utilizam, sendo de lamentar que não hajam sido criados mais noutros centros, só no Liceu de Castelo Branco havendo gabinete de orientação profissional devido à iniciativa do médico José Lopes Dias e do reitor Xavier Lobo, ajudados por Faria de Vasconcelos.

O *Instituto de Orientação Profissional* tem desenvolvido grande actividade, observando alunos de escolas primárias e técnicas, liceus e outras, marinheiros, candidatos à aviação, operários, etc., para estudar as capacidades para o exercício de funções especializadas, ministrando cursos de orientadores, fazendo monografias profissionais, publicando um Boletim, realizando estudos vários e estimulando estudiosos a fazê-los.

Os estudos da *Psicologia do trabalho* são realizados não só ali como nos *Institutos Médico-Pedagógico António Aurélio da Costa Ferreira* e *Condessa de Rilvas*, nos *Centros de Assistência Psiquiátrica*, nos *Hospitais Júlio de Matos*, *Miguel Bombarda*, *Sobral Cid*, *Conde Ferreira* e outros, tendo sido realizados cursos e conferências sobre *Psicologia Médica*.

Assistência Social aos Cardíacos

Orientação Profissional

Psicologia do Trabalho

**Serviço Social
nos meios in-
dustriais**

O *Serviço Social das empresas industriais* tem sido ensaiado em vários estabelecimentos e de vários modos.

Formadas as suas agentes no Instituto de Serviço Social de Lisboa e na Escola Normal Social (assistentes sociais, e educadoras familiares) ou no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, Faculdades de Medicina do Porto e Coimbra (escolas de Visitadoras Sanitárias) ou na Escola de S. Pedro de Alcântara e na Escola da Irmã Eugénia, de Lisboa, e no Porto e Castelo Branco (auxiliares sociais) os seus serviços foram aproveitados em estágios e estudos para realização de monografias, ou para estudos e orientação do meio familiar, ou para inquéritos alimentares, habitacionais ou outros, ou acção directa em certas fábricas.

Citaremos a acção das visitadoras que trabalharam nos inquéritos habitacionais de Lisboa e Porto, nos inquéritos alimentares da Fábrica de Sacavém, Ribatejo, região de Braga, etc., inquéritos sociais familiares do Serviço de Defesa da Família e de Assistência à Família que lhe sucedeu, em Lisboa, Porto, Caldas da Rainha, Beja, Setúbal, Braga, Leiria, Bragança, etc.; inquéritos, inspecção em fábricas, como em Setúbal, Fábrica dos Cimentos de Leiria, em meios operários como o ferroviário do Entroncamento; nos meios escolares, como em Lisboa, Porto, Coimbra, Castelo Branco, Leiria, Lamego, Viseu, Évora, Setúbal, Faro, etc., junto de Casas do Povo e dos Pescadores; na Federação das Caixas de Previdência e noutros meios corporativos. A sua acção ainda não concatenada, ao serviço da Assistência, da Previdência, da Saúde Pública, Saúde Escolar, estabelecimentos fabris, etc., tem permitido o estudo dos problemas sociais dos meios operários, esperando estímulo e coordenação para seu pleno desenvolvimento.

**Assistência
Médica aos
operários**

Quanto aos *serviços médicos das empresas* têm eles sido assegurados desde o início do desenvolvimento industrial, ou por médicos privativos, em regime de *full-time*, como na Fábrica dos Cimentos de Leiria, União Fabril, etc., ou, como é mais vulgar, aproveitando médicos da localidade ou que residam perto. As Companhias dos Caminhos de Ferro e os serviços ferroviários do Estado têm os serviços organizados desde longa data.

Algumas empresas têm «postos médicos» importantes permitindo operações de alta cirurgia, serviços de estomatologia,

análises clínicas, raios X, fisioterapia, etc. (Cimentos de Leiria, por exemplo); outros limitam-se ao que permita acudir a acidentes de trabalho; já nos referimos às creches, havendo fábricas com lactários, jardins da infância (Cimentos de Leiria).

Na maioria dos casos, como na Federação das Caixas de Previdência, predomina a medicina curativa, devido à orientação tradicional da classe médica.

Seguindo todavia os moldes do Estado, dados pelos seus serviços dependentes das direcções gerais de Saúde e de Assistência, têm sido criadas instituições de Medicina Preventiva (lactários, creches, dispensários, consultas pré-natais, etc.) em Casas dos Pescadores, Casas do Povo e nalgumas outras instituições, como a Saúde Escolar.

Tal, porém, como sucede noutros países, os patrões e autoridades portuguesas não se aperceberam ainda suficientemente do valor económico e social da Medicina Preventiva e os próprios operários ainda não compreenderam que embora lhes paguem medicamentos, assegurem boa assistência médica e os indemnisem das consequências de acidentes e doenças profissionais, tais despesas, garantidas pelos patrões nos termos das leis não lhes restituem os órgãos e robustez perdidas que nenhum dinheiro pode pagar.

Essa educação médico-social, dos trabalhadores, dos patrões, dos industriais, das classes dirigentes do País, dos próprios médicos e até das Faculdades de Medicina está ainda por fazer em Portugal, apesar dos entusiasmos e acções isoladas, mal apreciadas e mal coordenadas, entre as quais sobressai como de maior importância a obra médico-social, de orientação essencialmente preventiva, embora curativa sempre que a própria técnica preventiva o exige, realizada em Coimbra por Bissaia Barreto.

Outro tanto diremos da obra de luta contra o cancro, devida a Francisco Gentil, centralizada no Instituto Português de Oncologia e já com delegações no Porto e em outras cidades do País, a que nos referimos noutro capítulo deste esboço ⁽¹⁾ e onde, a par da investigação científica modelar, se realiza

(1) O trabalho, no seu conjunto, abrangendo, em esboço, todos os capítulos da história da Medicina Social em Portugal, deve em breve começar a ser publicado na *Imprensa Médica* na íntegra e segue o mesmo plano do livro em que o prestigioso René Sand diz que... nada em tal campo existe entre nós.

assistência eficaz, assente na Técnica da Medicina preventiva, sem esquecer a vulgarização de noções destinadas a educar os médicos não especializados e o público, o serviço social, colaborando no diagnóstico precoce, educação, etc., nem a defesa dos que trabalham no Instituto contra as radiações do rádio e raios X, que permitiu que não se haja registado ali um único caso de cancro profissional devido a essas radiações, apesar do enorme movimento do Instituto.

Assim todos olhassem mais às características e valor dessa orientação do que às verbas que para tal fim têm sido postas à disposição de ambos...

CONCLUSÕES

I — Portugal, País que já completou oito séculos, orgulha-se de ser um dos que mais contribuíram para a civilização do mundo, o que só foi possível por os seus habitantes possuírem qualidades naturais de bondade, firmeza, resistência, generosidade, valor, laboriosidade, inteligência, espírito de iniciativa, coragem e arrojo, a par de cultura das suas *élites*, que o impuzeram à consideração dos povos a civilizar e não apenas espírito comercial ou força — que tal não conseguiriam alcançar.

II — Um dos capítulos da História de Portugal que infelizmente ainda é pouco conhecido, principalmente no estrangeiro, e indica como poucos os sentimentos e civilização dos portugueses, é o que refere à evolução da sua Assistência e da sua Medicina Social.

III — Em matéria de preparação profissional dos médicos e da sua competência e probidade, de hospitais, de higiene individual, pública e social, de medicina do trabalho, assistência, ciências do homem, dos factores, enfim, da moderna Medicina Social, Portugal não receia confrontos com a maior parte dos países, encontrando-se na sua História elementos dos mais notáveis e exemplares que se conhecem, sem deixar de ter sofrido como todos os países, as vicissitudes próprias de cada época e certas influências maléficas estrangeiras a que não pode fugir.

IV — Existem em Portugal instituições de Medicina Social modelares, entre as quais são dignos de nota hospitais (gerais, psiquiátricos, oftalmológicos, para leprosos, tuberculosos e outros doentes contagiosos), maternidades, sanatórios, polivalentes ou especializados, lactários, creches, jardins da infância, etc.

V — Nos 32 quartos de século da História de Portugal, aliás assinalada por realizações do maior valor, em nenhum a Medicina Social e, dum modo geral, a defesa da saúde, recebeu tantos benefícios e tão valiosos como nos últimos vinte e cinco anos, tendo sido particularmente valiosas as realizações dos últimos 10 anos.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

NOTAS

I — Este trabalho ⁽¹⁾, esboço dum livro que o autor tem em preparação, foi escrito expressamente para o *I Congresso Brasileiro de História da Medicina*, ressentindo-se por isso da rapidez com que foi escrito de forma exaustiva, sem prejuízo, aliás, do rigor, fácil de documentar, pela bibliografia que será enviada oportunamente, igualmente se ressentindo por o seu plano ser o mesmo do livro de René Sand, que esclarece no que respeita a Portugal, embora de forma resumida.

II — Não permitiu a falta de tempo analisar de modo a ser então enviado ao Congresso o que diz respeito à *História da Medicina do Trabalho*, *História da Assistência*, sobre a qual o autor tem publicado, além de outros trabalhos, um volume de 600 páginas só até 1525, *História das Ciências do Homem* (Estatística, Demografia, Antropologia, Sociologia, Pedagogia, Criminologia, etc.) capítulos neste momento já terminados.

III — O capítulo sobre a *História da Higiene Social* está por sua vez incompleto, visto não ter havido tempo de escrever a parte referente ao período de 1925 a 1950, precisamente o período em que os progressos em matéria de Medicina Social foram mais notáveis e em que ela definitivamente se instalou em Portugal. Nele se falará da Organização do Serviço Social, iniciado em 1929. A título de exemplo apontaremos alguns

factos, fáceis de documentar, não com os números frios dos Anuários Estatísticos, como com a leitura do Boletim da Assistência Social, que o autor dirigiu durante os seus três primeiros anos e já vai no seu 8.º ano, como com o seu livro sobre *Assistência Social*, aliás um resumo apenas e em via de reedição; com notícias de jornais, e, principalmente, visitando as próprias instituições e lendo sobre elas muitos relatórios desde há 25 anos, muitas delas tendo sido criadas durante este período.

IV — Um último capítulo sobre *O futuro da Medicina Social em Portugal*, dará conta dos planos existentes, das obras em curso e dos entusiasmos que são garantia dos progressos que se prevêem no que lhe diz respeito.

Livros entrados na Biblioteca em 1951 ⁽¹⁾

Lista dos livros oferecidos em 1951

- British Medical Bulletin.
Zdravotnicka «Revue» — N.º 12.
Instantanés Médicaux — N.º 14.
Relatório do Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia.
Métodos Estatísticos — George W. Snedecor.
Bulletin Hebdomadaire de Statistique Demographique et Med. de la Ville d'Oslo — Norvège.
Boletim Climatológico da Praia da Rocha.
Boletim Climatológico do Monte Estoril.
Resumo Mensal das Observações Meteorológicas.
Boletim Mensal das Observações Meteorológicas no Arquipélago da Madeira.
Arquivos de Higiene e Saúde Pública do Depart. de Saúde do Estado de S. Paulo.
Bulletin Internationale Contre la Tuberculose.
Malaria Problems — por Frederick L. Hoffman.
Foreami — Fonds Reine Elisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes du C. Belga.
Dental Newsletter.
Surgical Newsletter.
Medical Newsletter.
Pharmacy in the United States.
Actividade Administrativa no Hospital Júlio de Matos.
Les Aspects Psychiatriques de la Délinquance Juvenile — L. Bovet.

(1) Continuação do n.º 31.

- Bulletin Mensuel du Bureau Central de Statistique du Royaume de Norvège.
Os Transportes em Lisboa — Princípios e estrutura — base — II Congresso das Capitais — Francisco de Melo e Castro.
- Plano de Remodelação da Baixa — Comunicação apresentada pelo Eng. Jorge Carvalho de Mesquita.
- O Problema da Habitação de Lisboa — Comunicação apresentada pelo Eng. Luís Guimarães Lobato.
- A Profilaxia da Raiva na Cidade de Lisboa — Idem pelo Dr. António Cabral.
- Sanidade dos Produtos Alimentares, suas Características Municipais — Dr. João S. Lopes Ribeiro.
- A Administração das Capitais — II Congresso das Capitais.
- Possibilidades e Limitações dos Municípios na Orientação do Carácter Arquitectónico e Urbanístico dos Aglomerados Urbanos — Comunicação apresentada pelo Arquitect. Keil do Amaral.
- Segurança Anti-Sísmica na Construção — Comunicação apresentada pelo Eng. Mariano Emílio P. Bravo.
- A Aplicação do Frio no Aprovisionamento Alimentar da Cidade de Lisboa — Comunicação apresentada pelos Engs. João Leal Mendes de Abreu e Manuel António Vassalo e Silva.
- A Conservação e Reconstrução dos Arruamentos de Lisboa — Eng. Paulo Paiva Ricou.
- El Matadero Municipal de Lisboa — Dr. Felipe Morgado Romeiras.
- Das Receitas Municipais no Sistema Financeiro Português — Dr. Henrique Martins Gomes.
- Alguns Aspectos do Orçamento no Plano da Administração Municipal — Dr. António Rodrigues Oliveira.
- O Problema do Abastecimento de Criação e Ovos, para Consumo na Cidade de Lisboa — Dr. Manuel Amaro Martins.
- Abastecimento de Leite — Drs. José Salles Gomes e José Manuel de Campos Rosado.
- Expansão e Remodelação de Lisboa — Orientação administrativa — Eng. Alexandre V. e Sá.
- Cadernos Científicos.
- Helmintas em Novecentos Recrutas do Arquipélago da Madeira — Celestino da Costa Maia.
- Inquérito Alimentar entre os Operários da Fábrica de Louça de Sacavém — Bernardino de Pinho e F. Cruz de Campos.
- Análise — Boletim analítico das Revistas Técnicas Francesas editado pelo Instituto Francês em Portugal.
- Relatório do Conselho de Administração do Ministério da Educação Nacional. Arquivos da Escola Médico Cirúrgica de Goa.
- Report on Nutritional Survey in the Netherlands East Indies.
- Anais do Observatório Central Meteorológico do Infante D. Luís.
- Comité d'Experts des Insecticides.
- Índice Cultural Espanhol.
- Bulletin Hebdomadaire de Statistique.
- Resumo das Doenças Transmissíveis e Epidémicas.
- Casa de Portugal.

Anais da Faculdade de Farmácia do Porto.
 Acta Endocrinológica Ibérica.
 Hospital Júlio de Matos — Quinto Relatório da Administração — 1950.
 Comité d'Experts des Services d'Hygiene Scolaire.
 Memorial ou História dos Banhos da Fonte Santa de Monfortinho — Dr. António Pedrosa Barreto.
 Ensaio de Combate à Mortalidade Infantil em Castelo Branco — José Lopes Dias.
 Boletim do Instituto Nacional de Educação Física.
 Pequenas Lições de Higiene — Henrique Gregório Pereira.
 A Vida Psíquica dos Tuberculosos — Henrique Gregório Pereira.
 Comité d'Experts pour l'Unification des Pharmacopées.
 Comité d'Experts des Maladies Vénériennes et des Treponematoses.
 Bulletin d'Hygiene — Health Bulletin — Montreal.
 Chronique of the World Health Organization.
 Novos Ensaio Sobre Expressão Emocional — Henrique de Vilhena.
 A Vida do Pintor Manuel Jardim — (2 v.) — Idem.
 Ensaio e Críticas e Estética — Idem.
 Do Bem e do Belo ou do Sentido Espiritual da Vida Humana — Idem.
 Em Memória — Idem.
 O Professor Doutor Francisco Gomes Teixeira — Idem.
 Emilia — Idem.
 Estudos de História e Deontologia da Medicina — Idem.
 Mais Escritos «Algumas alocações» — Idem.
 Campo Santo «De Jerónimo Valverde» — Idem.
 Novos Escritos — Idem.
 Colégio e Infância «Jerónimo Valverde» — Idem.
 Ainda Infância — Idem — Idem.
 Três anos que se seguem — Idem — Idem.
 Não é difícil morrer — Idem — Idem.
 Coimbra — Idem — Idem.
 Muita coisa e até um Fantasma — Idem — Idem.
 D. Mariana — Idem — Idem.
 O «Sonho do Profeta» e não somente — Idem — Idem.
 Congresso do Mundo Português — Comissão Executiva dos Centenários — 17 vols.
 Acta Gynaecológica et Obstetrica.
 Caytano Heredia — Dr. C. E. Paz Soldan.
 Comité d'Experts de la Tuberculose.
 Comité d'Experts du Paludisme.
 Comité d'Experts de la Santé Mentale.
 Caixa de Previdência — Relatório do Conselho de Administração — Ministério da Educação Nacional.
 Instituto de Medicina Tropical — Instruções para o ano académico de 1951.
 Hidrologia Médica do Distrito de Castelo Branco — José Lopes Dias.
 Epidemícula de Triquinose Humana (Em Aranhas — Concelho de Penamacor) — José Lopes Dias.
 Groupe Mixte F.A.O./O.M.S.
 A propos de quelques dizaines de cas de saturnisme aigu d'origine Hydrique — Bernardino de Pinho.

- Anuário Estatístico do Império Colonial — 1949.
- International Whaling Statistics.
- Colloque International sur la Syphilis.
- Groupe Mixte O.M.S./F.A.O. d'Experts des Zoonoses.
- S. João de Deus, nascimento, vida, legenda e morte 1485-1550—Ibérico Nogueira.
- Algumas razões humanas do êxito de João Cidade — Fernando da Silva Correia.
- O exame sistemático do torax; sua importância na luta contra a tuberculose
— por Manuel Abreu.
- Soins maternels et santé mentale — J. Bowlby — O.M.S.
- Catalogue de la Statistique Officielle de la Norvège — 1828 a 1950.
- Anuário Demográfico — 1950.
- Alexandre Ferreira, sonhador de belezas; distribuidor de bondade (Conferência pelo Prof. Beirão da Veiga).
- Uma figura contemporânea do mundo social — Raúl Esteves dos Santos.
- Endeavour.
- Statistique Officielle de la Suède.
- Experiment dental case — J. F. Fulton.
- Memoria del Dr. Ricardo Pazos Varela sobre sugestion como decano de la Facultad de Medicina.
- Medicamenta.
- Rivista di Parasitologia.
- Lutte antipuludique par les insecticides a action rémanente — E. J. Pampana.
- Communications de Statens Seruinstitut.
- Comissão Reguladora dos Produtos Químicos e Farmacêuticos.
- Boletim de Estatísticas Educacionais — 1947-48 — Brasil.
- Estatísticas Culturais de 1948 — Rio Grande do Sul — Brasil.
- Règlement Sanitaire International — O.M.S.
- Atlas of Framboesia — Hill, Kodéjat e Sardani — O.M.S.
- El Medico de Empresa — Afonso de la Fuente Chaos.
- A segurança dos trabalhadores através do Seguro Social.
- Formulário bromatológico e normas do serviço dietético — Hosp. Júlio de Matos.
- X Congrès International de Médecine du Travail — Programme.
- Anais Azevedos.
- X Congrès International de Médecine du Travail — Communications.
- Conceito de água potável — Dr. Bernardino de Pinho.
- Escarlatina — F. Fonseca, L. Figueiredo e M. Jacob.
- Epidemiologia e profilaxia das Leishmaniasis — Cayola da Motta.
- Anais do Instituto Superior de Agronomia.
- Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé.
- A boca e o reumatismo — F. Ferreira da Costa.
- Estomatites — Dr. Ferreira da Costa.
- O Serviço Social nos meios industriais — Dr. Fernando da Silva Correia.
- O problema alimentar português—Subsídios para a sua resolução—Rocha Faria.
- Arquivo de Patologia.
- Medicina Moderna.
- Anuário Demográfico — Anos de 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1943.

- III Congresso da União Nacional — Resumo das teses da 1.^a, 2.^a, 3.^a, e 4.^a Secções.
- III Congresso da União Nacional — Regulamento.
- III Congresso da União Nacional — Programa das sessões de trabalhos.
- III Congresso da União Nacional — A Lição de 25 anos a bem da Saúde Pública, por Fernando da Silva Correia.
- A educação dos cegos e a sua recuperação para a vida — J. Albuquerque e Castro.
- O problema das carquejeiras do Porto e como a Liga de Profilaxia Social tem procurado resolvê-lo.
- Prophylaxie et traitement des deficiences alimentaires graves lors de calamités — O.M.S.
- Comité mixte F.A.O./O.M.S. d'experts de l'alimentation et de la nutrition — O.M.S.
- A cadeia frigorífica portuguesa — Subsídios para o seu plano por Júlio Eduardo dos Santos.
- First seminar for European Sanitary Engineers — World Health Organization.
- Cardiolipin Antigens — Mary Pangborn e outros.
- Relatório e Contas da Gerência — 1950 — Federação Nac. Produtores de Trigo.
- A alimentação do povo português — Publicações do Centro de Estudos Demográficos (1951).
- O frio na conservação dos produtos alimentares de origem animal (suas vantagens económico-sanitárias) — Luis Navarro Brazão.
- Actualidades biológicas — Vol. 24 (Conferências realizadas no Instituto Rocha Cabral em Abril e Maio de 1951).
- Medicina espanhola e medicina portuguesa — por Ferreira de Mira.
- Pesquisas laboratoriais recentes sobre respiração artificial — por Ferreira de Mira.

(*Continua*)

Estudos sobre Brucelose

Palavras prévias

POR

AUGUSTO BRAGA DE CASTRO SOARES

Inspector Superior dos Serviços Técnicos de Profilaxia das Doenças
Infecciosas e Sociais da D. G. S.

A observação do panorama epidemiológico português demonstra que certas antroprozoonoses exigem estudo aprofundado e medidas atinentes ao seu combate sistemático, que preservem as populações dos malefícios dessas doenças, pois alcançam notável grau de disseminação, atingindo a saúde da comunidade e causando prejuízos económicos avultados.

Entre elas, têm progredido, de forma especial, as bruceloses, que deixam profundo e irreparável vestígio na riqueza pecuária nacional, além de originarem grave prejuízo para a saúde dos portugueses, pela limitação de actividade dos indivíduos atingidos e pela perda sensível de vidas, felizmente dominada hoje pelo uso quase sistemático da terapêutica anti-biótica nos casos agudos e graves.

Dados estatísticos recolhidos pela Direcção Geral de Saúde, após a promulgação da Lei n.º 2.036, em obediência à sua base IX e termos da Portaria n.º 13.031, que incluiu as bruceloses entre as doenças de notificação obrigatória, bem como os resultados do inquérito feito pelos Serviços Técnicos de Profi-

laxia das Doenças Infecciosas e Sociais, permitiram formar um juízo exacto da difusão da doença e considerar as medidas indispensáveis ao seu combate racional.

De entre estas, foi prevista e proposta a criação de uma «Comissão Nacional de Estudo das Bruceloses», que o Governo nomeou e que ficou constituída por elementos pertencentes às Direcções Gerais de Saúde e de Pecuária, pois só um trabalho de coordenação entre ambas poderá produzir resultados eficazes.

Sem prejuízo de outras directrizes, esboçadas pela referida Comissão, os Serviços da Direcção Geral de Saúde prosseguiram nos seus trabalhos de investigação e procuraram recolher materiais destinados ao completo esclarecimento do problema e à elaboração de um programa de combate à doença, entre as populações expostas ao contágio.

Sem esquecer diversos trabalhos portugueses, já publicados e divulgados, cujo valor se radica no espirito de quem se dedica ao estudo do assunto, oferece-se-me oportunidade de anteceder de algumas palavras, muito breves, a apresentação dos trabalhos que sobre o assunto vão ser agora publicados neste número e no número seguinte do «Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge».

No presente número serão publicados os dois seguintes trabalhos:

«Contribuição para o estudo e classificação das estirpes de «Brucellae» que infectam a população portuguesa», da autoria dos Drs. Arnaldo de Sampaio, F. Conceição Correia e L. Cayolla da Motta, e «Dispersão das aglutininas anti-brucélicas na população portuguesa. Resultados dos inquéritos clínico-epidemiológicos, enviados aos casos positivos», do Dr. Luís A. C.-R. Cayolla da Motta.

No primeiro destes trabalhos, os seus Autores desenvolvem a aplicação de um método simples e prático de cultura para

isolamento de brucelas, a partir de indivíduos doentes dispersos por todo o País, a fim de se ajuizar da espécie ou espécies que infectam a nossa população. Seguindo esse método, em que se evita quer a deslocação dos doentes ao laboratório, quer a deste até junto daqueles, obtiveram o isolamento de 73 estirpes, todas classificadas como *Brucella melitensis*, concluindo «dever ser esta a espécie que predominantemente, senão exclusivamente, infecta a população portuguesa».

No segundo trabalho, o seu Autor efectuou uma pesquisa de aglutininas anti-brucélicas em 2.000 indivíduos de quase todas as províncias do País, logrando resultados que se assemelham aos de trabalhos anteriores (3,75 % de casos serológicamente positivos) e acrescentando dados clínico-epidemiológicos de indiscutível valor científico e sanitário. Em paralelo com anteriores trabalhos similares (do Prof. J. Cândido de Oliveira e do Dr. Henrique de Oliveira), este valioso contributo do Autor referido merece atenção e louvor, pelos intuitos que o despertaram e pelas conclusões epidemiológicas que permitiu tirar.

No primeiro número de 1952, deste «Boletim» serão publicados outros trabalhos, já concluídos e também sobre bruceloses, mas que só a escassez destas páginas não permitiu serem publicados ainda neste número, visto terem sido efectuados ao mesmo tempo e pela mesma equipa de colaboradores dos trabalhos agora publicados. Esses trabalhos são os seguintes: «Inquérito epidemiológico geral sobre a brucelose humana, da Direcção Geral de Saúde (1950) — Nota prévia» da autoria dos Drs A. B. de Castro Soares e L. A. C.-R. Cayolla da Motta, em que se dará, brevemente, conta do número de novos casos clinicamente reconhecidos de brucelose ocorrendo, em média, anualmente no País (cerca de 1.000) e da sua distribuição por concelhos, distritos e províncias; «Estudo comparativo da determinação do índice de infecção brucélica, pelas provas alérgica (intradérmica) e sorológica, numa aldeia portuguesa em

área de endemia», da autoria dos Drs. F. R. da Conceição Correia e L. A. C.-R. Cayolla da Motta, estudo comparativo este pela primeira vez efectuado em massa entre nós; e, naturalmente ainda, um trabalho do Dr. Cristiano Nina, «Bruceloses — Aspectos clínicos e terapêuticos», baseado na larga e proficiente experiência do Autor no Hospital de Curry Cabral.

O problema das Bruceloses reveste-se de especial interesse e a Direcção Geral de Saúde e o Instituto Superior de Higiene «Dr. Ricardo Jorge», pela acção diligente dos seus investigadores, preparam a publicação de novos trabalhos sobre este e outros assuntos, de interesse epidemiológico e médico-sanitário, que contribuirão, sem dúvida, para a causa importantíssima da Saúde Pública.

Contribuição para o estudo e classificação das estirpes de «Brucellae» que infectam a população portuguesa

A. SAMPAIO, F. CONCEIÇÃO CORREIA e L. CAYOLLA DA MOTTA

I — INTRODUÇÃO

É bem conhecida a dificuldade de isolamento de brucelas a partir de indivíduos doentes, dificuldade essa que aumenta quando se pretendem fazer em grande escala esses isolamentos e, sobretudo, quando se pretendem conseguir com métodos de rotina (1), (2), (6), (8), (11), (15), (18), (20), (25), (27), (29), (33), (37), (43), (52), (57) e (60).

As mais recentes publicações sobre o assunto, inclusivé os últimos relatórios (1951) do Comité de Peritos de Brucelose da O.M.S./F.A.O. (25), salientam estas dificuldades e dizem que só em laboratórios centrais, reconhecidamente competentes, se devem fazer culturas para isolamento de brucelas, aconselhando, de preferência, o envio de material suspeito para esses laboratórios centrais.

As principais causas da dificuldade do isolamento de brucelas em indivíduos doentes são: 1) a raridade e a irregularidade da bacteriémia na brucelose, muitas vezes surgindo até dissociadamente dos sinais clínicos mais típicos, concordes com possíveis isolamentos (como a febre, a agudização da doença,

os resultados das (provas sorológicas, etc.); 2) a escassez de brucelas no sangue circulante, mesmo em fase de bacteriemia, bem como a sua escassez ou mesmo a sua ausência nos excreta; 3) a dificuldade e a extrema lentidão com que as brucelas se desenvolvem nos habituais meios de cultura de laboratório e até mesmo nos meios mais enriquecidos, dificuldade essa que é aumentada pela concorrência vital de infecções secundárias desses meios, justamente tão fáceis de se verificarem quando se trabalha com meios de cultura mais ricos; 4) e, finalmente, todas as mil pequenas dificuldades de ordem técnica que se deparam nos processos mais eficazes para isolamento e cultura de brucelas, nos laboratórios que não estejam completamente bem apetrechados em material e técnicos [H. J. Harris (27)]. Estas dificuldades aumentam quando pretendemos realizar tais isolamentos em grande escala, como interessa a um serviço de Saúde Pública (1), (2), (6), (8), (11), (16), (18), (19), (20), (22), (25), (27), (29), (33), (36), (37), (40), (43), (44), (47), (48), (54), (55), (56), (57), (60), (63) e (64).

Em virtude da extensão da epidemia portuguesa de brucelose, como o provou o inquérito de 1950 da D.G.S. (54), (61) e (62) [cerca de 1.000 casos reconhecidos por ano e ocorrendo, com certeza, anualmente muitos mais (*)] e da sua inegável importância médico-social, bem como do desconhecimento das espécies de brucelas que infectam a população portuguesa, pensamos ter interesse a publicação dos métodos seguidos e dos resultados por nós obtidos, em cerca de um ano de trabalho (de 26 de Junho de 1950 a 30 de Agosto de 1951), no laboratório de Bacteriologia Sanitária do Instituto Superior de Higiene.

Julgamos que, até à altura em que iniciámos este trabalho, ainda se não tinha efectuado, entre nós, o isolamento e a classificação de estirpes humanas de brucelas de modo a formarmos uma ideia da espécie prevalecente no País.

Embora os inquéritos da D.G.S. [o de 1913 do Prof. Ricardo Jorge (35) e o de 1950 do Dr. Augusto Travassos (54) e

(*) Segundo a maioria dos mais conceituados investigadores da especialidade, o número de casos não diagnosticados é muito superior ao número de casos diagnosticados [para H. J. Harris essa proporção é de, pelo menos, 5/1-8/1 (27); para Huddleson e Gould é, mesmo, de 10/1 (24) (29)].

(61)], apontando a cabra como principal se não como única responsável pela transmissão da doença ao homem, nos sugerissem a infecção pela *Brucella melitensis* (14), (52), (54), (59), (61) e (62), esta hipótese precisava, no entanto, de confirmação laboratorial.

Para esclarecer este problema, resolvemos, há cerca de um ano, tentar, em grande escala e como método de rotina do Lab. de Bact. Sanitária do I. S. H., o isolamento de brucelas a partir de indivíduos doentes, existentes em qualquer ponto do País. As colheitas seriam feitas localmente, bem como a sementeira dos meios, os quais seriam, depois, enviados para o nosso laboratório onde se fariam as culturas.

II — MATERIAL E MÉTODOS

Como se sabe, apesar de ter sido possível isolar *Brucellae* de indivíduos doentes, a partir de culturas de medula óssea (12) e (54), de gânglios linfáticos (27) e (45), de fezes (3), (4), (21) e (48), de urina (4), (26), (27) e (48), de bilis (3), de suco duodenal (38), de expectoração (41), de corrimentos uterinos e vaginais (4), (27) e (48), de fluido prostático e vesicular (10), de líquido céfalo-raquidiano (2), (8), (20), (27), (28) e (46), de ossos — focos de osteomielite específica — (7), do líquido sinovial de articulações atacadas (5), (17), (27) e (29), do baço de doentes (48) e até do leite (de mulheres doentes) (48), estes isolamentos têm-se feito e fazem-se, sobretudo, a partir do sangue dos doentes. Fazem-se, então, ou por culturas do sangue total (hemoculturas), como é mais frequente (8), (11), (20), (27), (29), (33), (36), (37), (39), (40), (43), (44), (47), (48), (56), (57), (58), (60) e (64), ou por cultura de coágulos sanguíneos esmagados (8), (22), (27), (29), (30), (32), (34), (51) e (64).

As nossas culturas foram feitas em meio líquido, tendo-se empregado, para esse fim, o caldo de triptose. Segundo o último relatório do Comité de Peritos da Brucelose da F.A.O./O.M.S., a triptose é, hoje, o melhor meio para isolamentos de brucelas, só sendo ligeiramente ultrapassada, no seu grau de eficiência, pela «triptycase-soy» que é, todavia, mais cara e, portanto, menos aconselhável em Saúde Pública. Ne-

nhum dos outros métodos de isolamento de brucelas aconselhado pelo Comité de Peritos (25): as inoculações a animais (8), (9), (18), (25), (27), (29), (44), (45), (47), (49) e (64), as culturas em meios semi-sólidos (8), (25) e (27) e as culturas em saco de gema de ovos de galinha (22) e (23) — têm, por ora, vantagens práticas para poderem ser usados, como métodos de rotina, num laboratório de Saúde Pública, embora seja extremamente prometedor o método de isolamento em saco de gema de ovos de galinha (com 3-4-5 dias) (22).

Por estas razões e ainda porque o nosso principal objectivo era apenas a determinação da espécie de brucela predominante no nosso País, não experimentámos qualquer destes últimos processos de isolamento, embora aguardemos oportunidade para, logo que isso nos seja possível, os experimentar, no nosso laboratório.

Posto este pequeno preâmbulo, entremos na descrição do material e métodos utilizados neste nosso trabalho.

A) — *Material e meios de cultura empregados nos isolamentos de brucelas*

As nossas pesquisas incidiram, quase exclusivamente, sobre sangue de doentes com brucelose ou suspeitas de brucelose.

Os produtos a analisar provinham de diferentes partes do País (de Norte a Sul), sendo colhidos e enviados, regra geral, pelos Delegados ou Subdelegados de Saúde.

Neste estudo entraram também alguns doentes internados no Hospital de Curry Cabral, que nós aproveitámos para «contrôle» das nossas técnicas.

Para a hemocultura — com sangue total —, enviávamos frascos com a capacidade de 50 cc., contendo aproximadamente 40 cc. de caldo — triptose «Difco», fechados com uma rolha perfurável de borracha, para as Delegações e Subdelegações de Saúde dos concelhos onde a brucelose era endémica, acompanhados das seguintes instruções:

Depois da colheita e da sementeira, feitas pelo médico local, o frasco era metido numa embalagem de madeira (Fotog. 1 - Fig. 25), por nós fornecida, para o seu acondicionamento e resguardo durante o transporte e, depois, enviado, pelo correio, para o I. S. H.

INSTITUTO SUPERIOR DE HIGIENE
DR. RICARDO JORGE

BRUCELOSE

DIAGNÓSTICO POR HEMOCULTURA

Prática a seguir para uma colheita satisfatória:

- 1.º — Desinfecção das mãos do médico com sabão e álcool.
- 2.º — Desinfecção da pele do sangradouro do doente (tintura de iodo).
- 3.º — Extracção de 10 cc. de sangue com uma seringa e agulha bem esterilizadas (*).
- 4.º — Desinfecção da rolha de borracha do frasco contendo o meio, colocando tintura de iodo sobre a rolha no início da extracção do sangue e deixando actuar enquanto se faz a extracção.
- 5.º — Inclinár o frasco de maneira a expulsar a tintura que está em cima da rolha e injectar, através desta, o sangue extraído.
- 6.º — Agitar o frasco, de modo que o sangue fique bem misturado com o meio.
- 7.º — Na hipótese de se tratar de um caso crónico, ou de um caso agudo em que as pesquisas anteriores tenham sido negativas, recomendamos a sementeira em dois ou mais frascos.

(*) Antes de esterilizar o material de colheita, experimentar bem o seu funcionamento. As manobras da verificação do estado da agulha e da seringa são, muitas vezes, as causadoras da infecção do meio, visto tratar-se de um meio facilmente infectável. O material de colheita, se não puder ser esterilizado a seco, deve sê-lo por fervura, durante pelo menos 10 minutos, juntando-se, à água, um pouco de sal das cozinhas.

À sua chegada ao Instituto, a rolha de borracha era substituída por uma cápsula de vidro esterilizada (Fot. II, Fig. 26) que se adaptava perfeitamente ao gargalo do frasco, permitindo, facilmente, todas as trocas gasosas entre o ambiente e a cultura, mas impedindo a conspurcação do conteúdo do frasco por poeiras, etc., ao mesmo tempo que facilitava as manobras das sub-culturas.

Depois de colocada a cápsula, que servia de rolha, o frasco era incubado na estufa a 37°, numa atmosfera de 10% de CO₂,

ambiente que é indispensável a um bom desenvolvimento da *Br. abortus* e que não perturba a cultura das outras espécies.



Figura 25 — Fot. I

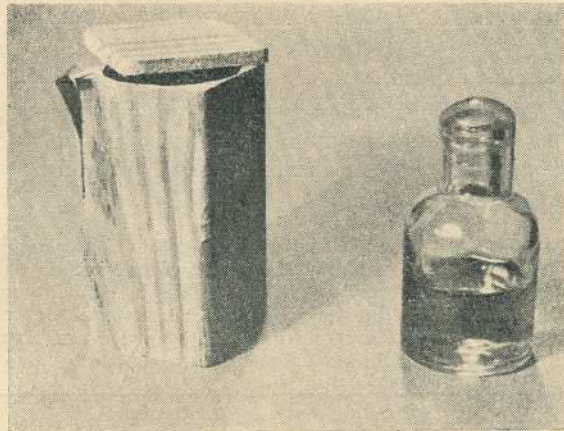


Figura 26 — Fot. II

Nos sangues enviados para soro-aglutinação, depois da separação do coágulo do soro, fazíamos, neste, uma reacção rápida de Huddleson e, se o resultado era positivo a um título de 1/80-1/100 ou superior, aproveitávamos o coágulo para cultura em meio de caldo de triptose.

Para a cultura dos coágulos, procedíamos do seguinte

modo: a uma seringa de 10 cc. de capacidade, tirávamos o êmbolo e lançávamos o coágulo a estudar no seu interior; voltávamos a colocar o êmbolo no seu lugar e fazíamos uma pressão suficiente, de modo a esmagar o coágulo e a fazê-lo passar para dentro de um frasco com caldo de triptose, semelhante aos que usávamos para as hemoculturas com sangue total. O frasco era coberto, depois, com a cápsula de vidro referida atrás e colocado na estufa numa atmosfera de 10 % de CO₂.

A atmosfera de 10 % de CO₂ foi obtida do seguinte modo: num recipiente determinado, colocámos os frascos para a hemocultura e uma vela acesa, que, depois de fechado hermêticamente o recipiente, se apaga quando a atmosfera atinge 10 % de CO₂. O recipiente era, depois, colocado na estufa, a 37° C.

Usámos vários recipientes, desde cilindros de vidro até latas de açúcar ou de bolachas, todos satisfazendo desde que pudessem ser fechados hermêticamente, o que nós conseguíamos por meio de plasticina.

Devido ao grande desenvolvimento dos nossos serviços (chegámos a ter 50 culturas diferentes ao mesmo tempo), tivemos que adoptar outro recipiente (Fot. III, Fig. 27). Consta de uma caixa construída de ferro galvanizado, com as maiores dimensões que as nossas estufas comportavam, fechando hermêticamente por meio de uma tampa com tiras de borracha e parafusos e tendo uma janela de vidro, por onde se faz o «contrôle» da extinção da chama da vela.

Após o 4.º dia de incubação, fazíamos a primeira passagem para meio sólido (gelose-triptose «Difco»), por intermédio duma «pipeta de Pasteur». Esta passagem era feita para placas ou tubos, consoante nos era ou não aparente qualquer infecção inespecífica do meio.

Feita esta primeira passagem, voltavam os frascos para a estufa, a 37° C., sempre em microaerofilia, bem como os tubos ou placas de gelose-triptose recém-semeados.

As passagens subsequentes para meios sólidos, devem fazer-se de 2 em 2 dias, até se encontrarem brucelas. Se não se isolarem brucelas até 3-4 semanas após o início da incubação, dá-se, nessa ocasião, a cultura como negativa. É este, essencialmente, o processo de Huddleson e aquele que é seguido na grande maioria dos laboratórios de Saúde Pública dos U.S.A.,

da Inglaterra, da França e do México (8), (11), (18), (25), (27), (29), (33), (36), (37), (40), (47), (56), (57), (58) e (64).

No nosso processo seguimos, sempre que nos foi possível, os métodos de cultura desses laboratórios. Note-se, entretanto, que, por vezes, devido à falta de material e à falta de tempo e de pessoal auxiliar com que lutámos, não pudémos, para cada uma das culturas que fizemos (*), manter sempre o ritmo (de dois em dois dias) das passagens de meio líquido para meio sólido. Entretanto, sempre que foi possível, assim se fez e é assim, julgamos, que sempre se deve proceder, embora, pensemos, também, que, pelo que a experiência nos mostrou, na grande maioria dos casos, duas e às vezes até uma só passagem por semana, são mais do que suficientes, na prática corrente, para, ao longo de um mês (que foi sempre o tempo mínimo por que mantivemos cada cultura), se poderem isolar brucelas de um meio onde elas realmente existam.

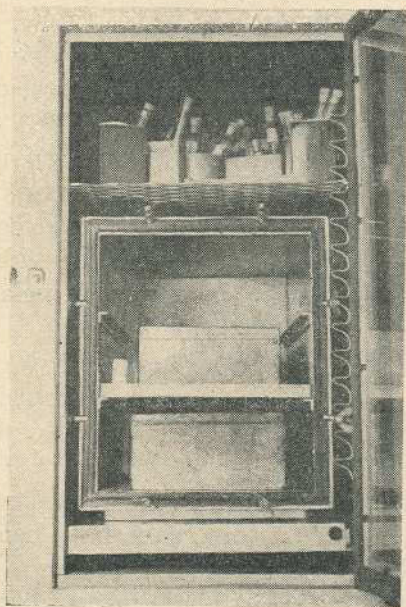


Figura 27 — Fot. III

(*) 207 culturas, contando só com as feitas a partir de indivíduos doentes, as quais corresponderam a 235 frascos, mantidos, cada um deles, por um mês pelo menos. Note-se que procedemos idênticamente com as culturas, embora raras, feitas a partir de animais ou seus produtos.

Quanto às passagens para meios sólidos, sobre os quais fazíamos a sementeira do caldo-triptose em incubação, só se consideravam negativas se, examinados todos os dias, nunca revelavam colónias de brucelas até ao fim de uma semana.

A pesquisa de colónias de brucelas fazíamos-la, quer nos tubos, quer nas placas, da seguinte maneira:

Desde que houvesse colónias suspeitas (pequenas, translúcidas, lisas, de bordos regulares, «lembrando deminutas gotas de orvalho») fazíamos, primeiro, uma pesquisa de soroaglutinação, com um soro anti-*Brucella* de confiança (*). Se a soroaglutinação era positiva, fazíamos, seguidamente, um Gram que nos confirmava a suspeita pelo achado de micrococos ou pequenos cocobacilos gram-negativos. De qualquer maneira, mesmo que os desenvolvimentos achados não fossem típicos, fazíamos sempre uma prova de aglutinação em lâmina e um Gram, para cada desenvolvimento que nos surgisse nas passagens para meios sólidos, e durante cada um dos 7 dias de incubação que, como se disse, mantínhamos em todas aquelas passagens.

Se juntamente com brucelas constatávamos a presença de quaisquer outros microrganismos (por contaminação dos meios), passávamos uma pequena parte do desenvolvimento para uma placa de gelose-triptose, simples ou com violeta de cristal a 1/700.000, para podermos isolar, melhor, as colónias de brucelas e repicá-las daí, depois, para obtermos um desenvolvimento de *Brucella* em cultura pura.

B) — *Método de classificação das estirpes isoladas*

Conseguido o isolamento em cultura pura, fizemos, o mais brevemente possível, a classificação das estirpes isoladas, procurando que, para esta classificação, elas tivessem sofrido o mais curto envelhecimento possível e o menor número de passagens intermediárias, condições estas necessárias para se poder ter confiança nos resultados da classificação.

Seguimos sempre o processo de classificação de Huddleson

(*) Importa sobretudo que se trate de um soro preparado a partir de estirpes lisas de brucelas, sendo a *Brucella abortus* a mais conveniente para a preparação destes soros para diagnóstico.

(29), (36) e (57) que é, ainda hoje, ao mesmo tempo, o mais rigoroso e um dos mais práticos (1), (8), (25), (27), (29), (33), (36), (37), (43), (47), (57) e (64). Baseia-se, como se sabe, na produção ou não produção de SH_2 pela estirpe-problema (e, no caso de produção de SH_2 , ainda pelo número de dias em que o produz) e pelo comportamento (desenvolvimento ou não desenvolvimento) em meios com corantes-*tionina* e *fucsina* básica sobretudo. O estudo da produção do SH_2 fez-se semeando a estirpe-problema em meio sólido de *triptose* e *figado*, como se aconselha mais modernamente (8), (25), (27), (29), (36), (47), (57) e (64); a presença de SH_2 pesquisou-se com papel branco de acetato de chumbo, que enegrecerá em caso positivo, e que todos os dias deve ser mudado para se saber por quantos dias a estirpe produziu SH_2 . Para os meios com corantes, utilizámos os meios habituais de *gelose-triptose* adicionados de *tionina* ou de *fucsina* básica da casa «Difco», qualquer deles na proporção de 1/700.000 de meio. A classificação de cada estirpe fez-se sempre, ao mesmo tempo, em *aerofilia* e em *microaerofilia* (10 % de CO_2). Além de todas estas precauções, usámas, nas classificações, estirpes padronizadas que nos foram cedidas pelo Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.

III — RESULTADOS OBTIDOS E SEU COMENTÁRIO

Exporemos neste capítulo, comentando-os, os resultados obtidos por nós, utilizando o processo e métodos de cultura atrás indicados, durante cerca de 1 ano (26-VI-50—30-VIII-51), no Laboratório de Bacteriologia Sanitária do Instituto Superior de Higiene.

Julgamos ter o método adoptado vantagens de ordem prática que o tornam sobretudo útil em Saúde Pública, pela economia que permite sem interferir, grandemente, na eficácia dos resultados. Realmente, evitam-se nele deslocções de pessoal especializado até junto dos doentes e vice-versa, permitindo a extensão do estudo do problema a todos os locais do País com a maior facilidade. Pensamos ter dado assim, às hemoculturas para pesquisa de *brucelas*, possibilidades de efectivação quase tão grandes como existiam já, por exemplo, para as hemocul-

turas para pesquisa do bacilo tífico e outras salmonelas (Kaysner).

Seguindo sempre, rigorosamente, o processo de classificação atrás descrito, nas 73 estirpes de brucelas isoladas de 66 doentes espalhados de Norte a Sul do País (pelos diversos focos de endemia da brucelose), pelo espaço de um ano aproximadamente, classificámos todas essas estirpes como *Brucella melitensis*

A) — *Número de doentes com culturas e número de culturas feitas*

Fizemos, no decurso do tempo acima mencionado, 207 culturas (traduzidas em 235 frascos de caldo-de-triptose semeados com produtos humanos supostamente infectados), a partir de 174 indivíduos dos quais, entretanto, só em 144 existia a certeza ou forte suspeita de que sofriam ou tinham sofrido de brucelose (Ver quadro I).

QUADRO I

Número de culturas feitas e número correspondente de doentes

Produtos a partir dos quais se tentou o isolamento de brucelas	Número de culturas feitas		Número de doentes correspondentes às culturas feitas
Sangue total	146	—	113
—	—	Casos em que se fizeram, para cada doente, culturas de sangue total e de coágulo sanguíneo	27
Coágulo sanguíneo (Esmagado) . .	57	—	30
Líquido cefalorraquidiano	2	—	2
Urina	1	—	1
Corrimento vaginal	1	—	1
Totais	207	—	174

Como se verifica por estes números, a grande maioria dos doentes só teve uma única hemocultura e só num pequeno

número de casos (que escassamente ultrapassou a primeira dezena) foi possível fazer mais do que uma cultura; nestes raros casos também nunca foi possível fazer senão duas culturas e só em dois casos se conseguiram fazer, para o mesmo doente, três culturas em ocasiões diferentes.

B) — *Isolamentos de brucelas (B. melitensis) e suas percentagens*

Conseguimos 73 *isolamentos de brucelas* (todas classificadas como *Brucella melitensis*) a partir de 66 *doentes diferentes*.

Desses 66 doentes, em 59 isolámos brucelas 1 vez, e em 7 isolámo-las 2 vezes (contando-se estes 7 doentes entre aqueles poucos em que nos foi possível fazer duas culturas).

Os 73 isolamentos representam, em relação às 207 culturas feitas a partir de doentes, 35,26% de *culturas positivas*; sendo a percentagem calculada em relação ao número de doentes de que se isolaram brucelas de 37,93 % de *doentes com culturas positivas*.

Esta percentagem de isolamentos é pequena ainda se a compararmos com as percentagens obtidas nos melhores laboratórios estrangeiros que trabalham nestes assuntos (8), (11), (27), (29), (33), (36), (40), (56), (57) e (60). Note-se, entretanto, que, dos 174 doentes em que se fizeram culturas, só de 144 se pode dizer que sofriam ou tinham sofrido de brucelose; os restantes doentes eram daqueles casos em que nunca fora possível pôr um diagnóstico certo e em que, por qualquer razão, se suspeitara de brucelose e se tentara o isolamento em uma ou mais hemoculturas. Mesmo que se tratasse de brucelose, esses casos seriam justamente aqueles em que o isolamento do microorganismo causal seria menos de esperar e mais difícil de conseguir. Se contarmos, assim, apenas com os 144 doentes que tinham brucelose, os 66 casos positivos já nos dão uma percentagem de isolamento um pouco melhor (45,83%).

Devemos salientar, ainda, alguns outros factos que, em parte, podem justificar o não ter sido possível conseguir-se uma percentagem ainda mais elevada de isolamentos: 1) o facto de que, para cada doente em que se tentaram isolamentos, só foi possível fazer-se, regra geral, apenas uma hemocultura, só tendo sido feitas duas hemoculturas diferentes por doente, a

cerca de uma dezena dos 174 indivíduos com culturas, quando, como se sabe, é geralmente preciso insistir muitas vezes, nestes casos, com repetidas culturas, para se poder conseguir, enfim o isolamento de brucelas (8), (11), (18), (19), (20), (25), (27), (29), (33), (36), (37), (39), (40), (43), (47), (60) e (64) (estamos convencidos de que na grande maioria dos casos de brucelose em que não conseguimos isolar brucelas, se nos tivessem enviado, como pedíamos, mais sangues por cada doente, ter-nos-ia sido possível isolá-las); 2) o facto de, regra geral, para as nossas hemoculturas, se terem colhido pequenas quantidades de sangue (5-8 cc. em regra), visto os nossos frascos serem pequenos a fim de poderem ser facilmente transportados a longas distâncias (8), (11), (19), (25), (27), (29), (33), e (43); 3) o facto de algumas hemoculturas se terem feito a doentes que já estavam a tomar antibióticos (aureomicina, terramicina, estreptomina, etc.), o que muito dificulta, quando não impede totalmente, o isolamento de brucelas (2), (8), (11), (18), (19), (25), (27), (29), (33), (39), (40) e (43); 4) o facto de os frascos, depois das colheitas feitas nos diversos locais do País, perderem, no seu transporte até ao laboratório central, muito tempo (por vezes 2 e até 3 dias), quando bem sabemos que essa demora entre a colheita e o início de incubação pode prejudicar o êxito da cultura (8), (27), (29), (33) e (39) [H. J. Harris, diz, a propósito, que «o material para cultura deve ser o mais fresco possível e deve atingir o laboratório imediatamente após a colheita, preferivelmente dentro de uma hora» (27)]; 5) o facto de uma grande maioria das culturas, que não eram colhidas por nós como dissemos, nos ter chegado ao laboratório já infectada com flora inespecífica, naturalmente por falta de exacto cumprimento das instruções de colheitas (asepsia pouco rigorosa, etc.), o que também dificulta, extraordinariamente, o isolamento de brucelas (8), (11), (20), (25), (27), (29), (33), (40), (43), (60), e (64); etc..

E é preciso notar, finalmente, que estes isolamentos se conseguiram numa série de doentes em fases muito desiguais de brucelose, com uma percentagem elevada de casos crónicos, larvados e subclínicos (onde, como se sabe, os isolamentos a partir do sangue são muito raros e extremamente difíceis). Trata-se, portanto, de uma série de casos muito desiguais e em que, por este e pelos outros motivos acima apontados,

nunca se poderiam conseguir, mesmo nos melhores laboratórios de bacteriologia e com os mais experimentados investigadores do assunto, elevadas percentagens de isolamentos (4), (8), (11), (12), (15), (16), (18), (20), (22), (25), (27), (29), (32), (33), (36), (40), (43), (45), (57) e (60). Julgamos, assim, ser bastante razoável a nossa percentagem de 46 % de resultados positivos, nesta série dos 144 doentes com bruceloses nas mais diversas fases da sua evolução.

Como, apesar de todos estes inconvenientes, que são, pela grande maioria dos autores, reconhecidos como dificultando muito o isolamento de brucelas, obtivemos uma percentagem de isolamentos muito razoável (mesmo nos melhores laboratórios de bacteriologia de todo o mundo (1), (2), (3), (4), (5), (7), (8), (9), (11), (12), (15), (17), (18), (20), (22), (25), (26), (27), (28), (29), (32), (33), (34), (36), (37), (38), (39), (40), (41), (43), (44), (45), (47), (48), (51), (53), (56), (57), (59), (60) e (64)), supomos poder concluir, sem receio, que o nosso método foi, além de prático e económico, eficaz e, portanto, um método a seguir em Saúde Pública.

C) — *Percentagem de isolamentos quanto ao sexo dos doentes*

Dos 66 doentes em que se isolaram brucelas: 44 eram homens e 22 eram mulheres. Podemos ver no quadro seguinte (Quadro II) as percentagens corrigidas de isolamentos, no total e por sexos, em relação ao total de indivíduos estudados:

QUADRO II

Percentagens de isolamentos de brucelas em relação ao sexo e ao número total de indivíduos em que se estabeleceu o diagnóstico de brucelose

Sexos	Número de doentes em que se isolaram brucelas		Número de doentes em que se estabeleceu o diagnóstico de brucelose		Percentagens corrigidas de isolamentos em relação ao sexo e ao total de indivíduos com brucelose
	Número	%	Número	%	
Masculino . . .	44	66,65%	90	62,50%	48,88 %
Feminino . . .	22	33,33%	54	37,50%	40,74 %
Totais . . .	66	99,99%	144	100,00%	45,83 %

Como se verifica por este quadro, não só foi mais elevado o número de homens em que se isolaram brucelas (44 homens e 22 mulheres); como também as percentagens corrigidas indicam, apesar de serem relativamente pequenos os nossos números, o sexo masculino como aquele em que mais isolamentos se conseguiram (48,88 % no sexo masculino e 40,74 % no sexo feminino).

Estes resultados correspondem, de resto, aos dados do Serviço de Profilaxia das Doenças Infecciosas e Sociais da Direcção Geral de Saúde e aos dados colhidos pelo inquérito epidemiológico de 1950 ⁽⁵⁴⁾ e ⁽⁶¹⁾ que nos mostram ser, entre nós como nos restantes países, o sexo masculino aquele que é mais atingido pela brucelose, sobretudo em meio rural ⁽⁵⁴⁾, não devendo esquecer-se que, entre nós, a doença tem uma distribuição sobretudo rural ⁽¹³⁾, ⁽¹⁴⁾, ⁽³⁵⁾, ⁽⁵⁰⁾, ⁽⁵²⁾, ⁽⁵⁴⁾, ⁽⁵⁹⁾, ⁽⁶¹⁾ e ⁽⁶²⁾ e que, na sua grande maioria, as nossas colheitas foram feitas em doentes desse meio.

D) — *Distribuição do número de isolamentos pelos produtos (sangue, coágulos, liquor) de que se conseguiram isolamentos e Percentagens de isolamentos em relação ao número de produtos semeados e ao número de doentes*

Foram conseguidos, em relação aos produtos semeados, os seguintes isolamentos:

a) Isolamentos de brucelas conseguidos a partir do sangue total (hemoculturas)	53
b) Isolamentos de brucelas conseguidos a partir do coágulo sanguíneo esmagado	19
c) Isolamentos de brucelas conseguidos a partir do líquido céfalo-raquidiano	1
Total de isolamentos	73

Não estranhámos não ter tido isolamentos de brucelas a partir da urina nem de corrimento vaginal, visto que na nossa série só fizemos uma cultura de cada um desses produtos.

Não é de estranhar que o maior número de isolamentos, 53, se tenha feito a partir de hemoculturas, visto terem constituído estas a grande maioria das culturas feitas. Mas devemos salientar que também não foi pequeno o número de isolamen-

tos, 19, conseguidos a partir de coágulos sanguíneos. Realmente, se em 36,30 % das hemoculturas de sangue total se isolaram brucelas, também se isolaram brucelas em 33,33 % das culturas de coágulos sanguíneos, número este que é, como se vê, muito próximo daquele.

Para comparação destas e de outras percentagens de isolamentos em relação ao número de produtos semeados e ao número de doentes, ver o quadro seguinte (Quadro III).

E) — *Isolamentos conseguidos a partir de coágulos sanguíneos esmagados*

Como vimos pelo quadro anterior, a percentagem de isolamentos positivos entre as culturas de sangue total—hemoculturas — (36,30 %) e as culturas de coágulos sanguíneos (33,33 %) são muito aproximadas, embora, realmente, as hemoculturas pareçam apresentar, neste quadro, uma percentagem ligeiramente superior.

Claro que este resultado não é de estranhar, porque: enquanto nós fizemos hemoculturas em quase todos os casos em que se suspeitava de brucelose e no-las pediam (tivessem ou não febre, fossem positivas ou negativas as soroaglutinações, etc.), já só semeávamos, em regra, os coágulos de sangues com reacção de Huddleson ou de Wright positiva superior a 1/80-1/100. Por isto e porque se trata de números muito pequenos, não podemos nem queremos concluir nada de definitivo a este respeito com os nossos resultados, mas julgamos ter, pelo menos, mostrado o interesse prático de se fazerem estas culturas de coágulos sanguíneos para isolamento de brucelas, a partir de sangues que revelem anticorpos anti-brucélicos com títulos razoáveis.

Em alguns laboratórios de Saúde Pública dos U.S.A., estas culturas fizeram-se, como rotina, nos coágulos de todos os sangues enviados para reacções de sorologia das bruceloses e, em alguns até, se fizeram estas culturas nos coágulos dos sangues enviados para toda e qualquer reacção sorológica (8), (20), (22), (25), (27), (33), (36), (37), (39), (40), (47), (51) e (64). Já a experiência provou, entretanto, nesses laboratórios, que, de maneira geral, só se podem esperar isolamentos positivos quando os coágulos semeados correspondem a soros que reve-

QUADRO III

Percentagem de isolamentos de brucelas em relação aos produtos semeados, por culturas e por doentes (durante cerca de um ano no Laboratório de Bacteriologia Sanitária do Instituto Superior de Higiene)

Produtos a partir dos quais se tentou o isolamento de brucelas	Número total de culturas feitas	Número de estirpes de brucelas isoladas			Número de doentes correspondentes às culturas feitas	Número de doentes em que se conseguiram os isolamentos de brucelas	
		Número absoluto	Percentagem em relação ao número total de culturas feitas			Número absoluto	Percentagem em relação ao número total de doentes
Sangue total (Hemoculturas) . . .	146	53	36,30 %	—	113	46	40,70 %
—	—	—	—	Casos em que se fizeram, para cada doente, culturas de sangue total e de coágulo sanguíneo.	27	4	(*)
Coágulo sanguíneo (esmagado) . .	57	19	33,33 %	—	30	15	50,00 %
Líquido cefalorraquidiano	2	1	(*)	—	2	1	(*)
Urina	1	0	—	—	1	0	—
Corrimento vaginal	1	0	—	—	1	0	—
Totais	207 culturas	73 isolamentos positivos	35,26 %	—	174 doentes	66 doentes com isolamentos positivos	37,93 %

(*) Trata-se de números demasiado pequenos para que possa ter interesse o cálculo das respectivas percentagens.

lem, por reacções sorológicas, títulos de anticorpos antibrucélicos superiores a 1/80-1/100, pelo menos (8), (20), (22), (25), (27), (29), (33), (36), (37), (39), (40), (47), (50), (51), (60) e (64).

Os 57 coágulos por nós semeados correspondiam, na sua grande maioria, a soros com títulos anti-brucélicos elevados; e só nos que a títulos elevados correspondiam se isolaram brucelas. As culturas dos que correspondiam a soros de título baixo foram sempre negativas.

Pensamos, portanto, que vale a pena a sementeira em caldo-de-triptose de todos os coágulos sanguíneos correspondentes a soros com títulos anti-brucélicos iguais ou superiores a 1/80-1/100. E se em mais casos não fizemos, além das simples hemoculturas, tais culturas de coágulos, é porque nos faltou tempo e material para a sua execução.

F) — *Isolamento conseguido a partir do liquido céfalo-raquidiano*

A partir do liquido céfalo-raquidiano, fizemos duas culturas (em caldo-de-triptose), em dois doentes, ambos do sexo masculino e ambos com queixas meníngeas além das da sua brucelose.

Uma dessas culturas foi feita a partir de um liquor proveniente de um doente que já sofrera uma brucelose aguda, há uns meses, da qual se curara, clinicamente, pela aureomicina e que apresentava queixas discretas de uma provável recidiva mas com sinais de meningismo. Essa cultura foi negativa, bem como a hemocultura do mesmo doente.

A outra cultura dizia respeito a um rapaz de 16 anos que adoecera com brucelose aguda no concelho de Cadaval e que já tinha um isolamento de *Brucella melitensis*, conseguido por nós a partir de uma hemocultura. Este doente veio tratar-se para Lisboa, para o Hospital de Curry Cabral, onde lhe foi feita uma punção raquidiana para colheita de liquor, em vista de claras queixas de meningite que ele apresentou no decurso da evolução da sua brucelose (42). Esse liquido céfalo-raquidiano, semeado em caldo-de-triptose, permitiu o subsequente isolamento de um microrganismo do género *Brucella* que classificámos como *B. melitensis*.

De passagem, diremos que este doente ficou clinicamente curado da sua meningite por brucelas, bem como de todas as suas outras queixas, depois de ter sido tratado com terramicina e estreptomina (*).

G) — *Resultados das colheitas em dois frascos, por cultura*

A propósito das hemoculturas e da quantidade de sangue a colher, já atrás se disse que, como está estabelecido e é óbvio, quanto maior for a quantidade de sangue colhida, maiores probabilidades existem de se conseguir o isolamento, sendo isto particularmente importante nas formas crónicas em que, por ser nelas mais escassa e mais rara a brucelémia, mais difíceis são esses isolamentos.

No nosso caso, sempre que se tratava de indivíduos em que, por um motivo ou outro, pensávamos ser mais difícil o isolamento de brucelas, como só dispunhamos de pequenos frascos que não podiam comportar mais do que 10 c.c. de sangue e 40 c.c. de caldo-de-triptose, vimo-nos obrigados, nesses casos, a colher, de cada vez, 20 c.c. de sangue que distribuíamos por dois frascos, frascos esses que, na nossa estatística, contaram sempre como uma única colheita e uma única cultura. E, se de ambos os frascos assim semeados se isolavam brucelas, só contávamos apenas, num caso desses, um único isolamento.

Adoptámos este procedimento de colheita de 20 c.c. (para dois frascos), em 28 doentes. Embora alguns desses 28 doentes sofressem de brucelose aguda, na sua maioria tratava-se de doentes em que se suspeitavam formas crónicas, larvadas, discretas, subclínicas ou até inaparentes de brucelose. Os resultados, nesses 28 casos particulares de hemoculturas, em que se semeou o dobro da quantidade de sangue que habitualmente semeávamos, foram os seguintes:

(*) Doente do Dr. Cristiano Nina (42).

QUADRO IV

Doentes em que se fizeram hemoculturas de dois frascos (por cada cultura)

Número de doentes	CULTURAS POSITIVAS				CULTURAS NEGATIVAS	
	Total de culturas positivas		Positivas nos dois frascos	Positivas só num frasco	Número	%
	Número	%				
28	15 doentes	53,57 %	9 doentes	6 doentes	13 doentes	46,43 %

Como se verifica por estes números, julgamos ter conseguido, nestes casos, uma percentagem de isolamentos relativamente elevada (53,57 %), se atendermos a que se tratava de uma série de casos considerada «má» ou difícil para isolamento de brucelas.

Esta percentagem particular de isolamentos é mesmo mais elevada do que a percentagem global considerada para todas as hemoculturas em geral (40,70 %, percentagem atrás apontada no Quadro III).

H) — *Número de isolamentos em cultura pura*

Ainda a propósito das 73 estirpes de brucelas isoladas, não queremos deixar de salientar que só 53 estirpes (72,60 %) foram isoladas em cultura pura do meio líquido de caldo-de-triptose (que não tinha, pois, sofrido qualquer inquinação nesses 53 casos); as restantes 20 estirpes (27,39 %) foram isoladas em cultura pura só por repicagem em meios sólidos, visto se terem desenvolvido em meios líquidos que vinham já conspurcados por flora inespecífica desde o momento da colheita, tendo sido, portanto, nestes 20 casos, mais difícil e, sobretudo, mais demorado o seu isolamento em cultura pura.

I) — *Resultados da reacção de Huddleson nos doentes em que se isolaram brucelas*

A propósito dos resultados dos exames sorológicos específicos (reacções de Huddleson) nos doentes de que isolámos

brucelas, não queremos deixar de abordar algumas breves considerações (Ver quadro V).

QUADRO V

Distribuição dos indivíduos de que se isolaram brucelas pelos resultados das respectivas reacções de Huddleson

Resultado de reacção de soroglutinação de Huddleson	Número de doentes de que se isolaram brucelas, distribuídos segundo os resultados das respectivas reacções de Huddleson	
	Número	Porcentagem
Negativo	2	3,03%
Positivo a 1/20	0	—
Positivo a 1/40	0	—
Positivo a 1/80	2	3,03%
Positivo a 1/160	11	16,66%
Positivo a 1/320 ou superior	46	69,69%
Desconhecido	5	7,57%
Totais	66 doentes	99,98% (100%)

Como se verifica por este quadro, a grande maioria dos indivíduos de que se isolaram brucelas tinha uma reacção de Huddleson positiva a um título de 1/320 ou superior; é esta, realmente, a regra e é, portanto, esta concordância o achado mais frequente em tais comparações (8), (9), (11), (13), (14), (15), (18), (19), (20), (22), (27), (29), (31), (32), (33), (34), (37), (39), (40), (43), (44), (47), (50), (51), (56), (58), (60) e (64).

Vemos, ainda, por este quadro, que é possível o isolamento de brucelas em indivíduos com títulos sorológicos mais baixos, ainda que isso se verifique já em menor percentagem; e constatámos o facto, já conhecido como possível, embora raro, de que até em indivíduos com reacções sorológicas negativas se podem isolar brucelas (2), (5), (8), (14), (20), (25), (27), (29), (31), (37), (40), (47) e (53).

Na nossa série de 66 doentes, com 73 isolamentos de brucelas, temos dois casos (3,03 % dos casos em que se conseguiu

ram isolamentos de brucelas, ou 1,14% de todos os casos da série com culturas feitas) em que se isolaram brucelas por hemocultura, sem anticorpos específicos no sangue. Apesar do isolamento de brucelas, em qualquer destes casos, todas as reacções de soroaglutinação, não só a reacção rápida em lâmina (de Huddleson) como também a reacção lenta em tubo (de Wright), foram sempre, persistentemente, negativas, sem que essa negatividade se pudesse atribuir a fenómenos de pro-zona (8), (13), (25), (27), (37) e (60) ou à existência de anticorpos bloqueantes (8), (13), (25), (27), (37) e (40), visto se ter procedido, nestes dois casos, de maneira a evitar tais fenómenos nas reacções serológicas que se lhes fizeram.

Em um dos casos, tratava-se de uma mulher sofrendo de brucelose desde há, pelo menos, um ano e que apresentava e apresenta ainda a particularidade de uma coincidência de reacções sorológicas específicas sempre negativas, com provas intradérmicas (à «Mélite» — antigénio de *Brucellae* do Instituto Pasteur de Paris para intradermoreacção) sempre fortemente positivas. Tinha sintomas clínicos extremamente sugestivos de brucelose (até já com sequelas de tipo reumatoide) desde há cerca de um ano e, logo na primeira das duas hemoculturas que lhe fizemos, se isolaram brucelas.

No outro caso, também de uma mulher, o isolamento de brucelas por hemocultura constituiu, para nós, uma surpresa ainda maior do que o primeiro caso, visto se tratar de uma mulher que tinha apenas umas vagas queixas imprecisas, já com mais de um ano, acompanhadas de febre de tipo irregular, bem como discretas queixas ginecológicas e que tinha sido tratada, sem êxito, por inúmeras doenças. Entretanto, sempre foram e continuam sendo persistentemente negativas, não só as reacções sorológicas para diagnóstico de brucelose (Wright e Huddleson) — apesar de se ter procedido de modo a evitar os falsos resultados que nos podiam ser dados por hipotéticos fenómenos de «pró-zona» ou por possíveis «anticorpos bloqueantes» (5), (8), (13), (27), (29), (31), (37), (39), (40), (53), (59), (60) e (64); bem como todas as provas intradérmicas com diferentes antigénios brucelares. A propósito deste caso, não queríamos deixar de apontar que diversas sementeiras (em gelose-tripose com violeta de cristal) do corrimento

vaginal desta doente foram sempre negativas, bem como o foram as subsequentes hemoculturas.

J) — *Casos clínicos mais interessantes, entre os doentes de que isolámos brucelas*

Embora saindo do âmbito e objectivo deste nosso trabalho e apenas a título de curiosidade e de passagem, não queríamos terminar a nossa exposição sem citar, ainda que muito brevemente, aqueles poucos casos de isolamento de brucelas que julgamos mais curiosos sob o ponto de vista clínico (6), (14), (35), (42), (52) e (61).

Na sua grande maioria, os doentes em que se isolaram brucelas sofriam de brucelose típica, aguda ou crónica, já facilmente diagnosticada clinicamente. Não era esse, entretanto, o caso de uma pequena minoria de doentes em que a brucelose foi apenas clinicamente suspeitada ou nem sequer suspeitada foi, sendo as análises feitas, nesses casos, não para simples confirmação mas sim para esclarecimento do problema clínico. É, de entre esses, que, por os julgarmos mais interessantes, citamos os seguintes:

O caso de um homem de vinte e poucos anos, internado nos H. C. L. com o diagnóstico de cirrose hepática. Tratava-se de um pastor do concelho de Valpaços, onde adoeceu há pouco mais de um ano com umas febres irregulares que foram tratadas primeiro como «sezões» e depois como «febres intestinais». Tendo melhorado, veio para Lisboa onde se empregou como operário e onde passou cerca de uns 8-10 meses sem quaisquer queixas. Ao fim desse tempo, adoeceu de novo, agora com queixas muito diferentes: icterícia, febre elevada de tipo séptico, mau estado geral; como não melhorasse com os tratamentos feitos em clínica ambulatória, acabou por se dirigir ao Banco dos H. C. L. e ser, por lá, internado no Hospital de Arroios, com o diagnóstico de cirrose hepática de etiologia possivelmente alcoólica, atendendo-se, neste diagnóstico, aos hábitos do doente. Como as provas do funcionamento hepático indicassem claro comprometimento do fígado, como seria de esperar num caso de cirrose, o doente começou a ser tratado em conformidade com o seu diagnóstico, sem que, entretanto, melhorasse, tendo-lhe surgido mesmo, pouco depois, ascite.

Entretanto, por causa da febre sempre elevada, fizeram-se outras pesquisas no sentido de a esclarecerem e, entre as numerosas análises feitas, fez-se, também uma reacção sorológica para pesquisa de aglutininas anti-brucela (r. de Huddleson), que foi positiva a um título superior a 1/500. Fizemos, então, por pedido do seu médico assistente (Dr. Xavier Morato), imediatamente uma hemocultura em caldo-de-triptose a este doente, na altura de um acme febril e, logo após dois dias de incubação na estufa, sob microaerofilia, isolámos uma brucela que identificámos como *B. melitensis*. Convencido o médico assistente de que o seu doente sofria de uma brucelose já antiga e agora com localização visceral no fígado, iniciou uma terapêutica pela terramicina que lhe fez desaparecer rapidamente a febre, a icterícia e a ascite e que melhorou extraordinariamente o estado geral do doente. É interessante notar-se que, poucas semanas depois, todas as provas de funcionamento hepático se normalizaram e que o doente, dado por curado depois, não manifestou, até agora (e já lá vai quase um ano), qualquer recidiva da sua brucelose, nem qualquer desagradável consequência da sua localização visceral.

Os outros casos que julgamos serem, também, clinicamente interessantes, já foram, por esse ou outro motivo, referidos neste nosso trabalho ou em outros (14) e (42). Seremos, por isso, ainda mais breves na sua apresentação.

Um deles é o caso de um rapazito do Cadaval que, na fase de defervescência de uma brucelose aguda, manifestou sintomas claros de meningite, tendo sido, então, possível isolar-lhe *B. melitensis* do liquor; este doente curou-se, também por completo, com terramicina e estreptomycin (42). Reputamos interessante este caso, visto ser um dos poucos casos no mundo em que se pode afirmar ter havido, com certeza, uma meningite por brucelas, em vista do isolamento conseguido a partir do líquido céfalo-raquidiano, o que raramente se tem conseguido, como já dissemos (2), (8), (27), (28), (37), (42) e (46).

Os outros, são os dois casos em que as reacções sorológicas para o diagnóstico de brucelose foram sempre negativas, tendo-se, apesar disso, isolado *B. melitensis* do sangue de qualquer dos doentes em questão. Mas sobre estes dois casos nada mais diremos, visto termos, justamente, acabado de os

citar e discutir no sub-capítulo precedente. Repetimos, sem comentar (porque isso nos levaria muito longe e para fora do fim principal deste trabalho), apenas os pontos que pensamos serem mais «interessantes», por serem justamente mais raramente encontrados: 1) no primeiro caso, de resto um caso de brucelose de diagnóstico clínico relativamente fácil, com queixas do tipo reumatóide, a discrepância entre as provas cutâneas fortemente positivas e o isolamento da *B. melitensis*, por um lado, e a negatividade constante das provas sorológicas por outro; 2) no segundo caso, a persistente negatividade, não só das provas sorológicas como também das provas intradérmicas, apesar do isolamento da *B. melitensis* a partir do sangue.

K) — *Distribuição geográfica dos doentes em que se isolaram brucelas pelos locais do País em que viviam (distribuição por concelhos, distritos e províncias)*

Visto que o número de doentes em que se fizeram culturas para isolamento de brucelas foi extremamente variável de concelho para concelho, sem qualquer relação com o respectivo número de casos de brucelose ou com o respectivo número de habitantes dos concelhos, o Quadro VI e o Cart. 2 (Fig. 29) que se seguem, apenas nos mostram que os doentes em que conseguimos isolamentos de *B. melitensis* se estendem, quanto ao local onde vivem e onde se presume que contraíram a brucelose, de um extremo ao outro do País.

De uma maneira geral, aqueles concelhos onde se conseguiram mais isolamentos foram aqueles em que, por um motivo ou outro, conseguimos fazer mais hemoculturas. Não é, pois, de estranhar que tenha sido em Lisboa que tenhamos o maior número de isolamentos.

Tivemos, ainda, a aumentar-nos o número de isolamentos em Lisboa, o facto de se ter verificado em 1951, na capital, nas zonas da Junqueira e de Belém, um foco relativamente importante de brucelose, tendo sido feitas culturas a um grande número de doentes desse foco (14), (42), (54) e (61).

A distribuição dos doentes de que se isolaram brucelas, por concelhos e respectivos distritos e províncias do País, encontra-se no Quadro VI:

QUADRO VI

Doentes de que se isolaram «*B. melitensis*», distribuídos pelos concelhos, distritos e províncias de Portugal, em que viviam e adoeceram

Concelhos do País em que se conseguiram isolamentos de brucelas a partir de doentes (que habitavam e adoeceram nesses concelhos)	Número de doentes em que se conseguiram os isolamentos, distribuídos pelos respectivos concelhos	Número de estirpes isoladas, correspondentes (todas classificadas como <i>Brucella melitensis</i>)	Distritos respectivos, com o respectivo número total de doentes em que se conseguiram isolamentos	Províncias portuguesas correspondentes
Bragança Macedo de Cavaleiros Vila Flor	4 doentes 2 doentes 1 doente	5 estirpes 2 estirpes 1 estirpe	Bragança (7 doentes)	
Valpaços Alijó Murça	1 doente 1 doente 1 doente	1 estirpe 1 estirpe 1 estirpe	Vila Real (3 doentes)	Trás-os-Montes e Alto Douro
Armamar Vila Nova de Paiva	4 doentes 1 doente	4 estirpes 1 estirpe	Viseu (5 doentes)	
Guarda Gouveia	1 doente 1 doente	1 estirpe 2 estirpes	Guarda (2 doentes)	Beira Alta
Castelo Branco	1 doente	1 estirpe	C. Branco (1 doente)	Beira Baixa
Mação Alcanena Constância	1 doente 1 doente 1 doente	1 estirpe 1 estirpe 2 estirpes	Santarém (3 doentes)	Ribatejo
Pombal Leiria Caldas da Rainha Óbidos Bombarral	3 doentes 2 doentes 1 doente 3 doentes 1 doente	3 estirpes 2 estirpes 1 estirpe 3 estirpes 1 estirpe	Leiria (10 doentes)	Beira Litoral
Cadaval Torres Vedras Sobral de M. Agraço Lisboa	5 doentes 2 doentes 1 doente 22 doentes	6 estirpes 2 estirpes 2 estirpes 22 estirpes	Lisboa (30 doentes)	Estremadura
Redondo	1 doente	2 estirpes	Évora (1 doente)	Alto Alentejo
Monchique Tavira Silves	2 doentes 1 doente 1 doente	2 estirpes 1 estirpe 2 estirpes	Faro (4 doentes)	Algarve
<i>Totais</i> (27 concelhos)	66 doentes	73 isolamentos de « <i>B. melitensis</i> ».	(10 distritos)	(8 províncias)

CARTOGRAMA 1

A BRUCELOSE HUMANA EM PORTUGAL

Distribuição do número médio anual de casos, por concelhos

Inquérito da Direcção Geral de Saúde de 1950

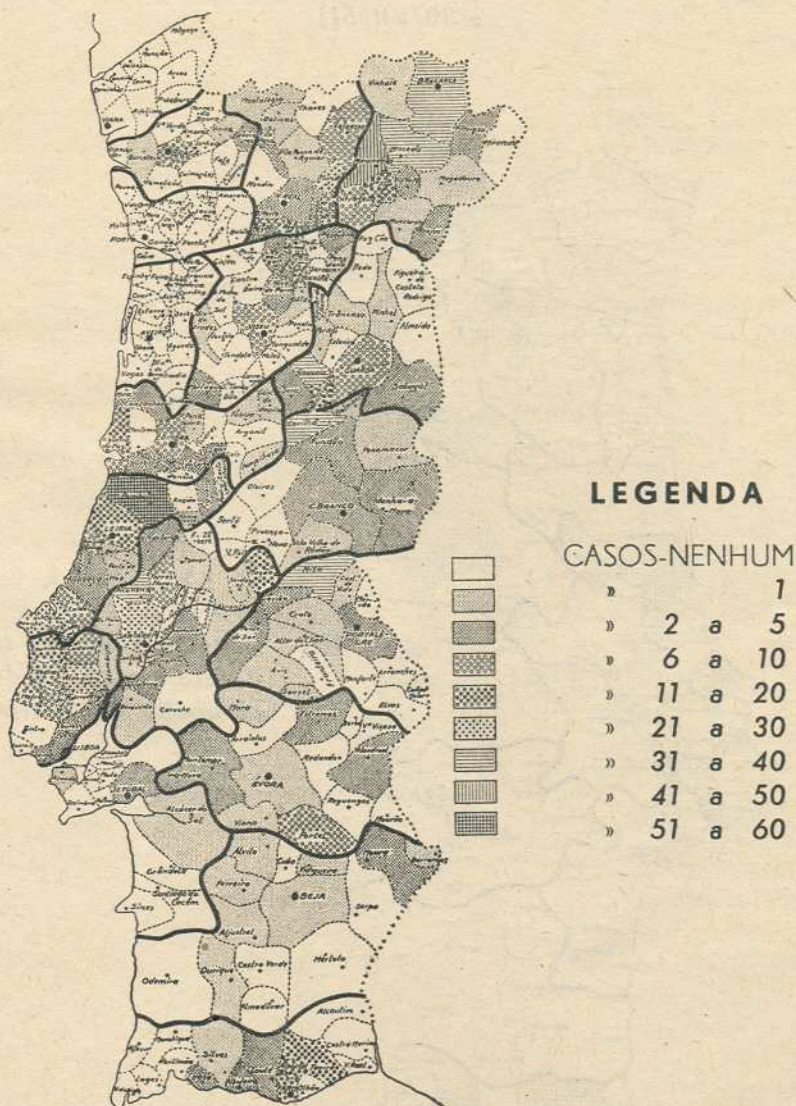
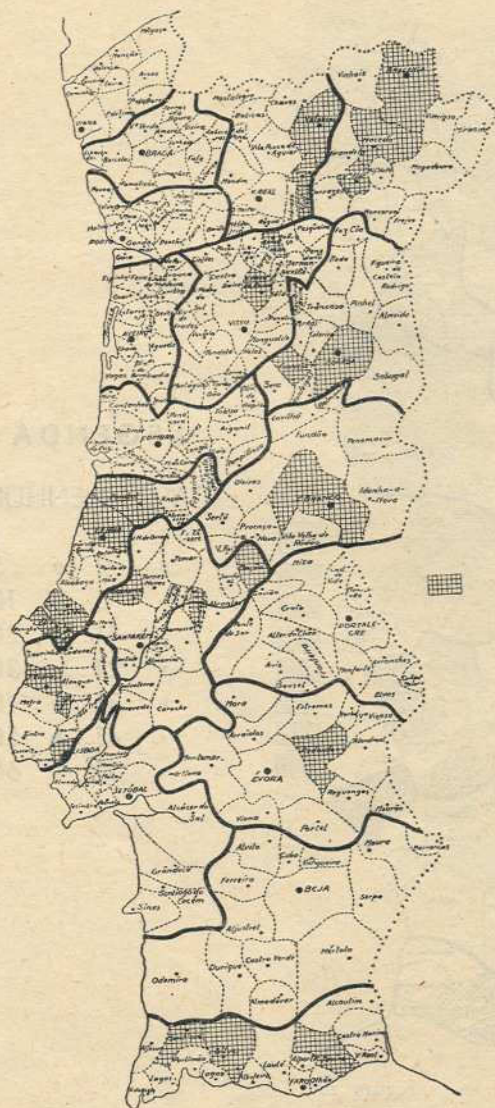


Figura 28

CARTOGRAMA 2

MAPA DE PORTUGAL

Concelhos do País onde viviam e adoeceram doentes de que se isolaram estirpes de *Brucella melitensis*, no Laboratório de Bacteriologia Sanitária do Instituto Superior de Higiene (26/VI/50 a 30/VII/51)



LEGENDA


 Concelhos em que se isolaram estirpes de «*Brucella melitensis*».

Figura 29

Por nos parecer que tem interesse, juntamos a este trabalho um cartograma (Fig. 29) (54) que nos mostra a incidência da brucelose humana em Portugal, por concelhos, segundo o inquérito epidemiológico da D. G. S. em 1950 (*) (54) e (61). Se compararmos este com aquele que nos mostra o número e a distribuição geográfica dos doentes de que isolámos brucelas (cartograma 2), verificamos que, praticamente, em cada um dos principais focos de endemia de doença, se conseguiram isolar brucelas (sempre classificadas como *B. melitensis*), em um ou mais doentes de cada um daqueles focos.

Julgamos poder concluir, em face destes números e da sua distribuição, que em Portugal, em cada um dos diversos focos de endemia do País (desde os de Trás-os-Montes, ao Norte, até aos do Algarve, no Sul; e desde os da Estremadura, a Oeste, até aos das Beiras, a Leste) é a *Brucella melitensis* a espécie que, se não exclusivamente pelo menos com muito maior frequência, infecta a população portuguesa.

IV — AGRADECIMENTO

Não queremos terminar este trabalho sem muito agradecer a todos os Ex.^{mos} Delegados, Adjuntos e Subdelegados de Saúde a colaboração que nos prestaram em todo o País, colhendo sangue aos doentes com brucelose ou com suspeitas de brucelose e manifestando a melhor boa vontade e cooperação nessas colheitas e no seu envio para o I. S. H., no mais breve espaço de tempo possível. Sabemos bem que, para muitos, essas colheitas representaram trabalho (pela procura dos doentes, deslocamento, persuasão junto dos doentes e familiares, etc.) a que nunca fugiram. A todos, os nossos sinceros agradecimentos.

Queríamos destacar, neste nosso agradecimento, o Ex.^{mo} Sr. Dr. Eugénio Mac-Bride, Director do Serviço de Isolamentos do Hospital de Curry Cabral pelas facilidades concedidas

(*) Este cartograma foi elaborado com resultados do inquérito da D. G. S. feito em 1950, sob a orientação do Ex.^{mo} Director Geral de Saúde, Dr. Augusto da Silva Travassos, pelo Serviço de Profilaxia das Doenças Infecciosas e Sociais da Direcção Geral de Saúde (Dr. Augusto Braga de Castro Soares) (54) e (61).

e especialmente o Sr. Dr. Cristiano Nina, Adjunto do Delegado de Saúde de Lisboa, bem como os seus colaboradores no Hospital de Curry Cabral, que nos deram a sua melhor cooperação nas colheitas feitas aos doentes internados naquele hospital e nos forneceram todos os elementos de interesse para a sua investigação.

Ao Ex.^{mo} Sr. Dr. Xavier Morato os nossos agradecimentos também, pela boa colaboração prestada no Hospital de Arroios.

E, finalmente, queríamos expressar o nosso reconhecimento aos Ex.^{mos} Srs. Director Geral de Saúde, Dr. Augusto Travassos, Inspector Superior de Epidemias, Dr. Augusto de Castro Soares e Director do Instituto Superior de Higiene, Dr. Fernando Correia, que tornaram possível este nosso trabalho, prestando-nos sempre todas as ajudas e facilidades de que necessitámos, no decurso das recentes investigações sobre a brucelose humana em Portugal.

RESUMO E CONCLUSÕES

Durante cerca de um ano, em 207 culturas feitas em meio de triptose «Difco», de produtos (sangue, liquor, urina, etc.) de 174 doentes dispersos por todo o País, os A.A. isolaram 73 estirpes de brucelas, em 66 indivíduos. Todas as estirpes isoladas foram classificadas como *Brucella melitensis*.

Os meios para as hemoculturas foram semeados no local pelo médico assistente, o que, evitando quer o deslocamento do pessoal de laboratório até junto dos doentes quer o contrário, torna este método económico e prático e, portanto, um método a seguir pelos nossos serviços de Saúde Pública.

Só em 144 doentes foi possível estabelecer o diagnóstico de brucelose, o que dá uma percentagem de isolamentos de cerca de 46 %, em relação ao número total de doentes de brucelose com culturas.

Nesta série, encontram-se dois casos em que se isolou *B. melitensis*, mas em que não foi possível revelar a presença de anticorpos circulantes antibrucélicos (apesar de se ter procedido de maneira a evitar fenómenos de prozona e de bloqueio, por anticorpos hiperimunes); pelo que se aconselha a que se faça, sempre que possível, a hemocultura para o seguro diagnóstico laboratorial da doença.

Além das hemoculturas banais, fizeram, os A.A., culturas de coágulos sanguíneos esmagados, provenientes de sangues de doentes com suspeita clínica de brucelose, que revelavam, pela reacção de Huddleson, anticorpos antibrucélicos em título igual ou superior a 1/80. Aconselham este método como simples, prático e de resultados bastante razoáveis em tentativas de isolamento de brucelas, a partir do sangue de indivíduos doentes.

Só muito excepcionalmente se fizeram, ainda, culturas de líquido céfalo-raquidiano, de urina e de corrimento vaginal.

Em um caso, isolou-se uma estirpe de *Brucella melitensis* do líquido céfalo-raquidiano de um doente brucelósico com queixas de meningite. Este doente curou-se pela terramicina, sem deixar quaisquer sequelas.

Das restantes 72 estirpes isoladas, 53 foram-no a partir de culturas de sangue total e 19 de culturas do coágulo sanguíneo (de sangues com reacções sorológicas específicas positivas a um título superior a 1/80).

Pelo que julgam os A.A. poder concluir:

1.º — Que a sementeira feita no local pelo médico assistente é um método satisfatório, a aplicar pelos serviços nacionais de Saúde Pública.

2.º — Que a espécie de brucela dominante, senão a única, que infecta a população portuguesa é a *Brucella melitensis*, dado que lhes parece importante para a elaboração de um programa racional para o combate à brucelose em Portugal.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Avec les produits biologiques de 174 malades de localités diverses du Pays et pendant presque une année, les AA. ont fait 207 cultures, utilisant un milieu de bouillon-triptose «Difco»; en 66 malades, 73 souches de *Brucella* ont été isolées. Les milieux pour les cultures ont étéensemencés chez les malades, par le médecin assistant. Les souches isolées ont été classifiées, toutes, comme *Brucella melitensis*.

Le diagnostic de brucellose a été établi sur 144 malades seulement, ce qui donne un pourcentage d'isolements de presque 46 % sur le nombre total de malades.

Dans cette série, les AA. ont trouvé deux cas dans lesquels on n'a pas rencontré d'anticorps circulants. En conséquence, pour les AA., l'hémoculture c'est, autant que possible, le procédé de choix pour le diagnostic de laboratoire de la maladie.

Dans un cas de méningite, les AA. ont isolé une souche de *Brucella melitensis*, à partir du liquide céphalo-raquidien du malade, qui a été complètement guéri par la «terramicine».

Les autres 72 souches ont été isolées de la façon suivante: 53 de cultures de sang total et 19 de culture de caillot sanguin. Ces dernières cultures ont été faites du sang de malades avec un titre d'agglutinines antibrucelliques supérieur à 1/80.

En conclusion:

1.° — L'ensemencement sur place, par le médecin assistant, c'est une méthode satisfaisante et suffisante pour le diagnostic bactériologique de la brucellose, dans les services de Santé Publique.

2.° — L'espèce de *Brucella* humaine entièrement ou presque entièrement dominante au Portugal, c'est la *Brucella melitensis*, ce que les AA. jugent d'importance pour l'élaboration d'un programme raisonnable pour la lutte contre la maladie, dans le Pays.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

For about a year, in 207 cultures in «Difco» Triptose broth medium, from products of 174 patients collected from all over the country, 73 strains of *Brucella* were isolated from 66 patients. Every strain isolated was classified as *Brucella melitensis*. The medium for the hemoculture was inoculated in the place where the patient lived, by his private doctor.

Diagnosis of Brucellosis was possible to ascertain only in 144 patients. This gives a percentage of positive cultures of nearly 46 % in relation to the total number of patients.

In two cases of this series, circulatory antibodies was not found; owing to this the AA. think advisable to make the hemocultures whenever possible.

In one case, a strain of *Brucella melitensis* was isolated from the spinal fluid of a patient suffering from meningitis, who was cured by terramycin without «sequelae».

Of the others 72 strains, 53 were isolated from cultures of total blood and 19 from cultures of blood clot. These last cultures were made from bloods with specific agglutinin-titres above 1/80.

The AA., therefore, conclude:

1.° — That inoculation of the hemocultures media made at bedside, by the patient's private doctors, is a very satisfactory method to be used by the Public Health Service.

2.° — That *Brucella melitensis* is almost the only if not the only species of *Brucella* which infects the Portuguese population. The AA. think that this is an important fact for the elaboration of a program for the control of Brucellosis in Portugal.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Action internacional contra la brucellose. *Chron. de l'Organis. Mond. de la Santé*, 5 (5), 141; 1951.
- (2) AMOSS, H. L. — *Cecil's Textbook of Medicine*; Philadelphia, Saunders, p. 286; 1940.
- (3) AMOSS, H. L. and POSTON, M. A. — Cultivation of «*Brucella*» from the stools and bile. Further observation. *J. A. M. A.*, 95: 482; 1930.
- (4) AMOSS, H. L. — Localization of *Brucella*. *Internat. Clin.*, 4: 93; 1931.
- (5) BAKER, B. M., JR. — Undulant fever presenting clinical syndrome of intermitent hydrarthrosis. *Arch. Int. Med.*, 44: 128; 1929.
- (6) BETTENCOURT, NICOLAU DE — Le contrôle bacteriologique de la mélitococcie chez l'homme et chez les animaux. *Arquivos do Instituto Central de Higiene*, 1 (4): 339; Lisboa, 1915.
- (7) BISHOP, W. A., JR. — Vertebral lesions in undulant fever. *J. Bone and Joint Surg.*, 21: 665; 1939.
- (8) Brucellosis: a symposium under the Joint Auspices of National Institutes of Health of the Public Health Services. *American Association for the Advancement of Science*, Washington, D.C., 1949/50.
- (9) CARPENTER, C. M. — Brucellosis. *M. Clin. North America*, 27: 698; 1943.
- (10) CARRILLO CARDENAS, C. — Evolución del concepto terapeutico de la brucelosis en el Departamento de Investigaciones Médicas — México, D.F. *First Inter-Amer. Congress on Brucellosis*, 1946.
- (11) CASTAÑEDA, M., RUIZ, TOVAR, R. and CARRILLO CARDENAS, C. — Studies on brucellosis in Mexico: Comparative study of various diagnostic tests and classification of the isolated bacteria. *J. Infect. Dis.*, 70: 97; 1942.
- (12) CATTANEO, A. — A systematic investigation of bone marrow cultures in brucellosis. Several cases of clinical recovery with positive bone marrow culture. *Gazz. d'Osp.*, 61: 840, 1940 [citado por H. J. Harris—vidé (14)].
- (13) CAYOLLA DA MOTTA, L. A. C. R. — Dispersão de aglutininas anti-brucélicas na população portuguesa: Inquérito sorológico efectuado a 2.000 individuos mais ou menos uniformemente dispersos por todo o país. Resultado dos inquéritos clínico-epidemiológicos efectuados aos 75 casos com sorologia positiva. *Boletim do Inst. Sup. de Higiene Dr. Ricardo Jorge*, VI (33), 361; Lisboa, 1951.
- (14) CAYOLLA DA MOTA, L. A. C. R. — A brucelose como doença transmissível por hemoterapia. (Com citação, a propósito, de alguns dados epidemiológicos, serológicos e bacteriológicos sobre a brucelose em Portugal). *Comunicação apresentada ao IV Congresso Internacional de Transfusões de Sangue*, Lisboa, 1951; e em *Clínica, Higiene e Hidrologia*, vol. 17 (n.º 10), 229; Lisboa, Outubro de 1951.
- (15) CECIL, R. L. — Text-book of Medicine, 8th ed.. W. B. Saunders ed.; Philadelphia, 1948.
- (16) Centres F.A.O./O.M.S. de la brucellose. *Chron. de l'Organ. Mondial de la Santé*, 5 (6): 182; 1951.
- (17) COVENTRY, M. B. and others — Infection of the hip by *Brucella suis*. *J. A. M. A.*, 141: 320; 1949.
- (18) DALRYMPLE-CHAMPNEYS, W. — Undulant fever, a neglected problem. *The Lancet*, March 11 and 18, 1950, pp. 429 and 477; London, 1950.

- (19) EVANS, ALICE C. — Chronic brucellosis. *J. A. M. A.* 103: 665; 1934.
- (20) EVANS, ALICE C. — Brucellosis (Undulant fever). *Miscellaneous publication n.º 34 U.S. Publ. Health Service*, 1945.
- (21) EYRE, J. W. H. — The Milroy lectures on melitensis septicaemia (Malta ou Mediterranean fever) — *Lancet*, 1: 1747; 1908.
- (22) GAY, KATHLEEN and DAMON, S. R. — A yolk sac technique for the routine isolation of *Brucella*. Injections of clotted blood specimens into embryonated eggs with recovery of all three species. *Public. Health Reports*, 66 (38): 1204; 1951.
- (23) GOODPASTURE, E. W. and ANDERSON, K. — Problem of infection as presented by bacterial invasion of chorio-allantoic membrane of chick embryos. *Am. J. Path.*, 13: 149; 1939.
- (24) GOULD, S. E. and HUDDLESON, I. F. — Diagnostic methods in undulant fever (brucellosis) with results of a survey of 8124 persons. *J. A. M. A.*, 109: 1971; 1937.
- (25) Groupe mixte F.A.O./O.M.S. d'experts de la brucelose — Raports sur la première session (1951). *Organisation Mondiale de la Santé — Série de rapports techniques*, N.º 37; Genève, 1951.
- (26) HARDY, A. V., JORDAN, C. F. and BORTS, I. H. — Undulant fever, further epidemiological and clinical observation in Iowa. *J. A. M. A.*, 107: 559, 1936.
- (27) HARRIS, H. J. — Brucellosis (Undulant Fever) Clinical and Subclinical. 2th edition, New York, P. B. H. Hoeber edr., 1950.
- (28) HARTLEY G. A., MILLICE, G. S. and JORDAN, P. H. — Undulant fever meningitis, report of case with recovery. *J. A. M. A.*, 103: 259, 1934.
- (29) HUDDLESON, I. F. — Brucellosis in Man and Animals. New York, *Commonwealth Fund ed.*, 1943.
- (30) HUDDLESON, I. F. — Report of Committee on Bang's disease. Part I, 1932 Report of the 35th annual meeting of the U.S. Live Stok Sanitary Association. *Jour. Amer. Vet. M. Ass.*, 80: 323; 1932.
- (31) HUDDLESON, I. F. and MUNGER, M. — *Personal communication* (Nov. 15, 1946) — [citado por H. J. Harris — vide (27)].
- (32) ITHURRAT, E. F. — Brucellosis humana en la República Argentina. México, D. F., *First Inter-Amer. Congress on Brucellosis*, 1946.
- (33) JOHNSON, M. B. — Cultivation and isolation of *Brucella* in Alabama (mimeographed article). *Bureau of Laboratories, Alabama Dep. of Health*; 1947.
- (34) JORDAN, C. F. and BORTS, I. H. — Ocurrance of «*Brucella melitensis*» in Iowa. *J. A. M. A.*, 130: 72; 1946.
- (35) JORGE, RICARDO — La fièvre ondulante (au Portugal). *Bull. de l'Off. Intern. Hyg. Publ.*, VII: 225; Paris, 1915.
- (36) KABLER, P. and Mc LANAHAN, M. — A differencial study of forty *Brucella* strains isolated in Minnesota. *Am. J. Med.*, 2: 156; 1947.
- (37) KAPLAN, M. A. — Present knowledge of brucellosis (A summary). *Bull. of the World Health Organ.* 3 (2): 309; 1950.
- (38) LANGE, C. D. — «Cultura de *Brucella abortus* do fluido duodenal. Problema dos porta-brucelas». *Nederlander Tijdschrijf v. Geneeskunden*, 94: 377; Amsterdam, 1950 (resumo compilado de *J.A.M.A.*, 143: 1374; 1950).
- (39) LEHR, E. — Chronic brucellosis, a public health problem. *Illinois M. J.*, 86: 272; Chicago, 1944.

- (40) MAGOFFIN, R. L., KABLER, P., SPINK, W. W. and FLEMING, D. — An epidemiological study of brucellosis in Minnesota. *Public Health Reports*, 64 (33): 1021; 1949.
- (41) MEYER, K. F. and EDDIE, B. — The isolation of *Brucella suis* from the sputum. (resumo compilado de *Bull. of Hyg.*, 25: 140; 1950).
- (42) NINA, CRISTIANO — Brucelose: aspectos clínicos e terapêuticos. *Clinica, Higiene e Hidrologia*, vol. 17 (n.º 10); Lisboa, Outubro de 1951.
- (43) PONS Y VALENTI, F. — La brucelosis humana. *Salvat ed.*; Barcelona, 1944.
- (44) POSTON, M. A. — Studies on chronic brucellosis: III — Methods used in obtaining cultures. *Publ. Health Rep.*, 53: 1; 1938.
- (45) POSTON, M. A. and PARSONS, P. B. — Isolation of «Brucella» from lymph nodes — *J. Infect. Dis.*, 66: 86; 1940.
- (46) POSTON, M. A. and SMITH, D. T. — Successful treatment of *Brucella meningitis* with imune human serum; isolation of the organism by a modified cultural method. *New England J. M.*, 215: 369; 1936.
- (47) Proceedings of the 3th Inter-American Congress on Brucellosis, Washington, D. C., 1950 [citado por (25)].
- (48) Report of the Comission appointed by the Admiralty, the War office and the Civil Government of Malta, for the investigation of the Mediterranean fever, under the supervision of an advisory committee of the Royal Society — Parts I, II, III, IV, V and VI. London, *Harrison & Son ed.*, 1905 — 1907.
- (49) ROBINSON, F. H. and EVANS, ALICE C. — Chronic brucellosis in Charlotte, N. C. Reports of cases. *J. A. M. A.*, 113: 201; 1939.
- (50) SAMPAIO, A., CONCEIÇÃO CORREIA, F. e CAYOLLA DA MOTTA, L. — Resultados da reacção de Huddleson, para o diagnóstico da brucelose humana, no Instituto Superior de Higiene. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge*; Lisboa, 1952 (por publicar).
- (51) SELLERS, T. F. and MORRIS, J. F. — The comminution of blood clots for cultures. *Amer. J. Publ. Health*, 20: 195; 1930.
- (52) SENDAS, A. E. — A febre ondulante por *Brucella melitensis*; considerações clínicas e epidemiológicas. *Jornal do Médico*, 15 (402), 7 Out. 1950; Porto, 1950.
- (53) SHAUGHNESSY, H. J. and GRUBB, T. C. — Reliability of the agglutination test for undulant fever. *J. Lab. and Clin. Med.*, 24: 298; 1938.
- (54) SOARES, A. B. DE CASTRO SOARES e CAYOLLA DA MOTTA, L. A. C.-R. — Inquérito sobre a brucelose humana em Portugal (Inquérito da Direcção Geral de Saúde de 1950) — Nota prévia. *Boletim do Instituto Superior de Higiene*, VII; Lisboa, 1952 (por publicar).
- (55) SPINK, W. W. — The problem of chronic brucellosis. *Chicago M. Soc. Bull.*, p. 137; Chicago, 1947.
- (56) SPINK, W. W. and HALL, W. H. — Diagnosis and treatment of brucellosis. *M. Clin. North America*, 1945.
- (57) TAYLOR, R. M., LISBONNE, M. et ROMAN, G. — Classification pour la methode de l'action bacteriostatique de corants et pour la production de SH₂ (Huddleson) d'estirpes de *Brucella* isolés en France et ses implications epidemiologiques — *Centre de Recherches sur la fièvre ondulante de Martpellier*. 1934.
- (58) TAYLOR, R. M., LISBONNE, M., VIDAL, L. F. et HAZEMANN, H. — Investigation de la fièvre ondulante en France. *Bull. Health Organism., League of Nations*, 7: 545; 1938.

- (59) TEIXEIRA, M. J. O. — Bruceloses. *Medicina Contemporânea*, 68 (n.º 1, 2 e 3); Lisboa, 1950.
- (60) TOPLEY, W. W. C. and WILSON, G. S. — Principles of Bacteriology and Immunity, 3rd ed. *Williams and Wilkins ed.*; Baltimore, 1946.
- (61) TRAVASSOS, AUGUSTO DA SILVA — Inquérito epidemiológico sobre a brucelose humana, em Portugal (1950). *Direcção Geral de Saúde*; Lisboa, 1950 — (*por publicar*).
- (62) TRAVASSOS, A.S., REGO, A.A.F., CORREIA Y ALBERTY, A., RIBEIRO, J.M., SAMPAIO, A. C., TEIXEIRA, M. J. O., CORREIA, F. R. C., e CAYOLLA DA MOTTA, L. A. C. R. — Relatório N.º 1 da Comissão de estudo de Bruceloses. *Direcção Geral de Saúde*; Lisboa, 26-VI-1951.
- (63) Troisième Assemblée Mondiale de la Santé. *Chron. de l'Organis. Mondiale de la Santé*, 4 (7-8); 1950.
- (64) WADSWORTH, A. B. — Standard methods of the Div. of Laboratories and Research of the New York Department of Health (3th edition). Baltimore, *Williams & Wilkins ed.*, 1947.

Dispersão das aglutininas anti-brucélicas na população portuguesa

Inquérito sorológico efectuado a 2.000 indivíduos
de quase todo o país. Resultado dos inquéritos
clínico-epidemiológicos efectuados aos casos com
sorologia positiva

LUÍS AUGUSTO CORTE-REAL CAYOLLA DA MOTTA

Médico dos Serviços Técnicos de Profilaxia das Doenças Infecciosas e Sociais
da Direcção Geral de Saúde — Interno dos H. C. L.

I — INTRODUÇÃO

Uma das principais recomendações da 3.^a Assembleia Mundial de Saúde ao criar, em 1950 ⁽¹⁾, o «Comité de Peritos da Brucelose» da F.A.O./O.M.S./O.I.E. ⁽¹⁴⁾ e ⁽³⁵⁾ foi o de que, em todo o mundo, se procurasse conhecer bem a distribuição da brucelose entre os indivíduos e entre os gados, como base essencial de preparação para os estudos de combate à doença em todos os países do globo ⁽¹⁾, ⁽¹⁴⁾, ⁽³⁵⁾, ⁽⁴⁵⁾ e ⁽⁶⁵⁾.

O interesse da Organização Mundial de Saúde por esta importante antroponose não é de estranhar, depois da 3.^a Assembleia Mundial de Saúde ter reconhecido a brucelose como «um dos principais flagelos do mundo actual» ⁽¹⁾ pelos incalculáveis prejuízos, de ordem médico-social por um lado e de ordem económica por outro, devidos à sua acção sobre o homem e sobre os gados ⁽¹⁾, ⁽¹²⁾, ⁽¹⁴⁾, ⁽³⁵⁾, ⁽³⁹⁾, ⁽⁴¹⁾, ⁽⁴⁵⁾, ⁽⁵⁰⁾, ⁽⁸²⁾, ⁽⁸⁴⁾ e ⁽⁸⁵⁾.

Entre nós fora já efectuado pela Direcção Geral de Saúde, em 1950, um importante inquérito epidemiológico com o fim de se conhecer a morbidade da doença e a sua distribuição geográfica no País (73), (84) e (85).

Resolvemos fazer, então, ao lado do inquérito clínico-epidemiológico, um estudo sorológico na população portuguesa com o fim de, como já antes se fizera por duas vezes entre nós, procurar conhecer melhor a dispersão das aglutininas anti-brucélicas na nossa população, procurando contribuir, assim com o aumento do número destas observações, para um melhor conhecimento da distribuição da doença no País.

A pesquisa dos casos não diagnosticados clinicamente era e é, realmente, um dos objectivos de interesse reconhecido pelo «Comité de Peritos da Brucelose» e pelos diversos «Centros de Estudo da Brucelose» espalhados pelo mundo (1), (14), (35) e (45).

Com este nosso modesto trabalho, integrado no plano geral de estudos sobre bruceloses que, nos dois últimos anos, se têm efectuado em Portugal, na Direcção Geral de Saúde e no Instituto Superior de Higiene (12), (15), (16), (67), (68), (73), (81), (84) e (85), quisémos contribuir para o melhor conhecimento da sua dispersão e distribuição geográfica, bem como para o melhor conhecimento de um certo número de características de interesse epidemiológico (sexo, idade, hábitos alimentares, contacto com gados, etc.) dos habitantes do Continente Português supostamente saudáveis mas revelando aglutininas anti-brucélicas no sangue circulante.

Estes estudos têm sido feitos lá fora inúmeras vezes, por diversos processos e com diversos fins, sendo especialmente completos os trabalhos efectuados, nesse sentido, em alguns estados da América do Norte, Inglaterra, Suécia, Itália, Espanha, Turquia, Alemanha, Rússia, Roménia, México, Argentina e Porto Rico (2), (3), (5), (7), (8), (10), (11), (14), (19), (20), (21), (23), (25), (27), (28), (30), (32), (33), (35), (36), (37), (39), (41), (42), (43), (45), (46), (47), (49), (50), (55), (56), (57), (58), (62), (63), (64), (65), (66), (70), (72), (77), (79), (82), (83), (88), (90) e (91).

Com esses inquéritos, tem-se sobretudo pretendido conhecer, aproximadamente, o grau de infecção brucélica de certas

populações. Eles têm demonstrado que são mais numerosos, em toda a parte, os casos de infecção sem doença aparente do que os casos de brucelose clinicamente diagnosticados.

Era esta, de resto, a opinião dos principais investigadores que ao assunto se têm dedicado, mesmo antes de conhecidos os resultados dos inquéritos feitos em diversas parte do mundo com o fim de estabelecer a percentagem de indivíduos com sinais de terem sofrido qualquer infecção brucélica, aparente ou inaparente (5), (8), (10), (19), (25), (32), (35), (39), (41), (43), (45), (47), (50), (63), (65), (72), (75), (79) e (83).

Na brucelose, além da percentagem enorme de «casos de infecção sem doença», temos de contar ainda com o número muito apreciável de casos atípicos e de formas discretas, sub-clínicas, larvadas, etc., todas estas, portanto, também, de difícil diagnóstico clínico. Trata-se, realmente, de uma doença proteiforme, podendo bem ser comparada, neste ponto, com a sífilis, como já tantas vezes o tem sido, por alguns investigadores americanos e ingleses (8), (35), (39), (41), (45) e (90).

Esta alta incidência de casos não diagnosticados e passando, portanto, despercebidos, fez da brucelose uma das doenças infecto-contagiosas cuja morbidade real é mais difícil de calcular (5), (6), (8), (12), (14), (35), (39), (41), (45), (50), (60), (61), (63), (65), (72), (83), (84), (85) e (90).

Autores há que dizem ser de 3 a 5 para 1 a relação do número de casos não diagnosticados para o dos diagnosticados; outros apontam-na como sendo de 8 para 1 (8), (11), (35), (39), (41), (45), (50), (63), (72), (79), (83), (84), (85) e (90); e outros ainda, da categoria de Huddleson e Harris, dizem-na de 10 para 1 (33) e (39). Todos estão, entretanto, de acordo em apontar, sempre, o número de casos clinicamente diagnosticados (e, portanto, comunicados às autoridades sanitárias e utilizados para os cálculos da morbidade) como muito inferior ao número de casos não diagnosticados (formas atípicas, frustres, inaparentes, etc.).

Parece que esta percentagem de infecções inaparentes depende, além de outros factores que, agora, nos interessam menos, da estirpe de *Brucella* que predominantemente infecta a população em causa. Assim, nas populações onde a brucelose humana é causada predominantemente pela *Brucella abortus*, a percentagem de casos não diagnosticados é mais elevada do

que naquelas populações em que a *Brucella melitensis* ou a *Brucella suis* são as estirpes mais frequentemente infectantes (10), (11), (12), (35), (39), (41), (45), (63), (65), (72), (73), (79) e (83).

Entre nós é a *Brucella melitensis* a única espécie que infecta a população portuguesa, como parece provarem os últimos trabalhos efectuados no Laboratório de Bacteriologia Sanitária do Instituto Superior de Higiene (12) e (67). De resto, supõe-se que esta espécie de *Brucella*, em Portugal, além de infectar os caprinos e ovinos, é também a responsável pela infecção de muitos dos nossos bovinos.

Esta hipótese, embora ainda não provada pela Direcção Geral dos Serviços Pecuários nem pelo Laboratório Central de Patologia Veterinária (26), (52), (53), (54), (80), (81), (86) e (87), parece ser verdadeira, não só por analogia com o que sucede em muitos outros países, em que os caprinos, altamente infectados com *B. melitensis*, convivem intimamente com os bovinos [Espanha, Itália, Turquia, Grécia, Sul de França, México, etc. (10), (23), (27), (30), (32), (49), (58), (63), (66) e (79)], como também porque já entre nós se tem isolado *B. melitensis* de indivíduos que só se poderiam ter infectado em vacas (12), (67), (73) e (84).

Entretanto, nos países como Portugal, em que a espécie de *Brucella* dominante é a *B. melitensis*, são, ainda, também mais numerosos os casos humanos não diagnosticados do que os casos clinicamente diagnosticados (8), (10), (32), (35), (39), (50), (58), (63), (65), (72), (73), (79), (83) e (84).

Daí o interesse que há em se conhecer, em todos os países, qual a percentagem aproximada de casos de infecção brucélica, não só por inquéritos epidemiológicos e clínicos, como também por inquéritos laboratoriais que, melhor do que os clínicos, nos poderão revelar todos ou quase todos os casos de infecção, presente ou passada, aparente ou inaparente.

Têm sido essencialmente dois os métodos usados em Saúde Pública com o fim de se averiguar o grau de infecção brucélica em grandes massas populacionais: 1) métodos alérgicos, em que se estuda, por via intradérmica, a sensibilidade cutânea a antigénios de *Brucellae* (provas intradérmicas à «Melitina», ou à «Brucelina», ou ao «Brucellergen», etc.); 2) métodos sorológicos, em que se pesquisa a presença de anticorpos anti-

brucélicos no soro sanguíneo dos indivíduos a examinar. Ambos estes tipos de provas têm as suas vantagens e os seus inconvenientes que não podemos agora discutir, limitando-nos a apontar alguns dos mais importantes trabalhos em que essa discussão se faz, sobretudo a propósito de inquéritos de Saúde Pública (2), (3), (5), (6), (7), (8), (9), (10), (11), (13), (14), (16), (18), (19), (22), (24), (25), (27), (28), (29), (31), (33), (34), (35), (36), (37), (38), (39), (40), (41), (42), (43), (45), (46), (47), (48), (49), (50), (51), (55), (56), (57), (58), (63), (64), (65), (68), (71), (72), (74), (75), (76), (79), (89), (90) e (91).

Pelo que temos lido àcerca do assunto, julgamos que, a não se poderem efectuar ambos os métodos (o estudo sorológico precedendo, sempre, as provas intradérmicas), a preferência vai para as provas sorológicas, na opinião dos mais categorizados epidemiologistas e dos principais investigadores mundiais das bruceloses (8), (13), (14), (35), (39), (41), (45), (63), (65), (72), (83) e (90). A nossa limitada experiência sobre o assunto, tem-nos ensinado o mesmo (12) e (16).

As ideias hoje mais aceites a respeito das aglutininas anti-brucélicas, são as que nos dizem tratar-se de «cicatrices sorológicas» de antigas infecções específicas ou, como parece ser ainda mais provável, sinais de infecções brucélicas actuais (presentes), mas que podem ser, entretanto, latentes (8), (35), (39), (41), (45), (60), (61), (65), (83) e (90).

Estas provas sorológicas, quando correctamente efectuadas, cumprem perfeitamente bem a missão de revelar todos ou uma enorme maioria dos indivíduos em que existam anticorpos anti-brucélicos e, portanto, em que existiram ou existem infecções brucélicas (aparentes ou latentes), sobretudo se soubermos rodear aquelas provas de todas as cautelas que se devem empregar a fim de se evitarem os falsos resultados provocados pelos fenómenos de pró-zona ou pela presença de anticorpos bloqueantes ou hiperimunes, fenómenos estes relativamente frequentes na brucelose (8), (17), (34), (35), (39), (45), (65), (83), (89) e (90).

Uma grande parte, se não a totalidade dos casos bem averiguados de brucelose (muitas vezes por isolamento directo do agente causal), nos quais as provas sorológicas foram negativas (16), (35), (39), (67), (71) e (90), filia-se, efectivamente, em fenómenos de pró-zona (naturalmente provocados, regra

geral, por anticorpos específicos hiperimunes) ou na presença de anticorpos bloqueantes (16), (17), (19), (34), (35), (39), (41), (43), (45), (48), (60), (65), (67), (68), (71), (89) e (90). Mas, como se disse, é hoje relativamente fácil evitar tais erros, sobretudo utilizando-se modificações do «test» de Coombs para as provas sorológicas específicas (tipo Wright ou tipo Huddleson) (90).

Nos inquéritos sorológicos em massa para diagnóstico da brucelose tem sido preferida, regra geral, a reacção de Huddleson (reacção rápida de soroaglutinação, em lâmina, de leitura macroscópica), por ser a mais rápida, prática e económica de todas, sem deixar de ser extremamente eficaz e bastante rigorosa (8), (12), (15), (16), (35), (39), (41), (43), (45), (47), (61), (65), (67), (68) e (83).

Trata-se, portanto, de uma prova ideal para os serviços de Saúde Pública e é por estas razões que ela vem sendo executada, sistematicamente, no Instituto Superior de Higiene e que foi por nós escolhida para o pequeno inquérito sorológico que nos propusemos fazer entre a população portuguesa (12), (15), (16), (67), (68), (73) e (84).

*

*

*

Não nos cabe a honra de termos sido os primeiros a interessar-nos pelo problema, entre nós. Já em 1941 o Prof. Dr. J. Cândido de Oliveira (61) e em 1947/49 o Dr. Henrique de Oliveira (60), tinham feito uma pesquisa sistemática de aglutininas anti-brucélicas em um número grande de soros enviados ao laboratório para estudo de sorologia luética, soros esses provenientes, portanto, de indivíduos que não sofriam ou não eram julgados como sofrendo de brucelose.

O estudo do Prof. Dr. Cândido de Oliveira (61) incidiu sobre 1.000 soros diferentes, provenientes de indivíduos (667 do sexo masculino e 333 do sexo feminino) habitando, na sua maioria, Lisboa ou a metade sul do País. Utilizou, no seu estudo, o método de Huddleson, tendo encontrado 35 casos com sorologia positiva, quer dizer, 3,5 % de resultados positivos. Dos casos com sorologia positiva, 2,3 % aglutinaram a títulos inferiores a 1/100 (na sua grande maioria ao título de

1/25); 0,4 % a 1/100; 0,1 % a 1/200; e 0,7 % a 1/500. Estes resultados podem bem considerar-se como apresentando uma elevada percentagem de títulos elevados (superiores a 1/100). Quanto às percentagens de resultados positivos distribuídos pelos sexos, encontrou que 3,3 % pertenciam ao sexo masculino e 3,9 % ao sexo feminino, percentagens essas muito próximas da global (3,5 %).

Mais tarde (1947/49), o Dr. Henrique de Oliveira ⁽⁶⁰⁾, em Coimbra, fez a pesquisa das aglutininas antibrucélicas em 1.000 soros de indivíduos (600 varões e 400 fêmeas) habitando o centro do País e enviados ao laboratório para reacção de Wassermann. Foi utilizada, em Coimbra, a reacção lenta em tubo (r. de Wright), que parece ser, realmente, menos sujeita do que a reacção de Huddleson a revelar títulos elevados em casos que não sejam de brucelose em franca evolução (4), (8), (19), (20), (25), (31), (35), (39), (43), (48), (50), (60), (63), (75), (83) e (90); segundo o Dr. Henrique de Oliveira ⁽⁶⁰⁾ a utilização de r. de Wright explicaria o facto de se ter encontrado, em Coimbra, uma percentagem inferior (à do Prof. Cândido de Oliveira) de casos com títulos elevados (superiores a 1/80-1/100). Em 3 % de resultados positivos, só 0,1 % tinha um título de 1/80, não se tendo encontrado mais nenhum com título superior. Quanto aos sexos, encontrou 4,5 % de resultados positivos em mulheres e 2 % em homens, percentagens estas que, ao contrário das do Prof. Cândido de Oliveira ⁽⁶¹⁾, se afastam razoavelmente da percentagem global (3 %).

Nesta série de 1.000 casos (600 varões e 400 fêmeas), dispersos uniformemente pelo centro do País, aquelas percentagens são estatisticamente significativas, não se podendo imputar ao acaso os resultados da distribuição das percentagens por sexos, pelo que julgamos poder concluir que, pelo menos no centro do País, em pessoas aparentemente saudáveis, são mais frequentes as aglutininas antibrucélicas nas mulheres, ao contrário do que se encontra na distribuição por sexos das formas aparentes da doença, não só entre nós como em todo o mundo. Várias hipóteses explicativas se podem pôr sobre aquele facto, mas supomos que se deve aproximar mais da verdade a da existência de uma exposição maior das mulheres às fontes mais frequentes de contágio directo, no nosso meio rural. Esta hipótese pode-se enquadrar perfeitamente nos resultados obti-

dos pelos dois investigadores portugueses, visto os resultados do Prof. Cândido de Oliveira terem sido obtidos, em grande parte, num meio urbano (Lisboa), onde as possibilidades de contágio (indirecto, via de regra) são iguais para ambos os sexos, enquanto que os do Dr. Henrique de Oliveira o foram, sobretudo e quase exclusivamente, em meios rurais. Voltaremos a discutir este aspecto, com maior pormenorização, a propósito dos resultados por nós encontrados e em que as percentagens achadas foram, aparentemente pelo menos, também mais elevadas no sexo feminino.

*

* * *

Resolvemos colaborar, repetimos, pelas razões atrás apontadas, na colheita destes dados e propozemo-nos, assim, fazer idêntica pesquisa em soros provenientes, se possível, de todos os pontos do País. Isto não se nos afigurava totalmente impossível, visto serem recebidos no Lab. de Bacteriologia Sanitária do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, onde trabalhávamos, soros para o estudo sorológico de sífilis, provenientes de quase todos os pontos do País, por intermédio das diversas Delegações e Subdelegações de Saúde.

Resolvemos, além disso, efectuar ainda um pequeno inquérito clínico-epidemiológico a cada um dos casos revelando aglutininas anti-brucélicas no soro, sobretudo com o fim de procurarmos quaisquer dados de interesse para a epidemiologia e para o combate às bruceloses entre nós.

II — MÉTODO SEGUIDO

Fizemos a pesquisa das aglutininas anti-*Brucellae* em 2.000 soros recebidos no Laboratório de Bacteriologia Sanitária do Instituto Superior de Higiene, por intermédio das diversas Delegações e Subdelegações de Saúde, Dispensários, etc., de um grande número de locais do País mais ou menos uniformemente espalhados por quase todo o Continente Português.

Só não foram compreendidas neste estudo as regiões ao norte do rio Douro, por não serem enviados habitualmente, dessas regiões, produtos a analisar para o Instituto Superior de

Higiene, em Lisboa. Trata-se de zonas em que a brucelose humana, segundo o inquérito de 1950 da Direcção Geral de Saúde é muito rara ou inexistente, excepto pelo que diz respeito a Trás-os-Montes (44), (69), (73) e (84). Supomos que esta nossa lacuna possa vir a ser preenchida por quem, nos laboratórios da cidade do Porto, possa fazer pesquisas idênticas em soros recebidos das regiões indicadas; só então será completado o estudo da dispersão das aglutininas antibrucélicas em toda a população portuguesa supostamente saudável.

Todos os soros examinados deram entrada no Instituto Superior de Higiene para estudo sorológico de sífilis (Wassermann, Kahn e V.D.R.L.) e provinham de indivíduos em que o diagnóstico clínico nunca foi ou fôra o de brucelose. Tratava-se pois de indivíduos sem brucelose clínica e, diremos mesmo, de indivíduos na maioria dos casos em aparente estado de saúde. Em muitos deles nem sequer de lues se suspeitava, sendo o respectivo exame pedido apenas como parte de uma rotina.

A reacção empregada na pesquisa que efectuámos foi a reacção rápida, de Huddleson, pelas razões atrás apontadas.

As nossas provas fizeram-se utilizando o modelo de caixa com tampa de vidro preconizado por Huddleson e que é, realmente, muito prático (41).

As diluições dos soros a estudar, depois de adicionadas as respectivas gotas de antigénio, foram de 1/20, 1/40, 1/80, 1/160 e 1/320.

O antigénio empregado foi o «Febrile Antigen of *Brucella abortus*» da casa «Lederle», antigénio para provas de soroaglutinação rápida em lâmina, corado de azul, o que facilita a leitura dos resultados. Julgamos desnecessário insistir sobre a importância fundamental que, para um trabalho deste género, tem a escolha de um bom antigénio para diagnóstico (5), (6), (8), (10), (19), (25), (35), (39), (41), (45), (63), (65), (72), (75), (83) e (89). Nesnecessário se torna afirmar também que, enquanto o nosso estudo durou, sempre se fizeram «contrôles» do antigénio utilizado.

Quantó à técnica empregada, simples e bem conhecida, não julgamos valer a pena descrevê-la (41).

Não queremos deixar, entretanto, de dizer que todos os resultados suspeitos ou duvidosos foram contados como resultados negativos; e que todos os positivos foram sempre repe-

tidos, para confirmação. Nos casos em que encontramos títulos superiores a 1/80, pedimos aos respectivos médicos sanitários (delegados ou subdelegados de saúde, médicos de dispensários, etc.) para que fossem feitas, aos indivíduos em questão, novas colheitas de sangue, a fim de podermos repetir as provas, provas estas que sempre nos deram resultados semelhantes aos obtidos nas primeiras, confirmando assim, sempre, os nossos achados iniciais. Em dois dos nossos casos positivos (ambos com títulos superiores a 1/320) conseguimos que se fizessem colheitas de sangue em frascos com caldo de triptose, para tentativa de isolamento de brucelas, segundo os métodos seguidos no Laboratório de Bacteriologia Sanitária do Instituto Superior de Higiene (67), mas essas culturas foram ambas negativas.

*

*

*

A segunda parte do nosso trabalho, consistiu na tabulação dos registos de fichas epidemiológicas sumárias, elaboradas a propósito de cada um dos indivíduos em cujos soros se encontraram aglutininas antibrucélicas. Esses inquéritos eram por nós enviados, em cada caso positivo, por intermédio das delegações e subdelegações de saúde, aos médicos assistentes (por vezes os mesmos delegados, subdelegados, directores de dispensários, etc.), sendo-nos devolvidos depois, após o seu preenchimento, para tabulação dos resultados.

III — RESULTADOS OBTIDOS E SEU COMENTÁRIO

Numa primeira parte, daremos conta dos resultados das provas sorológicas e, numa segunda parte, dos resultados dos inquéritos enviados aos casos com sorologia positiva e respectivos comentários.

Finalmente, numa terceira parte, faremos um resumo dos resultados e conclusões anteriores.

III' — RESULTADOS DAS PROVAS SOROLÓGICAS

Em 2.000 soros examinados, encontramos 75 que revelaram aglutininas antibrucélicas; a nossa percentagem de casos com sorologia positiva, na população portuguesa geral, é, portanto, de 3,75 %.

No quadro seguinte (Quadro I) discrimina-se o número de resultados positivos distribuídos pelos títulos empregados:

QUADRO I

Resultados da Reacção de Huddleson em 2.000 soros enviados, mais ou menos uniformemente, de todo o País ao Laboratório de Bacteriologia Sanitária do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, para estudo de sorologia da sífilis

Títulos	Número de casos positivos	Percentagens	
		Quanto ao total de soros examinados (2.000)	Quanto ao total de soros revelando aglutininas antibrucélicas (75)
1/20	50	2,50 %	21,33 %
1/40	16	0,80 %	66,66 %
1/80	5	0,25 %	6,66 %
1/160	2	0,10 %	2,66 %
1/320 ou superiores	2	0,10 %	2,66 %
Total	75	3,75 %	99,97 % (100 %)

A percentagem de 3,75 %, por nós achada, é bastante próxima das percentagens encontradas pelos Prof. J. C. de Oliveira (3,50%) e Dr. H. de Oliveira (3,00%); isto sugere que a percentagem de indivíduos revelando aglutininas antibrucélicas no sangue circulante é bastante uniforme do Norte ao Sul do País.

No quadro seguinte (Quadro II) comparam-se os resultados encontrados pelos dois citados investigadores e por nós, quanto à sua distribuição pelos títulos empregados. Por julgarmos não ter aqui interesse uma discriminação minuciosa destes títulos, apresentamos e comentamos os resultados dividindo-os apenas em dois grupos; o de *títulos baixos* e o de *títulos altos*,

utilizando como fronteira a aglutinação a 1/80-1/100 (*), que é, evidentemente, arbitrária, mas que tem sido utilizada por um grande número de autores com este mesmo fim de demarcação entre títulos baixos por um lado e títulos elevados (e, portanto, de muito maior significado) por outro:

QUADRO II

Resultados da pesquisa de aglutininas antibrucélicas na população portuguesa aparentemente saudável

Autores	Prof. J. Cândido de Oliveira (Lisboa, 1941)	Dr. Henrique de Oliveira (Coimbra, 1947/49)	Resultados do Autor (Lisboa, 1950)	Números e percentagens totais (resumo dos três trabalhos)				
Número total de indivíduos examinados	1.000	1.000	2.000	4.000				
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Número total de casos positivos . . .	35	3,50 %	30	3,00 %	75	3,75 %	140	3,50 %
Soros com títulos inferiores a 1/80 .	23	2,30 %	29	2,90 %	66	3,30 %	118	2,95 %
Soros com títulos superiores a 1/80	12	1,20 %	1	0,10 %	9	0,45 %	22	0,55 %

Vemos, por este quadro, que os números médios totais não se afastam muito, de maneira geral, dos números encontrados por cada um dos autores.

A maior diferença verifica-se a propósito do número de casos revelando títulos altos (superiores a 1/80); é realmente muito menor a percentagem destes casos encontrada pelo Dr. H. de Oliveira do que a achada por nós e, sobretudo, do que a encontrada pelo Prof. J. C. de Oliveira. Essa diferença é tanto mais acentuada quanto maior pormenorização se usar

(*) Embora os títulos empregados pelo Prof. J. C. de Oliveira não sejam absolutamente sobreponíveis aos dos outros trabalhos, tomámos a liberdade, para uma mais fácil comparação, de os reduzir assim: o de 1/25 a 1/20; o de 1/50 a 1/40; o de 1/100 a 1/80; o de 1/200 a 1/160; e o de 1/500 a 1/320. Julgamos não ter isto importância nem significado de maior e, sobretudo, pensamos não se alterarem, por isso, os comentários feitos a propósito.

na leitura dos resultados: realmente, o único caso com título elevado encontrado em Coimbra revelou apenas o título de 1/80; enquanto que, dos 12 casos do Prof. J. C. de Oliveira com títulos altos, quatro tinham um título de 1/80, um de 1/100 e sete de 1/320 ou superior; e, dos nossos nove casos semelhantes, cinco tinham um título de 1/80, dois de 1/160 e outros dois de 1/320 ou superior.

Julgamos que a explicação apresentada, a propósito, no trabalho do Dr. H. de Oliveira (60), de que o emprego da reacção de Wright, em Coimbra, poderia ser a causa daquela diferença, visto se tratar de uma reacção cuja «técnica parece» menos «sujeita a revelar altos títulos, mesmo fora dos casos de brucelose franca», pode esclarecer, pelo menos parcialmente, esta discrepância. E dizemos parcialmente, porque supomos que o acaso deve ter influído também na distribuição dos casos de títulos elevados a cada um dos que se ocuparam do assunto, visto serem ainda muito reduzidos os números totais de resultados positivos de que dispomos para se poder afastar, com segurança, a provável influência daquele na sua distribuição.

Pensamos que as percentagens do total dos 4.000 soros examinados no País nos darão, entretanto, por representarem uma média das três observações, uma ideia bastante aproximada da realidade. Segundo essa média, 2,95 % da população portuguesa apresenta títulos de aglutininas antibrucélicas inferiores a 1/80 e só 0,55 % apresenta títulos superiores.

III" — RESULTADOS DOS INQUÉRITOS CLÍNICO- -EPIDEMIOLÓGICOS INDIVIDUAIS

A) DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA:

A distribuição geográfica dos indivíduos em que encontramos aglutininas antibrucélicas encontra-se discriminada no Quadro III e cartograma seguintes, nos quais se registam os concelhos do País em que aqueles indivíduos habitualmente viviam e onde se presume que tenham contraído a «infecção» brucélica responsável pelas aglutininas específicas de que são portadores (Ver cartograma da pág. 377).

QUADRO III

Número de indivíduos revelando aglutininas antibrucélicas no soro, distribuídos pelos concelhos, distritos e províncias em que habitualmente viviam

Concelhos de Portugal em que viviam os indivíduos que revelaram aglutininas antibrucélicas	Indivíduos revelando aglutininas antibrucélicas no soro sanguíneo (r. de Huddleson)		Distritos respectivos e respectivas percentagens de casos positivos	Províncias respectivas e respectivas percentagens de casos positivos
	Número	Percentagens em relação ao número total de indivíduos examinados, por concelhos		
Viseu	7	6,86% (em 102)	Viseu	Beira-Alta
Mortágua	1	(*) (em 4)	7,54% (em 106)	
Guarda	3	4,54% (em 66)	Guarda 4,54% (em 66)	6,39% (em 172)
Covilhã	4	2,56% (em 156)	Castelo Branco	Beira-Baixa
Castelo Branco *	4	8,89% (em 45)	3,98% (em 201)	3,98% (em 201)
Almeirim	1	(*) (em 9)	Santarém (*)	Ribatejo (*)
Figueiró dos Vinhos	3	(*) (em 12)	Leiria	Beira-Litoral 5,64% (em 89)
Leiria	2	2,60% (em 77)		
Caldas da Rainha	6	5,83% (em 103)		
Óbidos	2	(*) (em 10)		
Torres Vedras	1	(*) (em 4)	Lisboa	Estremadura
Mafra	1	(*) (em 2)		
Lisboa	15	2,98% (em 504)		
Almada	1	(*) (em 4)	Setúbal	Baixo Alentejo (*)
Setúbal	12	3,25% (em 369)		
Alcácer do Sal	3	(*) (em 29)		
Évora	1	0,76% (em 132)	Évora	Alto Alentejo
Estremoz	1	(*) (em 12)	1,38% (em 144)	1,38% (em 144)
Loulé	1	(*) (em 22)	Faro	Algarve
Faro	6	4,28% (em 140)		

(*) Só se indicam e só se dá qualquer valor às percentagens calculadas nos concelhos, distritos ou províncias em que o número de indivíduos examinados excedeu 45.

Pelo quadro e cartograma anteriores verifica-se que, com excepção de Trás-os-Montes, do Douro Litoral e do Minho (províncias de onde não conseguimos obter, enquanto durou o nosso estudo, soros para pesquisa de anticorpos antibrucélicos, como dissemos há pouco), em todas as restantes províncias do País se encontraram indivíduos aparentemente sem brucelose mas portadores de tais aglutininas específicas e constituindo, segundo a maneira de ver dos mais recentes investigadores que se têm dedicado ao assunto, casos de infecção brucélica inaparente. Verifica-se ainda que a nossa pesquisa se estendeu a todo o País, com as três excepções já mencionadas, pelo que não cremos que os resultados de um estudo idêntico que por ventura venha a ser feito nas três províncias que faltam, possa vir modificar, fundamentalmente, qualquer das conclusões gerais deste trabalho, no que diz respeito à população de todo o Continente Português considerada globalmente.

Verificámos também que as maiores percentagens de casos positivos se encontram justamente nos concelhos, distritos e províncias do País onde, segundo o inquérito epidemiológico geral da Direcção Geral de Saúde de 1950, se verificam mais casos de brucelose humana (73) e (84) (ver o cartograma, com os resultados desse inquérito, que se encontra em outro artigo desta revista, na pág. 353). Esta verificação, entretanto, só parcialmente se poderá fazer, porque, repetimos, em muitos concelhos, distritos e províncias em que encontrámos casos positivos o número total de indivíduos examinados foi demasiado pequeno para que a percentagem calculada possa ter qualquer significado.

Entretanto, podemos constatar, comparando os dados dos inquéritos da Direcção Geral de Saúde [de 1913-15 (44) e de 1950 (73) e (84)] com estes nossos resultados que, de uma maneira geral, eles coincidem. Estes resultados podem e devem ainda completar os dados do inquérito epidemiológico geral da Direcção Geral de Saúde, de 1950, por motivos óbvios que nos dispensamos citar.

Segundo este nosso trabalho, os distritos(*) em que se encon-

(*) Não nos referimos às percentagens dos concelhos, por elas representarem números demasiado pequenos para que possam ter significado de valor, neste trabalho.

traram mais elevadas percentagens de indivíduos aparentemente saudáveis mas revelando aglutininas antibrucélicas no soro, foram, por ordem decrescente (Quadro III): Viseu (7,54 % em um total de 106 indivíduos examinados), Leiria (6,42 % em um total de 202), Guarda (4,54 % em 66), Faro (4,32 % em 162), Setúbal (4,08 % em 392), Castelo Branco (3,98 % em 201) e Lisboa (3,33 % em 510). Quanto às províncias (*), foram: Beira-Alta (6,39 % em 172 indivíduos), Beira Litoral (5,64 % em 89), Algarve (4,32 % em 162), Beira-Baixa (3,98 % em 201) e Estremadura (3,81 % em 996). Estes resultados estão, de uma maneira geral, mais ou menos proporcionalmente de acordo com os resultados dos inquéritos epidemiológicos da Direcção Geral de Saúde (44) e (73) e com o número de casos diagnosticados comunicados às autoridades sanitárias, pelos respectivos distritos ou províncias (73). Exceptua-se, apenas, o caso do distrito de Setúbal, em que, sendo raros os casos comunicados oficialmente ou revelados pelo inquérito de 1950, se verifica, entretanto, a existência de uma assaz elevada percentagem de indivíduos revelando aglutininas antibrucélicas no soro e, pois, naturalmente, de infecções inaparentes. Trata-se aqui, portanto, de um caso curioso e merecedor de maior estudo, caso esse descoberto acidentalmente devido a este trabalho que, como vemos, colabora assim com os inquéritos gerais, para um melhor conhecimento da morbilidade e da distribuição geográfica da doença entre nós.

Não nos é possível, a propósito da distribuição geográfica dos nossos casos, fazer comparações com os trabalhos dos Prof. J. C. de Oliveira e Dr. H. de Oliveira, uma vez que destes não constam dados a tal respeito.

B) PERCENTAGENS QUANTO AOS SEXOS DOS INDIVÍDUOS EXAMINADOS:

(*) Não nos referimos às percentagens dos concelhos, por elas representarem números demasiado pequenos para que possam ter significado de valor, neste trabalho.

QUADRO IV

Distribuição por sexos dos indivíduos que revelaram aglutininas antibrucélicas, na pesquisa efectuada em 2.000 soros enviados de quase todo o País ao Laboratório de Bacteriologia Sanitária do Instituto Superior de Higiene

Sexos	Total de indivíduos examinados	Número de resultados positivos	Percentagens		
			quanto ao total dos indivíduos examinados (2.000)	quanto ao total de resultados positivos (75)	quanto ao total por cada sexo (percentagens corrigidas)
Masculino	828	26	34,66 %	1,30 %	3,14 %
Feminino	1.172	49	65,33 %	2,45 %	4,18 %
Total	2.000	75	99,99 % (100 %)	3,75 %	3,75 %

Verificamos pelo quadro anterior que as aglutininas antibrucélicas foram um pouco mais frequentes no sexo feminino, pois que as percentagens corrigidas foram de 4,18 % para o sexo feminino e de 3,14 % para o sexo masculino. Note-se, entretanto, que estatisticamente esta diferença é apenas muito escassamente significativa.

No Quadro V, comparam-se os resultados dos três inquéritos sorológicos efectuados entre nós, quanto à sua distribuição por sexos:

QUADRO V

Aglutininas antibrucélicas e sexo dos seus portadores nos três inquéritos realizados em Portugal

Sexos	Resultados obtidos por		Resultados do Autor (em 2.000 soros)	Percentagens dos totais (dos três trabalhos) (em 4.000 soros)
	Prof. J. Cândido de Oliveira (em 1.000 soros)	Dr. Henrique de Oliveira (em 1.000 soros)		
Masculino	3,30 %	2,00 %	3,14 %	2,87 %
Feminino	3,90 %	4,30 %	4,18 %	4,19 %
Total	3,50 %	3,00 %	3,75 %	3,50 %

Se a diferença encontrada pelo Prof. J. C. de Oliveira (61) é realmente inferior à nossa e tão pequena que não é estatisticamente significativa, já a diferença achada pelo Dr. H. de Oliveira (60) é mais frisante ainda do que a nossa.

Julgamos que essa maior percentagem de indivíduos revelando aglutininas antibrucélicas no sangue, entre nós, no sexo feminino (se ela é realmente significativa), pode ser devida aos seguintes factos: 1.º no nosso meio rural (que compreende a grande maioria da população portuguesa e dos indivíduos estudados nestes inquéritos), as mulheres, mais do que os homens, lidam directamente com os animais e seus produtos, seus locais de habitação, etc. (sobretudo com os pequenos ruminantes); 2.º ainda no meio rural, elas fazem, por vezes, mais frequente e maior consumo de leite cru e de queijos frescos dos pequenos ruminantes (cabra, ovelha) e trabalham, mais do que os homens, na indústria caseira de lacticínios; 3.º parecem ser sobretudo estes pequenos ruminantes (caprinos especialmente) os principais responsáveis pela transmissão, directa e indirecta, da brucelose no homem, em Portugal (4), (12), (16), (44), (52), (53), (54), (67), (69), (73), (80), (81), (84), (85), (86) e (87).

É por isto, naturalmente, que a maior percentagem de mulheres com reacções específicas positivas foi verificada pelo Dr. H. de Oliveira, que trabalhou com soros vindos só do centro do País, onde não existe, além de Coimbra, nenhum grande centro urbano com condições de vida completamente diferentes das do meio rural; e, naturalmente, foi pelo mesmo motivo que o Prof. J. C. de Oliveira (61) teve a menor percentagem de reacções positivas entre mulheres, visto os seus soros terem vindo de meios urbanos sobretudo, dos quais o principal foi Lisboa. Os nossos resultados ficaram, a este respeito, numa posição intermédia, visto termos trabalhado com soros recebidos não só de Lisboa como também de quase todas as regiões rurais do País; como, entretanto, a maior parte provinha destas últimas regiões, daí talvez o ser também mais elevada a nossa percentagem entre o sexo feminino.

Trata-se apenas de uma hipótese que pomos na certeza de que, mesmo que esteja certa, naturalmente ainda outros factores se verificarão para explicarem aquele predomínio no sexo feminino. Apenas como exemplo destes, diremos que já alguns autores têm sugerido (11), (19), (32), (39) e (46), ser mais

elevada nas mulheres a proporção de casos inaparentes de brucelose. Ora são justamente estes casos inaparentes que despistamos, uma vez que estes inquéritos incidem sobre massas populacionais supostamente sãs ou, pelo menos, em que a brucelose não era clinicamente suspeitada.

Note-se, entretanto, que todos estes raciocínios se fizeram sobre percentagens cujo valor de significado estatístico é muito pequeno (em algumas ele é mesmo duvidoso), pelo que julgamos não andar longe da verdade se afirmarmos, como conclusão, que: os indivíduos aparentemente são portadores de aglutininas antibrucélicas distribuem-se, entre nós, de uma maneira sensivelmente igual por ambos os sexos.

C) IDADES:

A distribuição dos indivíduos em que encontramos aglutininas antibrucélicas consoante a sua idade, encontra-se no Quadro VI.

QUADRO VI

Distribuição por grupos etários de 75 indivíduos aparentemente saudáveis mas revelando aglutininas antibrucélicas no soro

	GRUPOS ETÁRIOS							Total
	1-10 anos	11-20 anos	21-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 60 anos	
Número de casos	2	7	21	19	17	5	4	75
	9		40		22		4	
Percentagens . .	12,00 %		53,33 %		29,33 %		5,33 %	99,99 %

O maior número de casos inaparentes da doença parece encontrar-se, justamente como sucede com as formas clinicamente activas e diagnosticáveis da brucelose, na idade média da vida. Nesta nossa série, realmente, 82,66 % dos casos de infecção inaparente recrutavam-se entre os 21 e os 60 anos, sendo a maioria deles (53,33 %) entre os 21 e os 40.

Note-se, entretanto, que são menos frequentes os casos acima dos 60 anos do que os verificados na infância, não só entre as formas clínicas como até entre as formas inaparentes, o que já por muitos tem sido constatado (8), (11), (13), (19), (25), (33), (39), (41), (45), (63), (72), (73) e (83), sem que este facto se possa atribuir apenas à raridade com que a brucelose é diagnosticada na infância (39).

Parece ser realmente verdadeiro o facto da brucelose ser raramente diagnosticado na infância, não só porque ela é aí grandemente ignorada por muitos, como também porque ela parece decorrer, na infância mais do que em qualquer outra idade, sob formas benignas, discretas ou até inaparentes, que passam, portanto, indagnosticadas. Esta opinião, partilhada pelos mais modernos investigadores do assunto (5), (8), (11), (13), (19), (25), (39), (41), (46), (50), (63), (72) e (83), tem sido confirmada várias vezes por diversos inquéritos, sorológicos ou alérgicos, efectuados em grupos infantis ou em grupos de população geral, em diversos locais do mundo. Note-se, entretanto, que em nenhum desses inquéritos a percentagem de possíveis infecções inaparentes entre as crianças se aproximou sequer da mesma percentagem verificada nas idades médias da vida (5), (11), (16), (20), (32), (33), (36), (37), (38), (39), (42), (43), (46), (47), (56), (57), (58), (63), (64), (65), (66), (70), (72), (73), (77) e (79).

Os números por nós obtidos na população portuguesa compreendida entre o Douro e as costas do Algarve, estão de acordo, justamente, com aqueles resultados de que acabámos de falar.

D) PROFISSÕES:

Os resultados do nosso inquérito, quanto ao meio ambiente habitual e quanto às profissões desempenhadas pelos indivíduos revelando aglutininas antibrucélicas no soro, podem ver-se nos Quadros VII e VIII:

QUADRO VII

**Distribuição por profissões de indivíduos aparentemente saudáveis
mas revelando aglutininas antibrucélicas no soro**

Tipo de profissões	Profissões desempenhadas em		Totais
	meio rural	meio urbano	
Domésticas (só sexo feminino)	13	12	25
Serviçais (só sexo feminino)	5	3	8
Trabalhadores rurais (só sexo masculino)	4	—	4
Pastores e tratadores de gado (só sexo masc.)	7	—	7
Carniceiros (só sexo masculino)	3	—	3
Operários de lanifícios (ambos os sexos)	3	—	3
Cozinheiros (ambos os sexos)	2	—	2
Outras profissões (ambos os sexos)	5	18	23
Total	42	33	75

Destacámos, como é óbvio, apenas as profissões mais comuns e aquelas em que era de prever um possível factor importante como causa provável de uma infecção brucélica.

Verificámos, assim, que um número importante (relativamente à nossa pequena série de 75 casos com sorologia positiva) desempenha ou desempenhou profissões em que a infecção por microrganismos do género *Brucella* se pode verificar com relativa frequência e facilidade; exemplo: domésticas e serviçais em meio rural, pastores, carniceros ou magarefes, cozinheiros e operários de lanifícios. Estes resultados estão absolutamente de acordo com o que seria de esperar e com os resultados em trabalhos mais ou menos do mesmo tipo feitos por diversos autores (4), (8), (11), (13), (19), (24), (25), (32), (35), (39), (41), (43), (45), (50), (52), (56), (63), (72), (73), (81), (83) e (84).

A importância do meio ambiente habitual é grande e torna-se sobretudo mais clara se resumirmos o quadro anterior em um outro, menor (Quadro VIII), no qual se indicam já algumas percentagens:

QUADRO VIII

Distribuição de indivíduos aparentemente saudáveis portadores de aglutininas antibrucélicas, por ambientes habituais de trabalho e por sexos

Profissões desempenhadas em	No Total		Por Sexos		Sexos
	Número	Percentagens	Número	Percentagens	
Meio Rural . . .	42	56,00 %	18	24,00 %	masculino
			24	32,00 %	feminino
Meio Urbano . .	33	44,00 %	8	10,66 %	masculino
			25	33,33 %	feminino

Vemos, por este quadro, que é mais elevada a percentagem de infecções inaparentes no nosso meio rural do que no urbano; e, ainda, que, em qualquer deles, é maior no sexo feminino do que no masculino.

Este último ponto já atrás foi discutido e não queremos ocupar-nos dele mais uma vez; apenas chamamos a atenção para o menor valor destas últimas percentagens por sexos nos meios rural e urbano, porque, ao contrário do que fizemos para as percentagens globais quanto aos sexos, não nos foi possível corrigir aquelas percentagens, por não termos conseguido saber qual a profissão e o meio ambiente habitual de todos os 2.000 indivíduos cujos soros examinámos.

Assim, como conclusões a tirar do quadro VIII, só podemos destacar o facto de ser mais elevada entre nós a percentagem de casos com sorologia positiva em meio rural (56,00%), facto este, de resto, já bem estabelecido também pelos inquéritos da Direcção Geral de Saúde (o de 1913 e o de 1950) quanto aos casos clinicamente aparentes (44) e (73).

E) INGESTÃO DE LEITE E LACTICÍNIOS. CONTACTO COM GADOS:

1.º — Os resultados do nosso inquérito quanto à habitual ingestão, de *leite cru*, foram os seguintes:

- a) *Não bebiam, habitualmente, qualquer leite* — 24 indivíduos (32,00 %);

- b) *Bebiam, habitualmente, leite sempre fervido* — 27 indivíduos (36,00 %);
- 1) destes, *bebiã leite fervido de vaca* — 25 indivíduos (33,33 %);
 - 2) e *bebiã leite fervido de cabra* — 2 indivíduos (2,66 %).
- c) *Bebiam, habitualmente, leite cru* — 24 indivíduos (32,00 %);
- 1) destes, *bebiã leite cru de vaca* — 8 indivíduos (10,66 %);
 - 2) *bebiã leite cru de cabra* — 15 indivíduos (20,00%);
 - 3) *bebiã leite cru de ovelha* — 1 indivíduo (1,33%).

Julgamos estes números bastante expressivos. Por eles verificamos que, entre este grupo de indivíduos revelando aglutininas antibrucélicas no soro, há um número relativamente bastante elevado de pessoas que consomem ou consumiam, habitualmente, leite cru, facto este que sabemos ser raro na população portuguesa, mesmo em meio rural. Damos, por isso, valor à percentagem de indivíduos consumindo habitualmente leite cru entre o nosso grupo de examinados (32,00 %) e cremos que essa ingestão habitual pode explicar, senão totalmente pelo menos em parte, os sinais sorológicos de uma infecção brucélica presente ou passada, naqueles indivíduos.

Constata-se ainda, por aqueles resultados, que, entre os que consumiam ou consomem leite cru, uma grande maioria (15 em 24) usa o leite de cabra, julgado entre nós, parece que com inteira razão, o principal responsável pelas bruceloses humanas adquiridas por via indirecta, quer em meio urbano quer em meio rural (12), (16), (44), (52), (53), (69), (73), (78), (80), (81), (84), (85) e (87).

Desde os trabalhos dos Profs. Carlos Tavares (78) e Ricardo Jorge (44) até aos nossos dias, todos os inquéritos, gerais ou individuais, feitos sobre a brucelose, têm frisado e demonstrado aquele facto, a propósito dos casos aparentes de doença (12), (16), (26), (53), (69), (73), (84), (85), (86) e (87). O mesmo parece succeder com os casos inaparentes, segundo os resultados que encontrámos.

A propósito, queríamos chamar rapidamente a atenção para um facto já referido por muitos mas de que pudemos, agora, dar uma prova clara: em Portugal e sobretudo no seu meio rural, o leite que é geralmente consumido cru é o leite de cabra. Julgam as nossas populações rurais que o leite de cabra é de maior confiança (sobretudo o da «sua cabra», visto mesmo os mais modestos terem, frequentemente, uma pequena cabra, o que levou à criação do dito: «a cabra é a vaca do pobre») do que o de vaca. Assim, enquanto só bebem este último fervido, não receiam tomar cru aquele, correndo, desta maneira, muito maiores probabilidades de contrair uma brucelose, visto que entre nós as cabras parecem estar mais frequentemente infectadas e serem mais perigosas transmissoras de *Brucellae* do que quaisquer outras espécies pecuárias (12), (16), (44), (52), (53), (54), (59), (69), (73), (80), (84) e (87).

Julgamos ser, a este respeito, semelhante o nosso caso ao da Espanha, Itália, Grécia, Turquia, Sul da França e México principalmente (11), (23), (30), (32), (39), (45), (49), (58), (63), (64), (72) e (88). E se chamámos para ele a atenção, ainda que de passagem, foi por cremos que ele constitui um ponto muito importante a considerar numa campanha de profilaxia e de combate à brucelose humana, entre nós.

2.º — Quanto aos *lacticínios*, como entre nós os únicos lacticínios que se têm mostrado responsáveis pela transmissão da brucelose ao homem são queijos frescos (sobretudo os «queijinhos frescos» fabricados com leites de cabra ou de cabra e ovelha), só se perguntava, no nosso inquérito, pela habitual ingestão de queijos. As respostas recebidas podem resumir-se assim:

- a) Não comiam, habitualmente, quaisquer tipos de queijos — 37 indivíduos 49,33 %;
- b) Comiam, às vezes, queijos curados — 12 indivíduos (6,00 %);
- c) Comiam, às vezes, «queijinhos frescos» (de cabra, ou de cabra e ovelha) — 26 indivíduos (34,66 %).

Como se vê, é também bastante elevada a percentagem de indivíduos que comiam ou tinham comido, habitualmente ou por vezes, queijos frescos e, portanto, perigosos no sentido da possível transmissão da brucelose, na nossa série de 75 casos.

Não podemos apresentar números concretos nem correctos quanto às percentagens de consumo de leite cru e de queijos frescos na população geral portuguesa, mas todos nós sabemos perfeitamente que são muitíssimo inferiores às encontradas na nossa série, razão por que lhes atribuímos valor etiológico, pelo menos parcial, na formação das aglutininas antibrucélicas.

Julgamos desnecessário apontar que os «queijinhos frescos de cabra» são dos principais responsáveis pela transmissão indirecta da brucelose ao homem, em Portugal, facto conhecido ou suspeitado de há muito (4), (44) e (78) e confirmado inúmeras vezes, até mesmo nos últimos anos (16), (52), (53), (54), (73), (84) e (85).

Creemos mesmo que, entre nós, os queijos frescos de leite de cabra desempenhem um papel mais importante na epidemiologia da doença do que o próprio leite de cabra cru. Esta nossa suposição, que já não é nova [visto vários a terem formulado desde há bastante tempo (16), (44), (52), (69), (78) e (87)], aparece-nos agora confirmada, a propósito dos casos inaparentes pelo menos, neste nosso presente trabalho: enquanto que, entre os 75 indivíduos revelando aglutininas antibrucélicas no soro, só 20,00 % bebiam habitualmente leite cru de cabra, já 32,00 % comiam regularmente queijos frescos de cabra.

Não nos temos referido às ovelhas, a propósito do leite e dos lacticínios, não só porque nos nossos inquéritos elas só raríssimamente foram citadas, como também porque parece que realmente, entre nós, a brucelose ovina não constitui problema que directamente interesse à Saúde Pública (12), (80), (81) e (85). De resto, os chamados «queijinhos frescos de ovelha» são feitos com uma mistura de leites de cabra e de ovelha e, tanto quanto é possível saber-se e conhecer-se o problema, tem sido quase sempre o leite de cabra e não o de ovelha o responsável por infecções de *Brucellae* transmitidas àqueles queijos.

3.º — A investigação, entre os 75 indivíduos da nossa série, quanto a um presente ou passado *contacto com animais e sobretudo com gados* (possivelmente infectados, com brucelose), deu os seguintes resultados:

- a) *Não têm nem tiveram, habitualmente, contacto com gados* — 43 indivíduos (57,33 %);

b) *Têm ou tiveram, habitualmente, contacto com gados*
— 32 indivíduos (42,66 %);

- 1) *contacto só com caprinos* — 6 indivíduos (8,00 %);
- 2) *contacto só com ovinos* — 4 indivíduos (5,33 %);
- 3) *contacto só com suínos* — 4 indivíduos (5,33 %);
- 4) *contacto só com bovinos* — 3 indivíduos (4,00 %);
- 5) *contacto só com equinos* — 1 indivíduo (1,33 %);
- 6) *contacto com caprinos + ovinos* — 8 indivíduos (10,66 %);
- 7) *contacto com bovinos + suínos* — 2 indivíduos (2,66 %);
- 8) *contacto com caprinos + suínos* — 2 indivíduos (2,66 %);
- 9) *contacto com bovinos + caprinos + ovinos + suínos* — 1 indivíduo (1,33 %);
- 10) *contacto com bovinos + caprinos + ovinos + suínos + equinos* — 1 indivíduo (1,33 %).

Destes resultados, queremos apenas destacar que, no grupo em que se verificou um contacto mais ou menos habitual com animais em que a brucelose é frequente e que podiam ser, pois, os responsáveis pelas infecções humanas inespecíficas cujas consequências sorológicas tínhamos descoberto, é o gado caprino aquele que mais frequentemente representa esse contacto. Realmente, se contarmos só o número de vezes que cada espécie de gado é representada no grupo de contacto, verificamos que: o *gado caprino* serviu, como «grupo animal de contacto habitual», a 18 indivíduos, enquanto que o *gado ovino* serviu a 14 indivíduos, o *gado suíno* a 10 indivíduos, o *gado bovino* a 7 indivíduos e, finalmente, o *gado equino* só a 2 indivíduos.

Mais uma vez se verifica a importância principal, pelo menos aparentemente, do gado caprino na etiologia da brucelose humana em Portugal, embora essa concordância se dê, aqui, apenas a propósito de supostas formas inaparentes de brucelose humana.

Tem-se concluído isto mesmo nalguns outros trabalhos que representam contribuições muito mais importantes e fundamentais, como: trabalhos da Direcção Geral dos Serviços Pecuários e do Laboratório Central de Patologia Veterinária (26), (52), (53), (54), (80), (81), (86) e (87); inquéritos da Direc-

ção Geral de Saúde ⁽¹⁶⁾, (44), ⁽⁶⁹⁾, (73), ⁽⁸⁴⁾ e ⁽⁸⁵⁾; isolamentos de *Brucellae* em casos humanos (no Laboratório de Bacteriologia Sanitária do Instituto Superior de Higiene, seguindo-se os mais rigorosos processos de isolamento e classificação, só se têm isolado, nos mais diversos locais do País e em todos os diferentes focos de brucelose, de Trás-os-Montes ao Algarve, estirpes de *Brucella melitensis* ⁽⁶⁷⁾]; os frequentes inquéritos epidemiológicos, quando bem conduzidos, feitos por todo o País, em cada caso de brucelose humana; etc.

4.º — Não queríamos terminar estas considerações sem frisar que os casos em que existia ingestão habitual de leite cru, não foram exactamente os mesmos em que havia consumo habitual de queijos frescos, nem exactamente os mesmos em que existia contacto, presente ao passado, com gados suspeitos, nem vice-versa. Isto é: se em alguns casos coincidiam duas ou até as três situações, noutros só existia uma delas. Desta maneira, a percentagem geral, entre os nossos 75 casos, de indivíduos com sorologia positiva em que se verificava qualquer condição sugestiva de qualquer possível contágio (directo ou indirecto) a partir de animais doentes, é bastante superior a cada uma das percentagens parciais sugestivas (a propósito da ingestão habitual de leites crus ou de queijos frescos, ou a propósito do contacto directo com animais) atrás apontadas.

Podemos resumir assim os resultados globais acerca da possibilidade de infecções devidas, directa ou indirectamente, a animais doentes, entre os 75 casos com aglutininas anti-brucélicas no soro:

- a) *Casos em cujo presente ou passado não existiu, habitualmente, ingestão de leite ou queijos frescos, nem contacto com animais* — 12 casos (16,00 %).
- b) *Casos em cujo presente ou passado existiu, habitualmente ou por vezes, ingestão de leite cru ou de queijos frescos, ou contacto com animais, ou em que se verificaram duas ou três destas três condições* — 63 casos (84,00 %);
 - 1) *casos em que só existia ingestão de leite cru* — 9 casos (12,00 %);
 - 2) *casos em que só existia ingestão de queijos frescos* — 9 casos (12,00 %);

- 3) *casos em que só existia contacto com animais* — 10 casos (13,33 %);
- 4) *casos em que existiam mais do que uma destas condições* — 31 casos (41,33 %):
 - a) *ingestão de leite cru + ingestão de queijos frescos* — 9 casos (12,00 %),
 - β) *ingestão de leite cru + contacto com animais* — 14 casos (18,66 %),
 - γ) *ingestão de queijos frescos + contacto com animais* — 6 casos (8,00 %),
 - δ) *ingestão de leite cru + ingestão de queijos frescos + contacto com animais* — 2 casos (2,66 %).

Como se vê, uma enorme maioria dos indivíduos que, no nosso estudo, revelaram aglutininas antibrucélicas (84,00 %) tinha, no seu passado ou presente, condições suficientes para poder ter sofrido, directa ou indirectamente, por intermédio de gados ou de seus produtos, qualquer infecção por *Brucellae* que explicasse a presença de aglutininas específicas no seu soro sanguíneo.

F) HISTÓRIA CLÍNICA DOS 75 INDIVÍDUOS COM AGLUTININAS ANTIBRUCÉLICAS:

Claro que, sob este aspecto, só nos interessou saber se os indivíduos em questão tinham tido, alguma vez na sua vida, qualquer afecção que tivesse sido diagnosticada como brucelose (e, neste caso, se comprovada ou não laboratorialmente), ou que nos pudesse parecer suspeita de brucelose; e, ainda, quais as suas queixas presentes, se as houvesse, bem como o seu estado actual, no sentido de despiste de uma possível brucelose com sinais clínicos que pudesse ter passado despercebida.

As respostas dos médicos sanitários ou dos médicos assistentes respectivos às perguntas feitas, naquele sentido, aos 75 casos positivos, podem assim resumir-se:

- 1) *Desconhecia-se ou não foi possível enviar nenhum elemento, quer sobre a história pregressa quer sobre o momento actual* — em 9 casos (12,00 %).

(Destes 9 casos, só um revelou um título de 1/80; os restantes tinham todos títulos inferiores a 1/80).

- 2) *Negava-se qualquer brucelose passada ou presente* — em 54 casos (72,00 %).

(Destes 54 casos, só dois tinham títulos elevados: um a 1/80 e outro a 1/600).

NOTA — Note-se que entre estes 54 indivíduos, cujos respectivos médicos negaram qualquer forma de brucelose, no seu passado ou presente, há 17 em cuja história existem, entretanto, pequenas «coisas», por vezes sugestivas. Ex.: Em 14 citavam-se: ou um «síndrome febril indeterminado», ou «febres intestinais» vagas, ou «reumatismos», ou febrículas indeterminadas e de longa duração, etc., episódios estes que nunca chegaram a ser bem diagnosticados e que, se é bem verdade que podiam ter sido quaisquer afecções que não a brucelose, bem podia também ter-se tratado de formas ligeiras da doença, com tanta maior probabilidade quanto é verdade que existiam, em todos eles, aglutininas anti-brucélicas, por nós descobertas acidentalmente.

Em um outro daqueles 17 indivíduos citados, existia uma artrite tibio-társica de longa duração e de etiologia desconhecida. A mulher de um outro daqueles indivíduos tinha sofrido abortos frequentes e queixava-se de um corrimento já muito antigo; etc.

Em suma, tudo pequenos factos que, embora possam nada ter que ver com a brucelose, nos devem, pelo menos, fazê-la suspeitar em 17 daqueles 54 indivíduos em que os respectivos médicos negavam a existência de brucelose clínica, antiga ou actual.

- 3) *Suspeitava-se ou afirmava-se a existência de brucelose com sinais clínicos, passada ou presente* — em 12 casos (16,00 %).

(Destes 12 casos: três tinham títulos de 1/80, um tinha um título de 1/160, dois tinham títulos de 1/320 ou superiores e os restantes tinham títulos inferiores a 1/80).

NOTA — Em 10 destes 12 casos, os médicos assistentes respectivos tinham fortes e parece que bem fundamentadas suspeitas de brucelose (em uns como doença actual, em outros como doença já passada), embora em qualquer desses casos nunca dela se tivesse suspeitado senão depois de ter sido comunicado, aos respectivos médicos, o resultado da r. de Huddleson e de se lhes ter enviado o inquérito em que se chamava a atenção para o assunto. Interrogados e observados, novamente, os 10 indivíduos em questão, foram descobertos em todos (no passado de uns e no presente de outros), pelos seus médicos, claros sinais de uma brucelose que não fôra até então diagnosticada. Desnecessário se torna frisar que, em todos aqueles casos, se tratava de formas discretas, larvadas ou subclínicas, formas essas que passam habitualmente indagnosticadas se não é atraída a atenção dos médicos para os seus sintomas discretos ou incaracterísticos por qualquer coisa de suspeito, como por exemplo, como aconteceu no nosso caso: uma reacção de soroaglutinação específica feita como inquérito geral, etc.

Em 2, destes últimos 12 casos, tratava-se de bruceloses mais típicas, todas em plena evolução e de relativamente fácil diagnóstico, diagnóstico a que, de resto, os respectivos médicos tinham já chegado ou acabariam muito brevemente por chegar e cuja descoberta se não pode, pois, atribuir apenas ao nosso pequeno inquérito sorológico. De passagem e a propósito, diremos ainda que nestes dois últimos casos se tentaram culturas de sangue que foram, entretanto, negativas.

Como se vê, em 16,00 % dos nossos casos existiam, sobretudo nos antecedentes pessoais, episódios que só se podiam interpretar como bruceloses clinicamente aparentes, embora ligeiras e, portanto, de difícil diagnóstico.

Além de um certo número de casos claros de doença descobertos por inquéritos sorológicos (e, portanto, susceptíveis de tratamento específico e, logo, de alívio e melhoras dos seus padecimentos ou, até, de uma cura eventual), podem estes inquéritos chamar, também, a atenção para alguns outros casos em que já mais difficilmente se poderá pôr o diagnóstico de brucelose, mas que obrigam a uma imediata investigação clínica e laboratorial, sempre proveitosa. No nosso caso descobriram-se, nestas condições, 17 indivíduos (22,66 %), mas sobretudo 14 (18,66 %) cujos antecedentes pessoais, queixas actuais e, ainda, cujos familiares passaram a ser objecto, por parte dos médicos respectivos, de um estudo cuidadoso, no sentido do despiste de qualquer forma de brucelose susceptível de melhoria ou cura.

III''' — RESUMO E CONCLUSÕES FINAIS DOS RESULTADOS OBTIDOS

Resumindo tudo o que atrás se disse a propósito do resultado das reacções de Huddleson efectuadas em 2.000 soros e dos resultados dos inquéritos clínico-epidemiológicos sumários feitos nos casos positivos, podemos destacar, assim, os pontos fundamentais que julgamos ter provado:

A) Num inquérito sorológico para pesquisa de aglutininas antibrucélicas, efectuado em 2.000 indivíduos sem qualquer doença febril aparente, habitando, mais ou menos uniformemente, quase todo o País (só com excepção das regiões ao

Norte do rio Douro), encontrámos 75 em que foi possível revelar, pela reacção de Huddleson, aquelas aglutininas no soro. Isto dá-nos uma percentagem de 3,75 % de casos sorologicamente positivos na população portuguesa geral, supostamente saudável (pelo menos sem brucelose clinicamente reconhecida).

B) Dos 75 casos positivos, a maioria (66, isto é 88,00 %) revelou títulos de aglutininas inferiores a 1/80; só em 9 casos (12,00 %) se encontraram títulos superiores (5 casos a 1/80, 2 a 1/160 e 2 a 1/320 ou superiores).

C) Os casos positivos distribuem-se, de maneira bastante uniforme, por quase toda a área estudada (do rio Douro à costa do Algarve) e sobretudo pelos principais focos de endemia de brucelose no País.

As províncias do País onde se encontraram mais elevadas percentagens de infecções brucélicas inaparentes foram, por ordem decrescente, as seguintes: 1) Beira-Alta (6,39 %, em 172 indivíduos), 2) Beira-Litoral (5,64 % em 89 indivíduos), 3) Algarve (4,32 % em 162 indivíduos), 4) Beira-Baixa (3,98 % em 201 indivíduos) e 5) Estremadura (3,81 % em 996 indivíduos); estes resultados estão proporcionalmente de acordo com os resultados dos inquéritos epidemiológicos da D. G. S. (de 1913 e de 1950) e com o número de casos clinicamente diagnosticados comunicados às autoridades sanitárias nestes dois últimos anos.

A mesma concordância de proporcionalidade, entre os casos clinicamente diagnosticados e os casos inaparentes de brucelose, se verifica, de uma maneira geral, na distribuição dos casos inaparentes por distritos: 1) Viseu (7,54 % em 106 indivíduos), 2) Leiria (6,42 % em 202 indivíduos), 3) Guarda (4,54 % em 66 indivíduos), 4) Setúbal (4,08 % em 392 indivíduos), 5) Castelo Branco (3,98 % em 201 indivíduos), 6) Lisboa (3,33 % em 510 indivíduos), etc. Exceptua-se, apenas, o caso aparentemente estranho do distrito de Setúbal onde, apesar de serem raros os casos diagnosticados clinicamente e comunicados às autoridades sanitárias, bem como os referidos pelos inquéritos epidemiológicos, parece existir, entretanto, uma percentagem assaz elevada de casos inaparentes, o que merece mais detalhado estudo do assunto, naquele distrito.

Repete-se, entretanto, que, de maneira geral, há concordância e proporcionalidade na distribuição geográfica dos casos clinicamente diagnosticados e dos casos inaparentes de brucelose em Portugal.

D) Dos 75 casos positivos, 26 eram homens e 49 mulheres. Calculadas as percentagens corrigidas para ambos os sexos (visto o número de mulheres examinadas ter sido superior ao dos homens), achou-se que elas eram de 3,14 % para o sexo masculino e de 4,18 % para o sexo feminino.

Isto pode-nos fazer crer, aparentemente, que seja mais elevada neste último sexo a percentagem de infecções brucélicas inaparentes, facto este já constatado pelo Dr. Henrique de Oliveira (no centro do País) e que talvez se pudesse explicar por, no nosso meio rural (onde vivia a maioria dos indivíduos examinados), as mulheres lidarem mais com os animais (sobretudo com caprinos que parecem ser os principais responsáveis pela transmissão da doença ao homem, entre nós) e por fazerem, talvez, mais consumo de leite cru e lacticínios frescos, do que os homens.

Note-se, entretanto, que as diferenças daquelas percentagens são demasiado pequenas ainda para que o seu significado estatístico possa ter um valor apreciável. Como conclusão, será preferível afirmar-se, apenas, que em Portugal o número de homens aparentemente saudáveis mas revelando aglutininas antibrucélicas no soro é muito aproximado e praticamente igual ao número de mulheres nas mesmas condições.

E) O grupo etário em que se encontra o maior número dos 75 casos positivos é o compreendido entre os 21 e os 40 anos (53,33 % dos casos). As infecções brucélicas inaparentes teriam, parece, predominância pelos adultos na idade média da vida, como sucede, de resto, com os casos de brucelose franca.

F) Dos 75 casos positivos, a maioria (56,00 %) vivia em meio rural, sendo, na sua maior parte (32,00 %), mulheres. As profissões mais frequentes nos nossos 75 casos, são: 1) rurais (domésticas em meio rural, trabalhadores rurais masculinos e serviçais em meio rural); 2) pastores e tratadores de gado; 3) carniceros; e 4) operários de lanifícios. É óbvia, em todas estas profissões, a importância do contacto, directo ou indirecto, com animais ou seus produtos.

G) Bebiam, habitualmente, leite cru 24 dos 75 indivíduos

com sorologia positiva (32,00 %); e, daqueles, a maioria — 15 (20,00 % do total) — bebia leite cru de cabra. Comiam, com certa frequência, queijinhos frescos de leite de cabra 26 indivíduos (34,66 %). Tinham ou tinham tido, habitualmente, contacto com quaisquer gados 32 indivíduos (42,66 %), verificando-se esse contacto, na maior parte dos casos (em 18 casos), com gado caprino só ou com gado caprino e outros gados.

Conjugando estes três dados (leite cru, lacticínios frescos e contacto com animais), verifica-se que o número de casos em cujo presente ou passado se encontrava, habitualmente, um só ou mais do que um daqueles três factos, sobe a 63, isto é 84,00 % do total de casos com sorologia positiva. Damos, a este facto, grande importância, visto ele nos mostrar que uma enorme maioria (84 %) dos indivíduos aparentemente saudáveis em que se encontram, no soro, aglutininas antibrucélicas, reuniu condições extremamente favoráveis para poder ter sofrido uma infecção por *Brucellae*, embora essa infecção possa ter decorrido inaparentemente.

H) Chamada a atenção dos respectivos médicos assistentes para os 75 casos em que se encontraram aglutininas antibrucélicas e estudados esses casos com grande atenção, foi possível descobrir indubitáveis sinais clínicos de brucelose aparente e clinicamente diagnosticável em 10 casos (13,33 % do total), na sua grande maioria como doença já passada. Note-se que, entretanto, estes 10 casos (todos eles formas ligeiras, muito discretas) só foram descobertos e diagnosticados devido ao inquérito que para eles chamou a atenção dos respectivos médicos.

Em 14 casos (18,66 %) descobriram-se, na história progressiva ou no momento actual do exame, sinais que são, por vezes, sugestivos de possíveis bruceloses (que, se realmente o são, representam formas discretíssimas da doença): febrículas incaracterísticas, antigos sintomas febris indeterminados, «reumatismos», etc. A respeito destes últimos casos nada se pode afirmar de concreto, como é óbvio; mas julgamos que a suspeita de brucelose é, pelo menos, provável, visto se tratar de indivíduos revelando no soro aglutininas específicas.

Finalmente, em dois casos (2,66 %) existiam formas evolutivas de brucelose franca, de fácil diagnóstico e cuja descoberta não se pode imputar só a este inquérito.

I) Verifica-se, assim, que, além dos dados que nos proporcionam à cerca da distribuição dos casos revelando aglutininas antibrucélicas no soro (dando a conhecer a proporção de infecções inaparentes por *Brucellae* numa dada população) e dos conhecimentos que nos podem dar sobre factores epidemiológicos de interesse ligados àqueles casos, os inquéritos sorológicos deste tipo permitem, ainda, descobrir um número apreciável de casos sintomáticos mas discretos de brucelose que, de outra maneira, passariam totalmente despercebidos. Estes últimos casos podem, assim, vir a ser susceptíveis de cura ou de alívio de antigas queixas até então não ou erradamente diagnosticadas.

IV — AGRADECIMENTO

Seríamos injustos se, ao terminarmos, não expressássemos o nosso reconhecimento aos Ex.^{mos} Senhores Drs. Augusto da Silva Travassos, Director Geral de Saúde; Augusto Braga de Castro Soares, Inspector Superior da D. G. S.; Fernando da Silva Correia, Director do Instituto Superior de Higiene; Arnaldo Sampaio, Chefe dos Serviços de Bacterologia do I.S.H. bem como a todo o pessoal do seu laboratório; Fernando Nogueira, Médico dos H. C. L.; e a todos os Delegados, Subdelegados de Saúde e Directores de Dispensários, que tornaram possível, aconselharam ou facilitaram este trabalho.

RESUMO E CONCLUSÕES

Como contribuição para um melhor conhecimento da morbidade e da dispersão da brucelose humana em Portugal, o Autor resolveu efectuar, ao mesmo tempo que se fazia o inquérito da Direcção Geral de Saúde sobre a brucelose humana (em 1950), uma pesquisa de aglutininas antibrucélicas nos soros de um número razoável de indivíduos aparentemente saudáveis, dispersos, mais ou menos uniformemente, por todo o País.

Pretendia-se, assim, conhecer, de uma maneira aproximada, as percentagens dos casos inaparentes de brucelose entre a população portuguesa, percentagem essa naturalmente muito superior à dos casos clinicamente diagnosticados, como sucede em todo o mundo.

Já anteriormente dois autores nacionais, o Prof. J. Cândido de Oliveira, em Lisboa e Sul do País (em 1941), e o Dr. Henrique de Oliveira, em Coimbra e centro do País (em 1947-49), tinham feito estudo idêntico em 1.000 soros cada um, e achado, respectivamente, as percentagens de 3,50% e de 3,00% de casos com sorologia positiva.

O Autor do presente trabalho examinou 2.000 soros provenientes, de uma maneira bastante regular e uniforme, de quase todas as regiões do País, excepto das terras ao norte do rio Douro. Utilizando, como processo de pesquisa, a reacção de Huddleson, descobriu 75 indivíduos aparentemente saudáveis que revelaram aglutininas antibrucélicas no soro, obtendo, assim, uma percentagem de 3,75 % de casos com sorologia positiva. A grande maioria dos casos positivos, 66 (88,00 %), revelou títulos baixos de aglutininas antibrucélicas: inferiores a 1/80. Só em 9 casos (12,00 % dos positivos) se encontraram títulos superiores: 5 com títulos a 1/80, 2 com títulos a 1/160 e 2 com títulos a 1/320 ou superiores.

De uma maneira geral, estes resultados revelam uma percentagem de casos com títulos elevados superior à dos do Dr. Henrique de Oliveira, mas inferior à dos do Prof. J. Cândido de Oliveira.

A todos estes 75 casos positivos foram enviados pequenos inquéritos clínico-epidemiológicos, a preencher pelos respectivos médicos sanitários (das áreas em que habitavam) ou pelos respectivos médicos assistentes. Os resultados destes inquéritos sumários mostraram, em resumo, que:

1.º — A percentagem de infecções inaparentes por *Brucellae* em Portugal é, de uma maneira geral, mais ou menos uniforme ao longo de todo o País, considerado globalmente (3,75 %). Parece, entretanto, que a distribuição destes casos segue, sobretudo, os principais focos de endemia de brucelose clinicamente reconhecida no País: focos da Beira Alta (6,39 %), da Beira Litoral (5,64 %), do Algarve 4,32 %), da Beira Baixa (3,98 %) e da Estremadura (3,81 %).

2.º — Estas infecções são mais frequentes em indivíduos vivendo em meio rural e, aqui, talvez ligeiramente mais frequentes no sexo feminino (4,18 %) do que no masculino (3,14%); sendo, sobretudo, em qualquer dos sexos, atingidas as profissões que obrigam a um contacto, directo ou indirecto, frequente com gados ou seus produtos.

Note-se que a diferença da distribuição dos casos positivos por sexos, para a qual se propuseram já várias hipóteses, não é, entretanto, de suficiente significado estatístico (por demasiado pequena) para que se possam tirar conclusões definitivas a este respeito.

3.º — Demonstrou-se a importância do contágio, directo ou indirecto, a partir de fontes animais, na grande maioria (84,00 %) dos casos inaparentes de brucelose.

Provou-se ainda, por estes inquéritos e outros trabalhos, que a espécie pecuária que, em Portugal, parece ser a principal responsável pela transmissão, directa ou indirecta, da doença ao homem é a caprina.

4.º — Provou-se também que, além das infecções que decorrem de maneira totalmente inaparente, os inquéritos sorológicos deste tipo permitem descobrir ainda um número razoável de formas ligeiras ou larvadas da doença que, de outra maneira, nunca seriam provavelmente diagnosticadas, na sua maioria, como brucelose.

5.º — Julga o Autor ter provado, assim, o interesse real dos inquéritos deste tipo, como contribuição efectiva para o melhor conhecimento da epidemiologia da brucelose humana, em qualquer país ou região do globo.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Comme contribution pour une meilleure connaissance de la morbidité et de la distribution de la brucellose humaine au Portugal, l'Auteur a exécuté, au même temps que l'enquête épidémiologique générale sur la maladie (Direction Générale de la Santé Publique — 1950), une recherche d'agglutinines antibrucéliques dans les sérums d'un certain nombre de personnes uniformément distribuées dans le pays.

On prétendait connaître le pourcentage approché des cas inapparents de brucellose dans la population portugaise, pourcentage naturellement très supérieur à celle des cas cliniquement diagnostiqués, comme c'est de règle dans le monde entier.

Le Prof. J. Cândido de Oliveira (Lisbonne, 1941) et le Dr. Henrique de Oliveira (Coimbra, 1947-49) avaient déjà fait des études semblables, sur 1.000 sérums chacun, dans quelques zones du pays, observant, respectivement, les taxes de 3,50% et de 3,00% de cas sérologiquement positifs.

L'Auteur a examiné 2.000 sérums provenant de presque toutes les régions du Portugal, sauf des régions au nord du grand fleuve (Douro) que traverse le nord du territoire. Employant le procédé de Huddleson (seroagglutination rapide, de lecture macroscopique), l'Auteur a trouvé 75 individus qui n'avaient pas des signes cliniques caractéristiques de la maladie, mais dont les sérums avaient d'agglutinines antibrucéliques—pourcentage de 3,75% de cas sérologiquement positifs.

La grande majorité de ces cas — 66 (88,00 %) — a montré un titre bas de agglutinines (titres inférieurs à 1/80); 9 cas seulement (12,00 %) ont montré des titres égales ou supérieurs à 1/80: 5 cas avec titres à 1/80, 2 cas avec titres à 1/160 et 2 autres cas avec titres de 1/320 ou supérieurs.

Par ces résultats et par ceux des réponses aux enquêtes clinico-épidémiologiques sur les 75 cas sérologiquement positifs, l'Auteur a conclu:

1.º — La pourcentage d'infections inapparentes par *Brucellae* c'est, au Portugal, en général, assez régulièrement uniforme dans presque tout le pays (3,00 % à 3,75 %).

Ces cas inapparents se rencontrent surtout dans les principaux foyers cliniquement connus de l'endémie.

2.^o — Les infections latentes et inapparentes sont plus fréquentes dans les milieux ruraux, surtout dans ceux qui ont un contact fréquent avec les animaux domestiques.

3.^o — Dans une grande majorité de ces cas (84,00 %) on a vérifié l'existence et l'importance d'un contact préalable, direct ou indirect, avec le bétail. Les chèvres sont, apparemment, les plus responsables par ce contact.

4.^o — On a pu découvrir, par les enquêtes de l'Auteur faites sur les 75 individus sérologiquement positifs, un nombre raisonnable de cas légers ou larvés de brucellose, susceptibles de guérison ou de soulagements, que, d'autre façon, ne seraient, probablement, jamais diagnostiqués comme cas de brucellose.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

As a contribution for a better knowledge of the morbidity and the distribution of human brucellosis in Portugal, the Author made a research of anti-*Brucellae* agglutinins on a reasonable number of apparently healthy people distributed all over the country.

This research was made in order to know the percentage of the latent and asymptomatic cases of brucellosis among the Portuguese population.

Prof. J. Cândido de Oliveira in Lisbon and in the south of Portugal (1941), and Dr. Henrique de Oliveira in Coimbra and in the centre of Portugal (1947-49), had already made an identical study, and they had found, respectively, percentages of 3,50 % and 3,00 % of serologically positive cases.

The Author of the present survey studied 2.000 sera of apparently healthy people from almost all the regions of the Portuguese territory (excepting the regions north of the Douro river). Employing the Huddleson's test, the Author found 75 persons who showed anti-*Brucellae* agglutinins in the serum, that is a percentage of 3,75% of positive cases. 88,00 % of these showed titres lower than 1/80; the remaining 12,00 % showed titres of 1/80 or higher.

Epidemiological surveys were made in all the positive cases, with the following results:

1st. — There is a general agreement in the geographical distribution of latent and clinical manifested cases of the disease in Portugal.

2nd. — The latent infections are more frequent in rural areas, specially in those who have daily contact with animals or their products.

3rd. — On the majority of the inapparent or asymptomatic cases (84,00 %) the importance of direct or indirect contact with animal sources, was demonstrated and, apparently, goats are the most responsible for that.

4th. — Through this serological survey it was possible to found a reasonable number of non diagnosed clinical cases susceptible of improvement by therapeutic measures.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Action International contre la brucellose. *Chron. Organism. Mond. Santé*, 5 (5), 141; Genève, 1951.
- (2) ALVAREZ, M. A. y MENA, M. — Brucellosis post-transfusional. IV Congreso de la Brucelosis. *Vol. ed. en el México*, p. 283; México, 1944 [citado por (12)].
- (3) Bang's Disease Control Program in Minnesota. *Minnesota Legislative Committee Publication*; Nov., 2, 1947.
- (4) BETTENCOURT, N. — Le contrôle bacteriologique de la melitococcie chez l'homme et chez les animaux. *Arq. Inst. Central de Higiene*, 1 (4), 339; Lisboa, 1915.
- (5) BORTS, I. H. — Some observations regarding the epidemiology, spread and diagnosis of brucellosis. *J. Kansas M. Soc.*, 4, 399; 1945.
- (6) BORTS, I. H. — Letter to the editor. *J.A.M.A.*, 134, 394; 1947.
- (7) BRITO-MENA, M. A. — Brucellosis por transfusion sanguínea. I Reunion Interamericana de la Brucelosis. *Ed. del Hospital General, México*, 707; México, D. F., 1948 [citado por (12)].
- (8) Brucellosis: a symposium. *Amer. Associat. for the Advanc. of Science ed.*; Washington, D. C., 1950.
- (9) CARPENTER, C. M. — Brucellosis. *M. Clin. North America*, 27, 698; 1943.
- (10) CASTAÑEDA, M. RUIZ, TOVAR, R. and CARDENAS, C. C. — Studies on brucellosis in México: Comparative study of various diagnostic tests and classification of the isolated bacteria. *J. Infect. Dis.*, 70, 97; 1942.
- (11) CASTAÑEDA, M. RUIZ — Brucellosis. *Edition de la revista Medicina, México*, D. F., 1942.
- (12) CAYOLLA DA MOTTA, L. A. C.-R. — A brucelose como doença transmissível por hemoterapia. (Com citação, a propósito, de alguns dados epidemiológicos, serológicos e bacteriológicos sobre a brucelose em Portugal). *Clínica, Higiene e Hidrologia*; vol. 17 (N.º 10), 229; Lisboa, 1951.
- (13) CECIL, R. L. — Text-book of Medicine, 7th ed. *W. B. Saunders ed.*; Philadelphia, 1948.
- (14) Centres F.A.O./O.M.S. de la Brucellose. *Chron. Organism. Mond. Santé*, 5 (6), 182; 1951.
- (15) CONCEIÇÃO CORREIA, F. R. — Títulos de aglutininas antibrucélicas em indivíduos febris sem diagnóstico clínico de brucelose. *Boletim do Instituto Superior de Higiene* (por publicar).
- (16) CONCEIÇÃO CORREIA, F. R. e CAYOLLA DA MOTA, L. — Estudo comparativo da determinação do índice de infecção brucélica pelas provas alérgica (intradérmica) e serológica, numa aldeia portuguesa em área de endemia brucelológica. *Bol. do Instituto Superior de Higiene*; Lisboa, 1952 (por publicar).
- (17) COX, C. D. and KUTNER, L. J. — Brucella agglutinin blocking phenomenon in bovine sera. *Science*, 111 (2890), 545; 1950.
- (18) CRUICKSHANK, R. and BARBOUR, W. J. — *Lancet*, 1931, 852; London, 1931.
- (19) DALRYMPLE-CHAMPNEYS, W. — Undulant fever, a neglected problem. *The Lancet*, March 11 and 18, 1950, pp. 429 and 477; London, 1950.
- (20) DOOLEY, P. — Undulant fever. An epidemic of subclinical infection with *Brucella*. — *Arch. Int. Med.*, 50 (3), 373; 1932.
- (21) DUSTIN, C. C. and WELER, H. L. C. — Chronic brucellosis. *New England J. Med.*, 22 (16), 670; 1940.
- (22) Editorial (Dep. of Bacteriology-Northwestern Unvers. Med. School, Chicago). — Studies in the laboratory diagnosis of brucellosis. *Quarterly Bull. of Northwestern University Medical School*, 23, 432; Chicago, 1949.

- (23) Editorial — Brucelloses humaines. *Inter-Exter*, 37, 12; Paris, 1950.
- (24) EVANS, ALICE C. — Chronic brucellosis. *J. A. M. A.*, 103, 665; 1934.
- (25) EVANS, ALICE C. — Brucellosis (Undulant fever). *Miscellaneous publication N.º 34, U. S. Public Health Service*; 1945.
- (26) FERREIRA, A. JACINTO — Verification bacteriologique de la brucellose bovine à Fafe (Portugal). *Arquivos do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*; Lisboa, 1933.
- (27) FINZI, G. — New researches on Contagious Abortion (Bang's disease). *XII Congresso Internacional de Medicina Veterinária* [citado por (86)].
- (28) FLEMING, D. S. and ROEPKE, M. H. — Relation of human and bovine brucellosis in Minnesota. *Public Health Reports*, 64, 1044; Washington, 1949.
- (29) FOSHAY, L. — Laboratory diagnosis of undulant fever. *Amer. J. Clin. Pathol.*, 10, 176; 1940.
- (30) FURBETA, F., VINCIGUERRA, I. — Incidenza delle Brucellosi, con special riferimento alla provincia di Impiera. *L'Igiene Moderna*, 42, 48; Parma, 1949.
- (31) GILBERT, R. and COLEMAN, M. B. — *J. Lab. Clin. Med.*, 17, 87; 1931 (citado por 86).
- (32) GIULIANO, V. — Brucellosi latenti professionale. *Ann. Igiene*, 55, 116; 1945.
- (33) GOULT, S. E. and HUDDLESON, I. F. — Diagnostic methods in undulant fever (brucellosis) with results of a survey of 8.124 persons. *J. A. M. A.*, 109, 1971; 1937.
- (34) GRIFFITH, J. J. — Agglutinations and agglutinin «blocking» property in serums from known cases of brucellosis. *Publ. Health Rep.*, 62, 867; 1947.
- (35) Groupe mixte F.A.O./O.M.S. d'experts de la brucellose — Rapporte sur la première session. *Organisation Mondiale de la Santé*; Série de rapports techniques, N.º 37; Genève, 1951.
- (36) HARDY, A. V., JORDAN, C. F., BORTS, I. H. and HARDY, GRACE C. — Undulant fever with special reference to a study of *Brucella* infection in Iowa. *Natl. Inst. Health Bull.*, N.º 158; 1930-1931.
- (37) HARDY, A. V., JORDAN, C. F. and BORTS, I. H. — Undulant fever, further epidemiological and clinical observations in Iowa. *J. A. M. A.*, 107, 559; 1936.
- (38) HARRIS, H. J. — Brucellosis: advances in diagnosis and treatment. *J. A. M. A.*, 131, 1485; 1946.
- (39) HARRIS, H. J. — Brucellosis (Undulant fever) Clinical and Subclinical, 3rd ed., P. B. Hoeber ed.; New York, 1950.
- (40) HERRELL, W. E. and BARBER, T. E. — A new method for the treatment of brucellosis. *J. A. M. A.*, 144, 519; 1950.
- (41) HUDDLESON, I. F. — Brucellosis in Man and Animals. *Commonwealth Fund ed.*; New York, 1943.
- (42) JOHNS, E. C., CAMPBELL, F. J. H. and TENNANT, C. S. — A serological and clinical investigation of individuals exposed to *Brucella abortus*. *Canad. M. A. J.*, 27, 490; 1932.
- (43) JORDAN, C. F. — Infection in the epidemiology of undulant fever in the general population and in selected groups, in Iowa. *J. Infect. Dis.* 48, 526; 1931.
- (44) JORGE, RICARDO — La fièvre ondulante (au Portugal). *Arq. Inst. Central de Higiene*, 1 (4), 301; Lisboa, 1915. *Bull. de l'Off. Intern. Hyg. Publ.* 7, 255; Paris, 1915.
- (45) KAPLAN, M. M. — Present knowlege of brucellosis (a summary). *Bull. of the Worl Health Organiss.*, 3 (2), 309; Genève, 1950.
- (46) KLING, C. — *Comm. du Lab. Bact. de l'Etat Suedois*, IX; 1929 [citado por (39) e (86)].
- (47) LAKTIONOW e MARKOW — *Med. Vet. Sov.*, t. 1, 1936 (citados no *Bull. de l'Institut Pasteur*, 1937).
- (48) LEHR, E. — Chronic brucellosis, a public health problem. *Illinois M. J.*, 86, 272; Chicago, 1944.

- (49) LIPPI, M. — La brucellosi nella provincia di Cagliari dal 1927 al 1947. *Archiv. Ital. di Scienze Mediche Colonial e Parasitologia*, 30, 143; 1949.
- (50) MAGOFFIN, R. L., KABLER, P., SPINK, W. W. and FLEMING, D. — An epidemiological study of brucellosis in Minnesota. *Public Health Reports*, 64 (33), 1021; 1949.
- (51) MANEFEE, E. E. and POSTON, MARY — Significance of standard laboratory procedures in the diagnosis of brucellosis. *Am. J. M.*, 197, 646; 1939.
- (52) MELO, F. DE FONTES PEREIRA DE — Transmission des brucelloses aux diverses espèces animales et à l'homme. (Relatório apresentado à XI Reunião da Repartição Internacional de Epizootias). *Boletim Pecuário*, n.º 3, 1937.
- (53) MELO, F. F. P. e TROPA, E. — *Medicina Contemporânea*, n.º 62; Lisboa, 1944.
- (54) MENDONÇA MACHADO — Études sur la Brucellose (animal) en Portugal. *Repositório de Trabalhos do Laboratório Central de Patologia Veterinária*, Vol. IV; Lisboa, 1938.
- (55) MESSER, A. I. — *Brit. Med. Journ.*, Nov. 1934, 856; 1934.
- (56) MOLINELLI, E. A., FERNANDEZ-ITHURRAT Y ITHURRALDE, D. — Epidemiologia de la brucelosis humana en la Republica Argentina. *Rev. Assoc. Med. Argen.*, 62, III; Buenos Aires, 1948.
- (57) MORALES-OTERO, P. — *J. Publ. Health Trop. Med.*, 6, 3; Porto-Rico, 1930 [citado por (86)].
- (58) MORIN, MARCEL — Brucellosis. *La Presse Médical*, 58, 497; Paris, 1950.
- (59) NINA, CRISTIANO — Brucelose; aspectos clínicos e terapêuticos. *Clinica, Higiene e Hidrologia*, 17 (n.º 10); Lisboa, Outubro de 1951.
- (60) OLIVEIRA, HENRIQUES DE — Contribuição para o estudo da dispersão das aglutininas antibrucélicas humanas, em Portugal. *Arq. Inst. Patologia Geral da Universidade de Coimbra*, 5 (1947-1949), 75; Coimbra, 1949.
- (61) OLIVEIRA, J. CÂNDIDO DE — As aglutininas anti-brucela nos soros enviados ao laboratório. *Lisboa Médica*, 38, 442; Lisboa, 1941.
- (62) PIÑERO-GARCIA, P. — *El Dia Médico*, 20 (26), 967; Buenos Aires, 1948 [citado por (12)].
- (63) PONS Y VALENTI, F. — La brucelosis humana. *Salvat ed*; Barcelona, 1944.
- (64) POP, A., MARINOV, I. e OGERU, D. — *Arch. Roum. Path. Exp. et Microb.*, 12, 5; 1942.
- (65) Proceedings of the 3rd Inter-American Congress on Brucellosis, Washington, D. C., 1950 [segundo o «Comité mixto de peritos F.A.O./O.M.S. de brucelose» (35)].
- (66) SAD BILAL GOLEM — L'état actuel de la brucellose en Turquie. *Türk Ijiyen ve Tecrubê Biyoloji Dergisi*, 9 (3), 63; 1949.
- (67) SAMPAIO, A., CONCEIÇÃO CORREIA, F. e CAYOLLA DA MOTTA, L. — Contribuição para o conhecimento e classificação das estirpes de *Brucellae* que infectam a população portuguesa. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge*, VI (33), 323; Lisboa, 1951; e *Medicina Contemporânea*, 69 (N.º 11) 595; Lisboa, 1951.
- (68) SAMPAIO, A., CONCEIÇÃO CORREIA, F. e CAYOLLA DA MOTTA, L. — Resultados da reacção de Huddleson para o diagnóstico da brucelose humana, no Instituto Superior de Higiene. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge*, Lisboa, 1952 (por publicar).
- (69) SENDAS, A. E. — A febre ondulante por *Br. melitensis*; considerações clínicas e epidemiológicas. *Jornal do Médico*, 16 (N.º 402), 499, 7 de Out. de 1950; Porto, 1950.
- (70) SEREFETIN, O. — *Deuts. Med. Woch.*, 42 (1), 758; 1936 [citado por (63) e (86)].
- (71) SHAUGHNESSY, H. J. and GRUBB, T. C. — Reliability of the agglutination test for undulant fever. *J. Lab. and Clin. Med.*, 24, 298; 1938.
- (72) SIGNORELLI, S. — L'infezione brucellare nell'uomo, 2.ª ed.; Roma, 1949.
- (73) SOARES, A. B. DE CASTRO e CAYOLLA DA MOTTA, L. — Inquérito epidemiológico sobre a brucelose humana em Portugal. (Inquérito da Direcção Geral de Saúde de 1950). Nota prévia. *Boletim do Inst. Superior de Higiene*, VII; Lisboa, 1952 (por publicar).

- (74) SOLTYS, M. — *J. Path. Bact.*, 58, 281; 1946 [citado por (39) e (86)].
- (75) SPINK, W. W. — The problem of chronic brucellosis. *Chicago M. Soc. Bull.*, p. 137; Chicago, 1947.
- (76) SPINK, W. W., HUTCHINGS, L. M., MINGLEY, C. K., LARSON, C. L., BOYD, W. L., JORDAN, C. F., and EVANS, ALICE C. — Control and eradication of brucellosis in animals. *J. A. M. A.*, 141, 326; 1949.
- (77) STOENNER, H. J., JENKINS, A. A. and BRAMHALL, E. H. — Studies of brucellosis in Utah. *J. of Infect. Dis.*, 85, 213; Chicago, 1949.
- (78) TAVARES, C. — *Medicina Contemporânea*, vol. XI; Lisboa, 1893 [citado por (44)].
- (79) TAYLOR, R. M., LISBONNE, M., VIDAL, L. F. et HAZEMANN, H. — Investigation de la fièvre ondulante en France. *Bull. Health Organ. League of Nations*, 7, 545; 1938.
- (80) TEIXEIRA, M. J. DE O. — Bruceloses. *Medicina Contemporânea*, 68 (1, 2 e 3); Lisboa, 1950.
- (81) TEIXEIRA, M. J. O. — Palestra sobre Bruceloses. *Palestra proferida na Direcção Geral dos Serviços Pecuários*; Lisboa, em 14-XI-1951.
- (82) THIAGO DE MELO, M. — Importância da brucelose. *Brasil-Médico*, anos 63 e 64; Rio de Janeiro, 1950.
- (83) TOPLEY, W. W. C. and WILSON, G. S. — Principles of Bacteriology and Immunity, 3rd ed. *Williams and Wilkins ed.*; Baltimore, 1946.
- (84) TRAVASSOS, A. DA SILVA — A brucelose humana em Portugal (1950). *Direcção Geral de Saúde*; Lisboa, 1950 (por publicar).
- (85) TRAVASSOS, A. S., REGO, A. F., CORREIA Y ALBERTY, A., RIBEIRO, J. M., SAMPAIO, A. C., TEIXEIRA, M. O., CORREIA, F. C. e MOTTA, L. C. DA — Relatório N.º 1 da Comissão de Estudo de Bruceloses. *Direcção Geral de Saúde*; Lisboa, 26-IV-1951.
- (86) TROPA, EUGÉNIO — Do diagnóstico hemo-sorológico e alérgico das bruceloses bovina e caprina. (Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências Médico-Veterinárias). *Ed. da Imprensa Portuguesa*; Porto, 1939.
- (87) VALENTE, J. S. — Febre de Malta, *Rev. de Medic. Veterinária*, 43, N.º 327; Lisboa, 1948.
- (88) VILLEGAZ, L. G. — *Gaz. Med. Mexico*, 47, 287, 1937 [citado por (11)].
- (89) WADSWORTH, A. B. — Standard Methods of the Div. of Laboratories and Research of the New York Department of Health, 3rd ed. *William and Wilkins ed.*; Baltimore, 1947.
- (90) WILSON, M. M. and MERRIFIELD — The antiglobulin (Coombs) test in brucellosis. *The Lancet*, N.º 6690, Nov. 1, 1951, p. 913; London, 1951.
- (91) ZDRODOWSKI — (citado por G. Finzi) *XII Congresso Internacional de Medicina Veterinária* [citado por (27), (41) e (86)].

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Movimento Geral de Análises Bacteriológicas

PRODUTOS	Média de 5 anos					
	1941-45	1945	1948	1949	1950	1951
Águas	9	5	—	28	33	39
Cabelos (pesq. de tinha e outros parasitas)	—	7	94	87	35	24
Carraças (classificação e inoculação ao cobaio para isolamento de rickettsias)	—	—	—	—	121	50
Culturas para pesquisas de gonococos	—	—	—	—	85	6
Derrames sinoviais (preurais, etc.)	—	—	2	—	6	3
Esfregaços de pús para pesquisas de gonococos	29	19	29	175	180	86
Espectorações para pesquisa de Bacilo de Koch	98	108	473	521	809	1.681
Exsudados de ulcerações penianas	30	29	26	30	30	22
Fezes (inves. de bac. de Koch, disentéricos, tíficos, parasitas e seus ovos) ...	15	16	22	555	807	1.509
Fragmentos de baço e pele ulcerada para pesquisa de Leishmanias	—	—	2	—	2	2
Hemoculturas para brucelas	—	—	—	—	92	180
Líquidos céfalo-raquidianos (1)	30	28	45	156	59	115
Sangue para aglutinação com antígeno Vi	—	—	—	109	31	77
» para contagem de glóbulos, fórmula leucocitária e velocidade de sedimentação	94	120	128	101	124	162
» para pesq. do hematozoário do paludismo e de Kala-azar	0,8	2	7	—	22	11
» para hemocultura de Kaiser	150	207	252	885	893	791
» para hemoglobina	—	—	—	30	124	150
» para reacção de Kahn	630	685	1.851	4.665	9.086	1.922
» para reacção de Wassermann	1.322	1.308	3.212	5.582	9.087	8.649
Outras reacções sorológicas para a sífilis ...	—	—	—	—	—	13.450
Sangue para reacção de Weil-Felix	49	44	68	191	211	126
» para reacção de Widal	411	371	519	1.114	1.534	1.297
» para reacção de Wright ou Huddleson	31	38	157	234	2.841	558
» para reacção de Weinberg	—	—	2	—	2	4
» para hemoculturas de Viridans	—	—	2	2	—	—
Secreção nasal (pesq. do B. Hansen)	—	—	56	26	30	4
Soro-reacções para diagnóstico de viroses e rickettsioses	—	—	—	476	1.699	866
Urinas para exame cito-bacteriológico do sedimento, inoculação na cobaia ou cultura	5	24	4	20	28	22
Vacinas anti-variólicas para verificação ...	—	—	—	9	55	49
Pesquisas do Bacilo de Löffler	—	—	9	445	50	100
Outras análises (2)	29	32	14	121	116	151 (3)
TOTAL	2.932,8	3.043	6.974	15.562	28.192	32.106

(1) Líquidos céfalo-raquidianos para contagem celular, exame cito-bacteriológico, reacções de Wassermann e Kahn.

(2) Leites e outros produtos alimentares, reacção de Hangar, reacção de Takata, diagnóstico da tosse convulsa, tempos de coagulação e hemorragia, expectoração para pesquisa de pneumococos, Hemophilus influenza e fungos, etc., etc.

(3) Não estão incluídos os trabalhos de esterilização, embalagem e remessa de material para colheita de produtos a analisar—em número de 178—enviados às Delegações de Saúde.

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Movimento Geral de Análises no Laboratório de Higiene da Alimentação e Bromatologia

PRODUTOS	Média de 1941-45	1945	1948	1949	1950	1951
Açúcar	7	15	48	34	25	28
Água (cloretos, etc.)	—	—	—	—	4	—
» (completa)	0,6	—	—	—	1	4
» (simples)	55	95	—	109	83	43
» (sumária)	143	100	192	237	275	233
Azeite	68	57	121	105	200	62
Banha	—	—	29	81	26	3
Aguardente	—	—	—	10	—	—
Cacau e chocolate	8	3	1	2	5	4
Café	—	—	2	5	3	1
Chá	—	—	1	—	1	1
Cominhos	17	10	3	4	4	2
Conservas de frutas	6	—	2	1	18	4
Conservas de peixe e mariscos	9	6	41	23	13	20
Corantes de géneros alimentícios	—	—	23	47	72	78
Farinhas diversas	44	47	21	40	14	49
Leite de mulher	10	24	12	11	20	111
» em pó	—	—	—	4	2	—
» de vaca	259	401	407	292	475	478
» pasteurizado	—	—	3	7	1	2
Licores	7	4	2	1	2	—
Manteiga	22	44	64	12	22	11
Margarina	—	—	6	—	—	—
Massa de tomate	19	22	46	33	33	19
Óleos de peixe, de fígados de bacalhau e outros	5	12	19	59	62	210
Óleos vegetais excepto azeite	—	—	—	37	—	97
Pimenta	9	11	2	3	3	—
Pimentão	50	66	1	19	6	13
Queijos	12	47	5	—	—	4
Refrigerantes	—	—	36	24	2	14
Sangue (glicose)	1	5	—	5	—	21
» (ureia, etc.)	9	19	72	81	80	105
Sumos de uva	—	—	—	—	3	—
Trigo	—	—	1	22	2	5

PRODUTOS	Média	1945	1948	1949	1950	1951
	de 1941-45					
Urina (análises químicas)	58	73	221	174	190	313
Vinagre	11	14	15	16	22	27
Vinho	14	8	25	10	27	7
Outras análises (1)	210	173	227	165	30	166
TOTAIS	1.053,6	1.256	1.653	1.673	1.726	2.135

Este Quadro inclui os produtos mandados analisar por particulares e as amostras de géneros alimentícios colhidas pelo Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia, da Direcção Geral de Saúde. Exclui os trabalhos de investigação científica. Durante o ano de 1951 ainda se efectuaram, a pedido da Inspeção Geral de Produtos Agrícolas e Industriais (Ministério da Economia) 36 análises de recurso, respeitantes aos géneros alimentícios a seguir discriminados e que não foram incluídas no quadro:

Azeite	1
Bolos	1
Café	4
Farinhas	23
Laranjadas	1
Manteiga	5
Vinhos	1
TOTAL	36

(1) Água oxigenada, amendoim, azeitonas, arroz, bolachas, canela, centeio, cera, cerveja, dextrina, erva doce, extracto de cola, farinhas para gados, farinheiras, feijão branco, fermento em pó, figos, mel, melaço, pão, peixe, toucinho, etc.

Laboratório da Junta Sanitária de Águas

Movimento geral de Análises no ano de 1951 ⁽¹⁾

O número total de análises efectuadas durante o ano foi de 1.059 sendo :

Análises bacteriológicas de águas de abastecimento	570
Idem de águas de mesa e de águas minero-medicinais	254
Análises de solutos clorados em uso nas estações de purificação de águas de abastecimento	124
Determinações do «Test-gama» de cloro	63
Exames micrográficos de sedimentos e outras análises	48
	1.059

Das 570 amostras de águas de abastecimento eram :

Não tratadas	395
Tratadas	175
	570

Movimento da Secretaria

CORRESPONDENCIA	1940/44 (média)	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951
<i>Recebida</i>								
Total	957	981	1.268	1.539	2.003	3.565	3.986	3.402
Média mensal	79	82	105	127	168	297	332	284
<i>Expedida</i>								
Total	2.424	2.568	2.600	2.893	3.966	6.037	6.519	6.094
Média mensal	202	214	216	241	331	503	543	508

⁽¹⁾ Por falta de espaço não se publica lista das análises, o que será feito oportunamente.

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Mapa comparativo das despesas processadas e pagas

DESPESAS COM O PESSOAL	1936/45 (Média)	1947	1948	1949	1950	1951
Compreendendo pessoal dos quadros, contratado, assalariado, gratificações e despesas com os Cursos, fardamento e batas, suplemento, subsídio eventual, ajudas de custo, etc.	216.945\$80	697.390\$10	671.575\$24	802.053\$40	817.883\$70	854.231\$90
DESPESAS COM O MATERIAL						
Compreendendo aquisições e reparações de máquinas, aparelhos, instrumentos e utensílios, mobiliário de Laboratórios e Secretaria, obras de reparação, aquisição de impressos, material de consumo corrente, livros e outras publicações	44.033\$30	592.462\$09	560.272\$36	445.050\$20	455.685\$80	562.366\$20
PAGAMENTO DE SERVIÇOS E DIVERSOS						
ENCARGOS						
Compreendendo luz, aquecimento, água, limpezas, despesas de comunicações, renda de casa, Boletim, participações em receitas, força motriz, Caixas de Previdência e Abono de Família e outros serviços e encargos não especificados ...	60.035\$60	197.394\$96	237.334\$22	336.159\$40	327.566\$80	335.147\$20
	<u>321.014\$70</u>	<u>1.487.247\$15</u>	<u>1.469.181\$82</u>	<u>1.583.263\$00</u>	<u>1.601.136\$30</u>	<u>1.751.745\$30</u>

CONTA DE GERÊNCIA DE 1951

Receitas diversas	151.745\$30
Subsídio do Estado	1.600.000\$00
	<hr/>
Soma	1.751.745\$30
<i>Despesa total</i>	<u><u>1.751.745\$30</u></u>

Índice do ano VI do Boletim (1951)

	FASC.	PÁG.
A ABRIR	29	3
<i>Presidente da República Marechal António Óscar de Fragoso Carmona</i> — por F. S. C.	29	7
<i>Subsídios para a História de 25 anos de defesa da Saúde Pública em Portugal (1926-1950)</i> — por Fernando da Silva Correia		
I — De 1926 a 1929 (sendo Director-Geral o Prof. Ricardo Jorge)	29	12
II — De 1929 a 1945 (sendo Director-Geral o Dr. José Alberto de Faria)	29	17
III — A partir de 29 de Abril de 1946 (sendo Director-Geral de Saúde o Dr. Augusto da Silva Travassos)	29	43
IV — <i>Algumas realizações de vários serviços</i>	29	54
<i>Dois discursos dirigidos ao Presidente Carmona :</i>		
I — 1929 — <i>Na inauguração do Parque Sanitário</i> — pelo Dr. José Alberto de Faria	29	59
II — 1940 — <i>Inauguração da Exposição do material da luta anti-sezonática</i> — pelo Dr. Fausto Landeiro	29	67
<i>Lugares selectos (algumas páginas de Ricardo Jorge) :</i>		
<i>Duas cartas ao Dr. José Alberto de Faria — Política sanitária</i>	29	75
<i>A intercultural de Portugal e Espanha no passado e no futuro</i>	30	159
<i>Sobre os «Livros antigos portugueses»</i>	31	232
<i>Uma carta da América, do Dr. Rolla Hill</i>	29	78
<i>Circular do Director-Geral de Saúde de 27 de Outubro de 1945</i>	29	79
<i>Aspectos da prática sanitária</i> — por Carlos d'Arruda Furtado	30	81
<i>A competência profissional dos subdelegados de Saúde</i> — por Fernando da Silva Correia	30	101
<i>Epidémica de triquinose humana em Aranhas, no concelho de Penamacôr</i> — por José Lopes Dias	30	113
<i>Acerca da triquinose em Portugal</i> — por António Alves da Cruz	30	131
1868 — <i>Algumas palavras a propósito de um caso de triquinose observado em Lisboa</i> — por J. J. da Silva Amado	30	142
<i>Subsídio para a História do Instituto de Higiene (Regulamento de 1912)</i>	30	148

	FASC.	PÁG.
<i>Novos aspectos na sorologia da sífilis</i> — por Arnaldo Sampaio	31	161
<i>Exames médicos sanitários pelos subdelegados de Saúde</i> — por E. Rocha Santos	31	186
<i>Formação escolar e formação profissional</i> — por Delfim Santos	31	203
<i>Estudos de técnica toxicológica (relatório)</i> — por Maria Regina Costa	31	221
<i>O conteúdo em carotenos, tiamina e ácido ascórbico de amostras de mel português</i> — por Gabriela L. Pinto	31	229
<i>Livros entrados na Biblioteca do Instituto durante o ano de 1951</i>	31	239
<i>Esboço da História da Medicina Social em Portugal</i> — por Fernando da Silva Correia	32	241
<i>Livros entrados na Biblioteca do Instituto durante o ano de 1951 (cont.)</i>	32	318
<i>Estudos sobre Bruceloses — Palavras prévias</i> — pelo Dr. Augusto de Castro Soares	33	323
<i>Contribuição para o estudo e classificação das estirpes de «Brucellae» que infectam a população portuguesa</i> — por A. Sampaio, F. Conceição Correia e L. Cayolla da Motta ...	33	327
<i>Dispersão das aglutininas anti-brucélicas na população portuguesa</i> — por Luís Cayolla da Motta	33	363
<i>O Instituto Ricardo Jorge em 1951 (estatísticas):</i>		
<i>Movimento geral de análises bacteriológicas</i>	33	405
<i>Movimento geral de análises químicas</i>	33	406
<i>Movimento da Secretaria</i>	33	408
<i>Mapa comparativo das despesas processadas e pagas</i>	33	409

Errata — Na página 262, do n.º 32 do Boletim, onde se lê *Alves Baganha* deve ler-se *Anes Baganha*.

Nota — René Sand acaba de publicar uma edição inglesa do seu livro, com o título de *The advance to Social Medicine*, onde, em 1952, afirma: «Spain and Portugal do not seem to have performed any conspicuous service for social medicine», o que cada vez corresponde menos à realidade, tanto em Portugal como em Espanha.

Índice das gravuras

	FASC.	PÁG.
Fig. 1 — O Posto de Desinfecção de Lisboa em 1894	29	20
Fig. 2 — O Parque Sanitário em 1929	29	20
Fig. 3 — O Presidente Carmona ouvindo o Director-Geral de Saúde Dr. José Alberto de Faria	29	21
Fig. 4 — O Parque Sanitário (construções inauguradas em 1929)	29	34
Fig. 5 — O Parque Sanitário (material de desinfecção em 1929)	29	34
Fig. 6 — Parque Sanitário em 1929 (Casa das Caldeiras) ...	29	35
Fig. 7 — Parque Sanitário em 1929 (Balneário e posto de desparasitação)	29	35
Figs. 8 e 9 — Lavandaria do Parque Sanitário (1929)	29	48
Fig. 10 — Engomadoria (1929)	29	49
Fig. 11 — Oficina de reparação do material do Parque (1929)	29	49
Fig. 12 — Formação Sanitária móvel do Parque Sanitário (1929)	29	66
Fig. 13 — Viaturas do Parque Sanitário (1929)	29	66
Fig. 14 — Dispensário de Higiene Social	29	67
Fig. 15 — Exposição de Material de luta anti-sazonática (1940)	29	67
Fig. 16 — O Presidente Carmona no Parque Sanitário (1940)	29	6
Fig. 17 — Diagrama da infestação pela «Trichinella Spiralis»	30	122
Figs. 18 e 19 — Embriões de «Trichinella Spiralis»	30	130
Fig. 20 — Quisto de «Trichinella Spiralis»	30	130
Fig. 21 — Radiografia com manchas consideradas de quistos de Triquinas	30	131
Fig. 22 — Diagrama da curva provável da produção de reaginas	31	164
Fig. 23 — Gráfico mostrando a descida das reaginas 6 meses depois do tratamento da sífilis recente	31	176
Fig. 24 — Gráfico mostrando a persistência das reaginas passados muitos meses	31	177
Figs. 25 e 26 — Frascos para colheita de produtos a analisar	33	332
Fig. 27 — Estufa para micro-aerofilia	33	334
Fig. 28 — Cartograma com a distribuição da Brucelose humana nos diversos concelhos de Portugal (Inquérito de 1950)	33	353
Fig. 29 — Cartograma referente aos concelhos de Portugal em que foram isoladas «Brucellae melitenses»	33	354
Fig. 30 — Cartograma referente aos concelhos em que se encontraram indivíduos com aglutininas anti-brucélicas	33	377

