



BOLETIM

DO

Instituto Superior de Higiene
Doutor Ricardo Jorge

VOLUME V

LISBOA - 1950



BOLETIM

DO

Instituto Superior de Higiene
Doutor Ricardo Jorge

Ano V

LISBOA-1950

Ao iniciar-se o 5.º ano da publicação do Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge mais não tínhamos do que transcrever as palavras com que abriu o primeiro número de 1949.

Com efeito, em 1950, continuaremos a seguir no Boletim o programa lucidamente traçado pelo fundador e Patrono do Instituto em 1912, iniciado com a publicação dos Archivos e do Boletim a que superiormente presidiu e de que foi o mais assíduo e notável colaborador.

Publicar os trabalhos do Instituto, bem como notícias para divulgação da Higiene e a Legislação mais importante, tem sido, com efeito, o programa deste Boletim desde o princípio.

Trabalhos executados nos seus laboratórios de Bromatologia e de Bacteriologia Sanitária, na sua Biblioteca e nos seus Cursos, fornecendo subsídios científicos originais, fazendo estudos estatísticos, inquéritos, críticas e sugestões, quer dos que pertencem aos quadros do seu pessoal quer estranhos, professores ou alunos, tendente tudo a demonstrar aos responsáveis pelo Governo da Nação e a quaisquer outros leitores quais os recursos que a Higiene oferece ao bem estar da população, bem como os erros e insuficiências da sanidade pública ou particular portuguesa, os exemplos mais dignos de ser seguidos e certas medidas que a Higiene e a Medicina Social aconselham, de tudo se tem dado conta neste Boletim.

Se as circunstancias o permitissem qualquer dos pontos do programa havia já tido maior extensão e profundidade.

Cremos porém estar bem patente a importância crescente do labor dos que têm trabalhado no Instituto Ricardo Jorge. O apetrechamento progressivo dos seus laboratórios tem permitido o início de novos trabalhos que ocupam já hoje, exaustivamente a cada passo, o seu pessoal

técnico e auxiliar, ao mesmo tempo que o aperfeiçoamento dos serviços da Secretaria e a aquisição de revistas e livros para a Biblioteca exigem do respectivo pessoal labor semelhante, impondo o aumento dos quadros e obrigando a deslocamento interno de alguns, conforme aptidões demonstradas, de modo a poder executar-se oportunamente todo o serviço.

O Boletim é o reflexo apenas de todo esse trabalho, que de ano para ano tem aumentado o prestígio do Instituto, a cada passo confirmado por provas inequívocas recebidas, de entidades categorizadas, nacionais e estrangeiras.

Consideramos todavia já alcançada a máxima perfeição e rendimento do Instituto? Nenhum dos que aqui trabalham pensa de tal modo, o que significaria estagnação e redundaria em inércia.

O Boletim, por conseguinte, reflexo das suas actividades e anseios, não pode também julgar-se já perfeito e completo.

Estamos a 8 anos da data (completada em 9 de Maio de 1958) em que passará o centenário do nascimento de Ricardo Jorge. É tempo de se ir pensando no que a compreensão da transcendência da sua obra de higienista da parte dos portugueses cultos pode representar para o aumento da consciência sanitária da Nação e do nível higiénico do País, índices inequívocos de civilização. Impõe-se por isso, a par da glorificação do seu nome, a maior de todas as homenagens, que consiste na reedição das suas obras, pois para admirar Ricardo Jorge basta conhecê-lo bem, não o podendo julgar quem não conhece essas obras que dispensam adjectivos, pois, em relação a ele, estes não passariam de palavras vãs e inúteis.

A incompreensão ainda tão grande, e, o que é mais grave, entre pessoas por muitos títulos ilustres, do significado da Medicina Social, do Serviço Social e da sua importância no mundo de hoje, exige um trabalho de apostolado que faça não só compreender o seu valor mas também o das instituições de Medicina Social já existentes em Portugal, que a maioria da gente não reconhece, chegando a negar-lhes a existência, mas que qualquer estrangeiro culto vê e aprecia com os seus próprios olhos e têm recebido particular incremento nos últimos vinte anos. Estes e muitos outros assuntos terão de ocupar espaço neste Boletim.

Com o apoio de Sua Ex.^a o Subsecretário de Estado da Assistência Social e do Sr. Director-Geral de Saúde e as colaborações habituais tão valiosas, esperamos levar a cabo honrosamente a realização deste intento durante o ano que hoje começa.

Uma lição da história da Higiene

Anunciar uma fala sobre História é sempre correr um risco sério. Iniciar um Curso de Aperfeiçoamento com tal assunto é quase comprometer o curso, como se dum agouro se tratasse.

Vamos começar o 5.º Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, em que, desde o ano passado, têm tomado parte também dois colegas pertencentes aos Serviços Técnicos de Defesa Sanitária dos Portos, Fronteiras e Transportes Colectivos e pelos quais, desde que foram iniciados em 1939, precisamente no ano em que morreu o patrono deste Instituto, já passaram 106 subdelegados de saúde e 4 guarda-mores ou estagiários (22 em 1939, 20 em 1946, 20 em 1947, 19 em 1948, incluindo 2 guarda-mores e 25 no presente curso, que também inclui dois representantes da antiga Sanidade Marítima), ou seja a terça parte dos funcionários médicos das subdelegações e delegações de Saúde e das circunscrições de defesa sanitária dos portos marítimos e aéreos.

Muito se tem dito e criticado sobre cursos de aperfeiçoamento. Tal como fazem os meninos de instrução primária que dizem aos pais que já sabem tudo quando começam a pensar na brincadeira, assim também não é raro (*honni soit qui mal y pense...*) que um médico, não tentado por qualquer brincadeira (a não ser o quase «dever cívico» de assistir a um desafio de foot-ball...) mas obrigado pelo imperativo categórico de tratar da clínica que lhe permita alcançar o pão de cada dia, ao ser convidado a assistir a um Curso de Aperfeiçoamento, responda com uma evasiva em que encobre a convicção de que a orientação dos cursos não é a que devia ser.

(1) Lição de abertura do V Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, realizada no Instituto Ricardo Jorge em 19 de Abril de 1949.

Os subdelegados são mal pagos, não têm tempo para se afastar da clínica e para ocuparem a atenção com assuntos que não terão como consequência aumentar-lhes os vencimentos, dizem outros...

Todos nos lembramos da *violência* exigida durante 40 anos para se tirar o Curso de Medicina Sanitária. Na cadeira de Higiene os professores há 50 anos quase (desde que ela foi separada da Medicina Legal) que se lamentam em vão de os alunos, com o apoio tácito das Faculdades, visto a tal não pôrem embargos, não se aplicarem ao seu estudo.

Os conhecimentos sanitários dos médicos portugueses terão de ser apenas de geração espontânea ou transmitidos por hereditariedade, através de genes especiais. Ou a Higiene será assim coisa tão simples que, tal como a ciência dos meninos de instrução primária, está sempre já toda sabida? A avaliar pelos pareceres que a cada passo chegam das Comissões Municipais de Higiene, de todas as quais fazem parte os respectivos Subdelegados de Saúde, há motivos para duvidar... Mas não é disso que hoje temos de ocupar-nos.

Obrigado por dever de ofício a dar início a mais um Curso de Aperfeiçoamento, tendo a preocupação de orientar o mesmo, tanto quanto possível, num sentido prático, fugindo a erudições e a acrobatismos mentais de efeito garantido, quis trazer a vossas excelências, meus colegas, um depoimento vivo e útil. Eu sei que há muita maneira de orientar um curso. Não me repugna mesmo crer que em Portugal se pudessem conseguir pelo menos 8 milhões de maneiras, tantas quantas as cabeças que nele vivem. É preciso contudo não esquecermos a psicologia do português, o vagar do português, os interesses mentais portugueses, as colaborações dadas pelos portugueses, os recursos postos à disposição dos portugueses e até as paixões dos portugueses...

Estudadas as organizações dos cursos neste género, realizados noutros países e durando o que duram os nossos, o que aliás já foi considerado excessivo, em tempo e em esforço dispendidos, apesar de insuficiente em face dos problemas a estudar, conclui-se que a orientação dada até hoje e que em cada ano e até em cada dia do Curso se procura aperfeiçoar, é suficientemente útil, não nos envergonha e não difere tanto do preconizado por alguns críticos como dizem os que a eles nunca assistiram. Pelo menos tem sido essa a opinião da quase totalidade dos colegas que têm tomado parte nos cursos, ao regressarem a suas casas no fim deles e ao contrário do que a maior parte julgavam ao chegar.

De resto a sua concepção e orientação não são minhas. Apenas a sua realização. Cabem a quem criou o primeiro Curso há 10 anos, aos

Drs. José Alberto de Faria e Carlos d'Arruda Furtado, que só louvores merecem por elas.

O seu a seu dono. Eu sou apenas o responsável pelas faltas cometidas. Os obreiros são os distintos prelectores que honraram o Instituto com a sua sempre excelente colaboração.

Bem hajam suas excelências, bem haja o Senhor Subsecretário de Estado da Assistência Social que aprovou o plano e o Senhor Director-Geral de Saúde, o melhor dos estimuladores e o mais sensato dos julgadores das insuficiências, pelo apoio que nos têm dado e pela honra de vir presidir a este acto.

* * *

Vou dar a V.^{as} Ex.^{as} uma lição, não minha, mas da História da Higiene.

A História... essa desconhecida, como se podia dizer, parafraseando o título famoso escolhido por Carrel para o seu notável livro, infelizmente mais citado do que lido e meditado...

A História causa horror em regra, por fastidiosa, obrigando a decorar datas, sem vida (embalsamada mesmo) e sem utilidade.

Esse horror vem-nos do liceu e eu lembro-me do que senti quando por lá passei. Quando um dia arrisquei os primeiros passos para apurar uma verdade histórica pude então ver que ela é bem diferente e que mais do que «mestra da vida» conforme o lugar comum, ela própria é viva, documentada, útil, dinâmica. Quando assim não é isso é devido a insuficiência de documentação e então deixa de ser História, é lenda ou hipótese, literariamente bem ou mal apresentada.

Há quem odeie a História, pela sua bisbilhotice. São os que a temem. Há cada vez mais quem a aprecie, não só nos capítulos das guerras e conquistas, mas no da Ciência, particularmente no de Medicina, seguindo os historiógrafos uma técnica tão objectiva e exigente como a preconizada por Claude Bernard no estudo da Medicina Experimental. Em todas as grandes Universidades do Mundo a História das Ciências e em especial a da Medicina é ensinada. Na famosa Universidade de John Hopkins, em Baltimore, ensinou-a um dos vanguardistas da Medicina moderna — Sigerist.

A História é, pelo menos, um estímulo de estudiosos, mas também —o que por vezes é bem oportuno e justo— um pelourinho de vaidosos.

Procuremos que ela nos estimule a bem cumprir, num campo restrito, embora importantíssimo, da actividade dos Subdelegados de Saúde.

*
* *
*

Vamos ser sóbrios, documentados, frios, imparciais.

Em certo dia de 1899, vai fazer cinquenta anos em 4 de Julho, certo médico municipal de Portugal, homem feito, de 41 anos, inteligência vivíssima, estudioso incansável, dirigindo havia 8 anos um Serviço Municipal de Saúde e Higiene, tendo anexo um Laboratório Municipal de Higiene, onde se fizeram investigações bacteriológicas no início de tais estudos em Portugal, começados em 1882, em Coimbra, por Augusto Rocha; esse Médico Municipal, que era Professor duma Escola Médico-Cirúrgica, formado aos 21 anos e lente aos 22, entusiasta pelas novidades da neurologia da época, pela pedagogia médica, a microscopia, a fisiologia experimental, a hidroterapia, a electroterapia e pela sã linguagem portuguesa; revelado como sanitarista aos 26 anos ao fazer, num meio indiferente ou hostil, uma série de conferências sobre problemas de higiene social; regendo a Cadeira de Medicina Legal e Higiene, então ligadas, havia 4 anos; esse Médico Municipal, gosando dum excepcional prestígio entre os seus pares e entre as mais categorizadas pessoas da terra em que nascera e onde se impusera à «consideração geral» recebeu nesse dia uma estranha missiva. A pessoa que lhe escrevia merecia-lhe consideração. Tratava-se dum negociante da cidade que chamava a sua atenção para uns óbitos que se haviam dado em circunstâncias anormais, fazendo suspeitar doença perigosa.

Examinadas as certidões de óbito correspondentes nada nelas fazia deduzir nem sequer suspeitar a existência fosse de que doença fosse, não banal. Apesar disso, porém, esse Médico Municipal não se conformou nem ficou socegado, pois a pessoa que lhe escrevera lhe merecia confiança. Mandou um empregado à rua onde lhe diziam ter aparecido o estranho mal e este trouxe como resposta que «tinham morrido pessoas e outras estavam doentes duma espécie de febre com nascidas debaixo dos braços».

Em face disto, já não mandou, foi pessoalmente ali, verificando então que estava «em frente dum foco epidémico de moléstia singular e nova», informando logo do caso o Comissário Geral da Polícia, como autoridade sanitária, o vereador do pelouro, representante da Camara,

e o director clínico do Hospital, este para poder internar e isolar os epidemiados que fossem surgindo.

Entretanto promoveu a limpeza das ruas e a intimação dos habitantes a fim de estes limparem igualmente os prédios onde moravam. Vistos os primeiros doentes em 6 de Julho, averiguado até então o número de 17 atacados, o primeiro dos quais falecera em circunstâncias dramáticas um mês antes, apurou que, desde o dia 6 de Julho até 24 do mesmo mês, haviam sucumbido 6.

Em face da sintomatologia observada e apesar de lhe parecer absurda a existência duma doença que desde os meados do século XVII não voltara a ser assinalada em Portugal e da sua pouca expansão, esse Médico Municipal, depois de observar bem, de ler quanto apanhou à mão (e um seu jovem colega, Camara Pestana, professor da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, por ironia da sorte acabava de publicar uma série de artigos sobre essa doença exótica) após meditações demoradas e hesitações compreensíveis, teve de curvar-se ante a realidade:— Estava em frente duma sintomatologia que só um diagnóstico podia abranger, o de peste bubónica. É já escusado dizer que esse médico municipal foi Ricardo Jorge, o patrono deste Instituto.

Durou três dias a luta íntima entre as realidades e a lógica. Em 9 de Julho desabafava com colegas íntimos, particularmente com Guilherme Nogueira, assistente dos doentes, isolados primeiro em pavilhões do Hospital de Santo António, depois no Hospital de Guelas de Pau. Em 11 comunicava a sua opinião ao Governador Civil, que em 12 enviava ao Ministério do Reino o seu diagnóstico, num officio.

É de registar a prudência usada por Ricardo Jorge, apesar da sua já então comprovada competência e prestígio e de não ter sido, em circunstâncias tão difíceis, dispensado dos trabalhos escolares. Conta ele:

«A responsabilidade que disso pendia sobre a minha consciência médica e profissional, sentia-a tamanha que *pedi autorização* aos Srs. Vereador do Pelouro (do Pelouro de Higiene — Conselheiro Venceslau de Lima) e presidente da Camara para, sob plena confidência, comunicar a minha opinião à autoridade superior do distrito».

Ricardo Jorge foi bom clínico, bom epidemiologista, prudente, disciplinado, discreto e delicado. E repare-se que não fez apenas a clínica, fez o que actualmente é função das visitadoras sanitárias em todo o Mundo. Fez inquéritos epidemiológicos. Não se limitou a mandar colher informações. Realizou o que muitos julgam agora novidade em Portugal e que já em 1854 era preconizado por um valioso regulamento para as

visitas preventivas domiciliárias, da autoria dos então membros do Conselho de Saúde Pública do Reino (correspondente ao actual Conselho Superior de Higiene e Assistência Social) Francisco Inácio dos Santos Cruz, Guilherme da Silva Abranches, Mateus Cesário Rodrigues Moacho, João José de Sousa e Silva e José Dionísio Correia, regulamento em que, para a defesa contra a cólera se criaram os lugares de visitantes, tendo como missão percorrer as casas, uma a uma, averiguando a existência de pessoas com sintomas suspeitos ou evidentes, as condições de asseio e salubridade habitacionais, necessidade de assistência, etc.

*

*

*

Mas o médico municipal Ricardo Jorge não parou aqui.

Diagnóstico de tanta responsabilidade, feito por ele, que nunca vira caso algum de peste, embora assente numa lógica semiológica de ferro, exigia a confirmação do laboratório. Mas nunca em Portugal se tinha feito tal diagnóstico laboratorial, cuja técnica por isso teve de estudar exaustiva e pormenorisadamente. Pois bem, em 8 de Julho, 4 dias depois de lhe ter sido participada a existência da estranha doença, colheu puz dum bubão para cultura e incubação. Em 9 observou um «bacilo que microscòpicamente revestia a morfologia do da peste — curto, atarracado, coração bipolar, espaço branco intermédio», dando nas culturas «cadeias de bacilos, grandes *rosários de amêndoas* dum efeito magnífico e pitoresco (palavras suas). Seria o bacilo de Kitasato-Yersin?».

Mandando todavia uma primeira amostra a Camara Pestana e a Anibal Bettencourt, estes foram de parecer que se tratava de colibacilo. Em 31 de Julho colheu puz de outro doente, em que encontrou, sem sombra de dúvida, o bacilo de Yersin, anunciando em 8 de Agosto oficialmente a sua descoberta sensacional, que Camara Pestana então confirmou, em puz colhido no dia 3.

Podíamos terminar aqui a recordação da notável acção deste Médico Municipal. Mas isso não seria justo, pois calaríamos muitas verdades que são grande lição para todos nós.

*

*

*

Apesar de toda a sua discreção, perfeitamente testemunhada e documentada, a sua opinião tornou-se conhecida dos jornais e, por estes, da população inteira.

Em 8 de Agosto começaram a ser publicadas medidas governativas, a princípio disfarçadas. Mas a 23 de Agosto foi nomeada uma comissão incumbida de estudar as condições sanitárias do Porto e propor as medidas que julgasse oportunas.

Na mesma data era instituído um *cordão sanitário* em volta do Porto, proibindo-se a saída livre da cidade, sujeitando os viajantes a exames médicos e a quarentenas.

Em 14 de Agosto a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Porto realizava uma sessão extraordinária secreta, à qual assistiu Ricardo Jorge, dedicada exclusivamente à peste, aos trabalhos para a sua descoberta e às medidas tomadas contra ela. Nos dias 16, 18, 21, 23 e 25 do mesmo mês, e nos dias 8 e 16 de Setembro e noutros houve sessões calorosas referentes ao mesmo assunto, que começou a apaixonar a classe médica e a população do Porto e de todo o país.

Para a sessão de 23 de Agosto foi convidada toda a classe médica do Porto, tendo assistido a ela cerca de 60 médicos.

Vale a pena ler os relatos dessas sessões, publicados na Gazeta Médica do Porto.

Que ensinamentos de ordem epidemiológica, clínica e deontológica se colhem ali!

Falta-nos o tempo para o fazer neste lugar. Tencionamos fazê-lo em outra oportunidade.

Respiquemos no entanto alguns factos fundamentais.

*

* *

Tal como costuma succeder em circunstâncias destas, uma vez diagnosticada a existência de peste, de modo indiscutível embora, surgiram imediatamente duas espécies de reacções: uma dos médicos que não tinham feito o mesmo diagnóstico, vendo os doentes, que nele não acreditavam, *a priori*, ou que não acreditavam na própria evidência; outra, partida do público ignorante ou de qualquer modo prejudicado com quaisquer medidas tomadas. Já não falamos dos turistas contrariados pelas dificuldades de sair do Porto, nem do terror causado no resto do país pela simples ideia da peste.

Entre os médicos houve reacções que mostraram que na velha mitologia há afinal muito de verdade. Com efeito dir-se-ia que Eolo soltara ao mesmo tempo vários ventos: o da *soberba*, com a sua variante

de *vaidade* ou o seu disfarce de amor *próprio* ou até de *brio*; o da *avareza* ou da *ambição* dos que receavam que só passassem a ser chamados para quaisquer doentes os clínicos que se haviam prestigiado com o diagnóstico da peste; o da *luxúria*, dos que viam nas medidas sanitárias ordenadas um obstáculo a combinações muito bem feitas...; o da *gula* impedindo ágapes já encomendados em dias certos; o da *inveja* (a clássica *invidia medicorum pessima*) que não admitia que Ricardo Jorge tivesse feito o diagnóstico com tal segurança, confirmado por Camara Pestana e, depois, por alguns dos mais notáveis bacteriologistas do Mundo, entre os quais Calmette, discípulo de Pasteur, o que fez dizer a Ricardo: «Pois podia lá admitir-se que no Porto houvesse homem de assaz autoridade e capacidade para fazer um diagnóstico de peste?»

«E depois um patricio nascido ali mesmo na rua da Sovela e filho dum ferreiro! Ninguém é profeta na sua terra — acrescentava ele — e já a santa Sião lapidava os seus profetas».

Os ventos da *ira*, dos despeitados, dos invejosos, dos vaidosos, dos receosos de perder clientes, e o da *preguiça*, dos que não faziam nem eram capazes de fazer o que Ricardo fez, estudando, percorrendo vielas lóbregas e imundas, expondo-se às picadas de pulgas ou a gotículas de pestosos pneumónicos que não podia afiançar-se não lhe poderem surgir, cansando-se, atrasando afazeres, retardando refeições e abstendo-se de distrações, mal atendendo as palavras da família, tudo isso era substituído cómodamente, nos preguiçosos por o serem e nos outros pelos motivos específicos que os aticavam, pela tradicional maledicência, pela má língua do café, da botica, da mercearia do lado, das casas dos seus clientes, da rua, dos carros americanos, dos comboios.

E então a população do Porto ouvia dizer as coisas mais absurdas: — Sabem o que diz o Dr. Sousa e Oliveira, que é um dos médicos mais distintos do Porto, fundado no que viu em doentes do Hospital de S.^{to} António? — diziam uns — Que os casos que tem visto no Hospital são casos banais: um *antraz* da parede do ventre que deu rebate nos gânglios da virilha e que se tornou grave por se tratar de um homem já de idade, com hábitos alcoólicos; outro, considerado suspeito por ter um *pequeno gânglio na virilha*, não tinha febre e o seu estado era tal que na véspera dera um grande passeio a pé e ao ser observado falava desembaraçadamente, respondendo a tudo que lhe perguntavam, andando sem dificuldade, sendo outro caso banal; outros, eram uma *púrpura* grave, uma *linfangite* sem importância e uma *gastro-enterite* que, re-

caindo, produziu a morte, sem nada de extraordinário. Como era possível tratar-se de peste, se ela há tantos anos não tocava no Porto, e agora que a Higiene está tão adiantada, não apparecera em portos de enorme tráfego e por isso não era lógico apparecer ali, onde os navios aportavam depois de fazerem escala por outros lugares onde não apparecera tal doença!... De resto o pequeno número de casos e a fraca mortalidade opunham-se a tal hipótese...

— Já leram a carta do Dr. Correia Vaz, publicada na Imprensa? Ele é bem claro: não se trata de peste; basta a pouca contagiosidade e a fraca mortalidade para pôr de parte tal hipótese. De resto considera «inconveniente essa denominação de peste que naturalmente acarreta enormes prejuízos de toda a ordem.»

— O médico que tratou o doente que o Ricardo Jorge diz ter sido o primeiro, afirma que não é peste. Como é que ele, que não viu o doente, nem autopsiou o cadáver, se permite afirmar tal coisa?

Como *última ratio* citava-se a opinião duma autoridade em matéria de peste, nada mais nada menos que a dum médico militar que tivera papel preponderante durante a epidemia de peste que grassou em Macau em 1895, 1897 e 1898 e sobre ela publicara um relatório valioso. E esse médico — Gomes da Silva — que estivera em Valência durante a epidemia de cólera espanhola, ali se encontrando com Filomeno da Camara, Lourenço de Almeida de Azevedo e Azevedo Maia que lá haviam ido estudar oficialmente a vacina de Ferran e que no Oriente privara com Yersin, tinha uma particular autoridade em matéria de peste, de que observara e tratara muitas dezenas de casos, com os mais variados quadros clínicos, ao passo que Ricardo Jorge confessava nunca ter visto um pestoso.

Como se atrevia ele a afirmar a existência de tal doença?

Desencadeou-se então uma campanha miserável contra Ricardo Jorge, nos jornais de Lisboa e Porto e principalmente no *Comércio do Porto*, onde Gomes da Silva publicou uma série de artigos, em que, a par de considerações resultantes da sua observação pessoal em Macau, vivas e sensatas, incluía outras que revelavam fraca cultura, pouca memória ou reduzido raciocínio, mas que a população achava duma lógica perfeita.

Quando, em face do seu primeiro diagnóstico bacteriológico, Camara Pestana julgou ver antes o colibacilo onde ele diagnosticara o bacilo de Yersin, julgaram-no derrotado. Perante a evidência do exame das culturas de puz de novo doente, essas inconfundíveis e confirmadas por

Camara Pestana, não hesitaram, fizeram a insinuação de que para levar a sua avante, tinha introduzido nos meios de cultura bacilos vindos de laboratórios e eram esses que tinham proliferado.

Não viam, cegos e obcecados pelo interesse, pela ignorância ou má fé, que a bacteriologia apenas vinha confirmar o que a clínica, as autópsias, a marcha dos contágios, a epidemiologia, enfim, garantiam já suficientemente, por unanimidade.

Era apenas a inconsciência e o fanatismo ligados à ganância o que imperava.

Uma circunstância, que aliás desde o princípio Ricardo Jorge reprovava, veio agravar a situação.

É que o Governo, em parte devido ao pânico que por todo o país se criou, em parte pela falta de coragem contra a tradição e a rotina, defendidas pela sucessora do Conselho de Saúde Pública do Reino, que na lei do Bispo de Viseu de 1868 tomou o nome de Junta Consultiva de Saúde, o Governo decretava em 23 de Agosto a organização dum cordão sanitário, fazendo tábua rasa das recentes descobertas de Pasteur e dos seus discípulos e émulos.

Um dos próprios membros da Junta tinha publicado na «Medicina Contemporânea» um notável relatório em que anatematizava os cordões sanitários e as quarentenas. Era Silva Amado. A contradição foi especulada.

*
* *

No meio destas lutas de paixões surgiu para Ricardo Jorge um tribunal imparcial e competente — o dos membros mais categorizados da sua, da nossa classe, dos que tinham verdadeiramente conhecimentos para julgar.

Os membros desse tribunal foram:

1.º — Os seus próprios companheiros de trabalho, Sousa Júnior, Albino Rego, Ferreira Mendes, no laboratório, Guilherme Nogueira, no Hospital de S.^{to} António e no Hospital do Bonfim, Plácido da Costa, fotografando as culturas observadas — todos os elos da verdade testemunhada honradamente.

2.º — Camara Pestana, Aníbal Bettencourt, Gomes de Azevedo e Carlos França, do grupo de bacteriologistas do Instituto Bacteriológico de Lisboa.

3.º — A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Porto, onde, em sessões sucessivas, foram analisadas todas as argumentações, pseudo-argumentos e falsidades inventadas e onde, nobremente, dois dos médicos que haviam errado e cujas palavras haviam sido especuladas — Sousa e Oliveira e Correia Vaz, entre outros — reconheceram os seus erros.

4.º — A Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, aplaudindo por unanimidade, em sessão extraordinária, as conclusões da Comissão Médica que foi ao Porto estudar o problema e concordando igualmente com Ricardo Jorge.

5. — Finalmente, como verdadeira apoteose, a confirmação, por unanimidade, do diagnóstico, estudo epidemiológico e medidas propostas por Ricardo Jorge, da parte de algumas das maiores notabilidades médicas da Espanha, França, Alemanha, Itália, Noruega, Rússia e Estados Unidos da América, entre as quais Ferran, Cortezo, Calmette, Salimbeni, Kossel, Vogel, entre outros.

O Governo não foi dos últimos a dar razão a Ricardo Jorge. Pelo contrário. A política não deixou de intervir, como é costume, pescando em águas turvas.

Pois bem, em vez de se culpar quem tinha as culpas da defeituosa organização do cordão sanitário, que proibia que se saísse do Porto sem «exame médico», que não passava duma formalidade ou uma farsa, em que colaboravam clínicos, ao afiançarem que as pessoas a quem davam livre passagem não tinham peste sem averiguarem a existência de qualquer dos sintomas da doença; em vez de se escutar a voz de Ricardo Jorge, discordando dessas e outras medidas semelhantes e de se seguir o conselho da Sociedade de Medicina e Cirurgia, ergueram-se as vozes e excitaram-se os ânimos precisamente contra Ricardo Jorge.

Houve muitos pormenores cheios de interesse na campanha, que durou seis meses. Apedrejou-se a casa de Ricardo Jorge e insultou-se este, que só por acaso não foi linchado.

O Porto ficou duplamente manchado, pela miséria da sua salubridade pública, acrescida da vergonha da falta de hábitos de asseio da grande parte dos seus habitantes e pela inconsciência e injustiça com que ferozmente se atacou, numa verdadeira montaria, um dos mais ilustres dos seus filhos de toda a sua história.

A epidemia, de carácter benigno e com fraca expansão, vitimou desde 5 de Junho de 1899 a princípios de Fevereiro de 1900, 112

peessoas, em 320 atacados, ou sejam 35 % dos doentes, mortalidade elevada, mas inferior à que tem sido atingida em epidemias graves, o que é natural.

Que se passaria se Ricardo Jorge a não tivesse diagnosticado cientificamente com tanta rapidez e precocidade, seguindo as pistas dos contágios e promovendo medidas de defesa?

Os fatalistas inconscientes, dirão que nada de grave se passaria e que o Mundo continuaria a dar as suas voltas habituais.

Mais dum lance trágico feriu o coração sensível de Ricardo Jorge durante a epidemia. Certos golpes da campanha de morte que lhe moveram não foram entretanto os maiores de todos.

O maior sem dúvida para ele foi a morte estoica de Camara Pestana, ferido durante uma autópsia, infectando-se, diagnosticando em si próprio a peste pneumónica, afastando de si as pessoas queridas, ditando indicações e conselhos, deixando o nome de quem entendia dever suceder-lhe na direcção do Instituto a que havia de ser dado o seu nome, Aníbal Bettencourt, e finando-se heroica e corajosamente, como mártir da Ciência e da Humanidade num quarto do Hospital da Rainha D. Amélia — do Hospital de Arroios.

Outros golpes foram as contaminações, também em autópsia, do seu discípulo Balbino Rego e do jovem, então de 22 anos, Carlos França, o primeiro dos quais, anos depois, em 1906, no Funchal, ia sendo vítima de campanha semelhante, só por milagre escapando com vida, por ocasião dum outro surto de peste; Carlos França que havia de ilustrar-se tanto nos meios da parasitologia mundial que aconteceu escreverem-lhe para a sua modesta casa de Colares, endereçando-lhe as cartas para a Universidade de Colares, tal a categoria reconhecida aos seus estudos.

*

*

*

O Médico Municipal do Porto, repudiado por este, veio a ser um dos árbitros mais considerados da Sanidade Mundial, na Sociedade das Nações, no Office Internacional de Higiene. Raros portugueses o apreciaram devidamente em vida. Foi sempre um incompreendido. Em volta dele as manobras de Penelope nunca pararam; desfez-se constantemente ou *sabotou-se* (como hoje se diz) tudo o que lhe deixaram começar ou o incitaram mesmo a fazer.

Só duas coisas lhe não conseguiram roubar, os palmos de terra

em que repousam os seus restos mortais juntamente com os da Esposa, do Pai e da Mãe, que estremecia, todos, e o exemplo da sua competência, do seu labor, da sua inteligência, da sua rija têmpera, a lição enfim da sua vida.

Mingua-me o tempo para os pormenores e seria censurável abusar da paciência de quem me escuta.

Este simples apontamento que hoje lhes leio é para que sobre ele meditem ao iniciar-se o Curso de Aperfeiçoamento que se realiza precisamente no ano em que faz 10 anos (em 29 de Julho) que Ricardo Jorge deixou esta vida com 81 anos, lúcido, enérgico, consciente da sua força moral e da razão que sempre teve na luta contra a ignorância, o arrojo inconsciente e a insalubridade nacional.

Que a sua vida nos sirva a todos de lição. Este simples apontamento assenta em documentos fáceis de catalogar para sobre eles se escrever uma página de história objectiva, justa, triste e linda ao mesmo tempo.

Um dia será escrita, sem receio de nela se fixarem sem hesitação os seus poucos erros e insuficiências, pois a envergadura do Mestre é tal que os não receia.

Por hoje fiquem aqui apontadas as conclusões principais que se podem tirar da epidemia do Porto, com utilidade para os sanitaristas e epidemiologistas de amanhã, não só portugueses como de todo o Mundo.

CONCLUSÕES

I — A História da Higiene oferece lições inegaláveis a quem a profunde com atenção e esteja preparado para a compreender, bem superiores às de compêndios e até tratados, alguns deles de grande fama e voga.

II — A biografia de Ricardo Jorge é fértil em ensinamentos de toda a ordem, tanto ou mais importantes do que a sua admirável obra publicada.

III — A epidemia de peste do Porto, de 1899, é uma lição de raro valor, não só para médicos como para estadistas e homens cultos, sendo-o principalmente para sanitaristas e, em especial, para epidemiologistas.

a) Ricardo Jorge mostrou-se nela um bom clínico, um bom higienista, um médico culto, um estudioso incansável, um homem corajoso,

desembaraçado, firme, arrojado, prudente, discreto, inteligente e oportuno na sua acção e nas suas palavras.

Desde o inquérito epidemiológico em que foi chefe e subalterno ao mesmo tempo, chegando a desempenhar as funções hoje confiadas a visitadoras sanitárias, até ao papel de educador da população e ao de instrutor de médicos e pessoal sanitário modesto, pôs então em jogo tudo o que de eficaz, prático e sensato nos legou a Medicina da antiguidade, a par do que as mais recentes descobertas científicas punham à disposição dos sanitaristas, muito do qual ainda hoje é modelar.

b) Uma das causas das hesitações, confusão, faltas, precipitações, erros e lacunas verificados durante a epidemia consistiu em os médicos que observaram os primeiros casos de doença febril, acompanhada de adenites e seguida de mortes, por vezes dramáticas, não terem feito participação deles à autoridade sanitária, não tendo feito diagnóstico admissível, apesar de a participação de tais casos ser já imposta pelo decreto que regulamentou os serviços do Posto de Desinfecção de Lisboa, datado de 1894, assinado por D. Carlos e João Franco.

c) A falta de cultura patológica e de conhecimentos seguros da história da epidemiologia antiga e até recente, levou clínicos distintos, um dos quais havia tido papel importante no ataque a uma epidemia no Oriente, a pôr em dúvida o diagnóstico perfeito de peste, só porque a mortalidade era fraca e pequeno o número de casos e a expansão do mal. Daí resultou que um homem de merecimento, com conhecimento da clínica da peste, ficou desprestigiado, e o homem que nunca vira caso algum de tal doença, só porque era inteligente, culto, activo e brioso, saiu glorificado, quando houvera o propósito de o aniquilar, chegando a ter a vida em sério risco.

d) A deontologia médica foi posta em cheque por mais duma vez durante a epidemia. Em compensação houve oportunidades repetidas de ser posto bem em destaque como ela é a base da acção do médico, nomeadamente durante períodos epidémicos, permitindo que alguns que erraram involuntariamente tomassem atitudes cheias de nobreza.

e) A maledicência, lixo do espírito médico (e não médico) criou inconscientemente um ambiente de ódio e de crime em volta do homem que, acima da sua comodidade e dos seus interesses pessoais, colocou o bem comum e o prestígio da sua toga e do seu título de clínico, de professor e de médico municipal.

f) Os exageros de certas medidas governativas para satisfazer as apreensões ou mesmo o terror da população, poderiam ter-se evitado

ou durado breves dias, se não tivesse havido desuniões e deselegancia mental da parte de alguns médicos.

g) A classe médica só foi escutada quando, seguindo os ditames da ética profissional duas vezes e meia milenar, fez exame de consciência e acto de contrição, isto é, desde que observou com atenção, escudou com boa fé e deliberou sem leviandade e precipitação.

h) Em epidemiologia, como em qualquer ramo da acção sanitária e em todos os actos próprios da profissão médica, é indispensável pôr sempre em jogo todas as operações do pensamento e do sã raciocínio, tais como a atenção, a inteligência, o estudo, o zelo, a justiça, o tacto, a firmeza, o espírito de leal colaboração, do bom senso, enfim, junto à consciência e à humanidade, pondo o interesse comum sempre acima dos *interesses* pessoais.

Lisboa — Abril — 1949.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

Profilaxia das febres tifoide e paratifoideas ⁽¹⁾

ETIOLOGIA E TRANSMISSÃO

Etiologia

Antes de entrar no tema da nossa palestra — Profilaxia das febres tifoide e paratifoideas — convirá trazer à memória a etiologia dessas infecções tifo-paratíficas e dizer algumas palavras sobre o seu modo de transmissão. FROBISCHER, bacteriologista da «Johns Hopkins University» agrupa as bactérias das doenças intestinais, — família *Enterobacteriaceae* — seguindo a ideia de uma escala metabólica proposta por STUART, nos seguintes géneros:

Serratia	Escherichia
Erwinia	Salmonella
Aerobacter	Eberthella
Intermédiás	Sighella

A classificação baseia-se na capacidade fermentativa dos hidratos de carbone, tais como monossacaridos, dissacaridos e trissacaridos, de produzir acetilometilocarbinol, de liquefazer a gelatina, etc. Repare-se que só nos três últimos géneros, representantes das mais baixas actividades metabólicas, estão incluídas as bactérias patogénicas.

Interessam-nos hoje os dois géneros, *Eberthella* e *Salmonella*.

(1) Lição proferida no III Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, na cidade do Porto.

O membro principal do gen. *Eberthella* é a *Eberthella typhosa* ou bacilo tífico, agente da febre tifoide. Foi descoberto pelo bacteriologista alemão EBERT, em 1880.

Como se sabe, logo na primeira semana da doença dá-se a invasão da torrente sanguínea pelo bacilo, estabelecendo-se uma verdadeira bacteriemia.

A sementeira do sangue endovenoso em bilis, seguida de incubação no termostato, segundo a técnica da hemocultura de KAYSER, produz o desenvolvimento do bacilo, que se isola em meios sólidos e se caracteriza por reacções sorológicas. Na estrutura antigénica da *Eberthella typhosa* descrevem-se três antigénios: o antigénio somático ou do corpo celular, denominado *O*; o antigénio dos flagelos, denominado *H*; e ainda o antigénio dito da virulência ou *Vi*.

O conhecimento desta estrutura permite compreender os fundamentos da preparação de vacinas, para obter imunização activa contra a infecção tífica e as reacções sorológicas que se utilizam no diagnóstico. Das vacinas falaremos em seguida.

Como é geralmente admitido, na segunda semana da doença e sobretudo na terceira o soro sanguíneo aglutina os bacilos tíficos — é a reacção de GRUBER-WIDAL. Na primeira semana obtêm-se maiores percentagens de hemoculturas positivas. Na hemocultura positiva, com isolamento do bacilo, reside o diagnóstico incontestável e incontestado de febre tifoide. TOPLEY e WILSON mostram, na sua bacteriologia, as percentagens de hemoculturas positivas, aglutininas no sangue e culturas positivas de fezes, em função do número de semanas (gráfico I).

Na interpretação da reacção de Widal, consideram-se as aglutinações inespecíficas e por isso se toma como reacção confirmativa do diagnóstico apenas a aglutinação na diluição de 1/50 ou, com mais segurança, nas diluições de 1/100 e superiores.

Nos indivíduos vacinados, e este número aumenta dia a dia, a reacção vai perdendo algo do seu valor de diagnóstico.

Hoje pratica-se também a análise dos receptores, que consiste em determinar as aglutininas *O* e *H*. Para a pesquisa de aglutininas *H*, a suspensão de bacilos tíficos, a misturar com o soro sanguíneo do doente, é tratada pelo formol.

A prova positiva corresponde a uma flocculação por *grandes flóculos*.

Para a pesquisa de aglutininas *O*, a suspensão dos bacilos é tratada pelo álcool. A prova positiva corresponde a uma flocculação *granular muito fina*.

Nos métodos *standard* do laboratório do Departamento de Saúde do Estado de Nova York (edição brasileira), comentam-se as provas do seguinte modo:

«Se anotam os resultados e se consigna o título de aglutinação flocular e granular quando ocorrem ambos os tipos de grumos em diluições a 1:80 ou maiores, ou bem quando ocorre qualquer dos dois a uma diluição a 1:160 ou mais.

Quando só se obtém um dos tipos de aglutinação em uma diluição a 1:40 ou a 1:80 ou a aglutinação de ambos os tipos

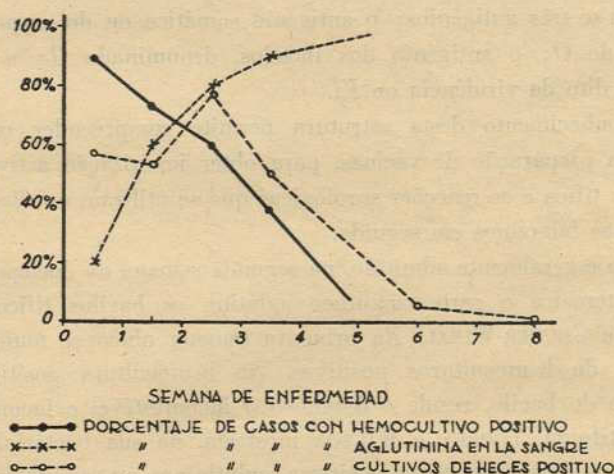


FIGURA I

I—Gráfico do livro *Bacteriologia e Inmunidad*, 1942, pg. 1176, de Topley y Wilson.

na diluição de 1:40, se consigna como reacção parcial e se ajunta a aclaração de que o seu resultado pode ser duvidoso.

A aglutinação flocular e granular numa diluição a 1:80 ou maior, raras vezes se observa em soros que não procedem de doentes de febre tifoide, a não ser que se tenham vacinado recentemente. A aglutinação granular na diluição de 1:80 ou maior, sem aglutinação flocular, pode ocorrer no soro de doentes com febre tifoide, porém este tipo de reacção está mais comumente associado com as infecções devidas a microorganismos relacionados antigénicamente com o *B. typhosus* e sugere a possibilidade de que se trate de uma febre paratifoide.

A aglutinação flocular, numa diluição a 1:80 ou maior, sem aglutinação granular, pode ocorrer no soro dos indivíduos aos quais se tenha administrado vacina, ou que tenham sofrido febre tifoide no passado, ou que sejam portadores de germens».

Os indivíduos que sofrem da infecção ebertiana eliminam bacilos pelas fezes e pelas urinas, como vimos no gráfico de TOPLEY.

Esta eliminação pode cessar poucas semanas depois de curado o doente, mas pode durar meses e até anos. Em grande parte essa eliminação faz-se pela bilis.

Na vesícula desenvolvem-se processos inflamatórios, dando colecistites.

Quando as mulheres usavam cintas e espartilhos, provocando a retenção de bilis na vesícula, poderia responsabilizar-se o sexo feminino em maior proporção pela eliminação de bacilos.

Assim, havia uma preponderância de porta-bacilos nas mulheres; para 920 casos, JOCHMAM e HEGLER dão 28,3 % nos homens e 71,7 % nas mulheres. A maioria dos portabacilos têm mais de 34 anos de idade.

O nome genérico de *Salmonella* vem de SALMON, bacteriologista americano que se tornou célebre pelos seus trabalhos sobre a cólera porcina (1885).

Ao género pertencem o bacilo paratífico *A* (*S. paratyphi*) e o bacilo paratífico *B* (*S. schottmülleri*). Esta designação vem de SCHOTTMÜLLER, o cientista que descreveu o bacilo, mas já anteriormente, em 1896, ACHARD e o nosso compatriota Bensaúde tinham descrito as paratifoïdes, distinguindo os dois bacilos.

Ainda se descreve um paratífico *C*, mas este é muito raro.

As febres paratifoïdes são menos frequentes do que a febre tifoide; e têm o seu clima. A paratifoïde *A* no Oriente e nas regiões tropicais e subtropicais. A paratifoïde *B* predomina na Europa ocidental.

Está muito divulgada a ideia de que a paratifoïde é uma doença mais benigna do que a febre tifoide; na verdade, é menos letal, mas há formas gravíssimas.

Deve-se a BOLLINGER a descoberta, há cerca de 30 anos, de que as salmonelas patogénicas para o homem provêm sobretudo das carnes. Estas são infectadas por duas maneiras, a infecção primitiva e a infecção secundária.

Na *infecção primitiva*, a carne provém de animal doente ou então a carne sofre uma invasão de bactérias do seu intestino. A invasão é brusca, pois a albumina da carne constitue um excelente meio de cultura.

Regista-se a epidemia de Kiel, que foi motivada pela ingestão de carne de um cavalo, que sofrera fractura pélvica; os microorganismos do intestino invadiram rapidamente todos os órgãos, tornando-se virulentos para o homem.

Na *infecção secundária*, a carne é infectada pelas mãos sujas de um portador de bacilos ou, o que é mais frequente, pelos excrementos de outros animais abatidos no mesmo matadouro.

Parece que há uma imunidade natural para certas pessoas.

AUMANN diz mesmo que dos indivíduos com bacilos paratíficos no intestino só adoece metade.

Os problemas de diagnóstico e de portadores de bacilos sobre-põem-se aos da febre tifoide.

Transmissão

Entre os meios de transmissão das infecções tifo-paratíficas, temos de recordar os agrupados pelos cientistas ingleses na designação de «os quatro efes»:

Feces	—	fezes
Fingers	—	dedos
Food	—	alimentos
Flies	—	moscas

Na essência, a infecção provém dos *excreta* humanos, que carregam os bacilos expelidos pelo organismo. Os dedos contaminados por fezes, urina, suor ou roupas sujas são, quando levados aos lábios, os principais responsáveis pelo contágio directo da doença.

Alguns tratadistas lhe chamam a doença das mãos sujas. Quem trata ou prisa com um doente tífico deve lavar e desinfectar constantemente as mãos, para se não infectar a si nem aos outros.

Com efeito, ao tocar os alimentos ou utensílios de cozinha e mesa, com as mãos pouco limpas, podemos contaminá-los pelos bacilos e levar a doença a outras pessoas. A contaminação pode dar-se também por moscas, que tragam os bacilos nas suas patas, depois de poisar nos excrementos ou nos utensílios por eles manchados.

Os produtos alimentares, tais como as hortaliças, podem ainda ser poluídos pelos próprios excrementos e suas diluições.

A transmissão faz-se então, nestes últimos casos, por contágio indirecto.

Com limpeza consciente e cuidadosa, em presença do doente, é fácil evitar o contágio directo, reduzindo os casos de doença por contacto a números insignificantes.

Mas um ligeiro descuido pode ser fatal.

Recordamos um colega, do nosso curso médico, que, distraidamente, sem lavagem nem desinfectação prévia das mãos, fez um cigarro, depois de observar algumas roseolas tíficas.

Supõe-se que assim contraiu a sua febre tifoide e dela morreu. Mas neste capítulo da origem das infecções tíficas, há um problema delicado e difficilimo de resolver por forma prática — é o da defeza contra os portadores de bacilos.

Accepta-se que eles existem numa média de 4 % entre os indivíduos que sofreram de febres tifoide e paratífoides, e denominam-se porta-bacilos. Compreende-se a difficuldade de analisar as fezes de todos os convalescentes, por repetidas vezes, tanto mais necessárias quanto é certo que a sua eliminação se faz quase sempre por intermitências. Mas conhecimentos modernos facilitam um pouco este trabalho.

Seja qual for o critério que se tenha acerca do antigénio *Vi*, sabe-se hoje que as aglutininas específicas *Vi* são duradoiras no sangue dos indivíduos que ficam eliminando bacilos.

Pesquisam-se então estas aglutininas no soro do sangue do convalescente; a sua presença indica de ordinário, no indivíduo são, que estamos em presença de um porta-bacilos.

Colhem-se as fezes, para *coprocultura*, em frasco esterilizado, com uma pequena colher anexa, material fornecido pelo laboratório de bacteriologia.

Em França, o Prof. JOANNON aconselha a colheita directa por porta-algodão, dispositivo de sua invenção que se introduz no anus; é a técnica denominada *anocultura*. O Prof. BOYER, inspector-geral dos serviços técnicos de hygiene de Paris, diz ter verificado que a *anocultura* dá resultados comparáveis aos da *coprocultura*, a não ser que o convalescente tenha uma rectite.

Emulsionadas no soro fisiológico, semeam-se em meio de WILSON e BLAIR, que é um meio sólido, composto de citrato de bismuto, sulfato ferroso, sulfito de sódio e glucose.

Por fermentação da glucose, liberta-se ácido sulfuroso, que reduz os sais de bismuto.

Se houver bacilos tíficos ou paratíficos, obtêm-se colónias negras, com halo de reflexos metálicos, que se identificam ulteriormente por soro-aglutinação específica.

O meio é selectivo, inibindo o crescimento das variadíssimas bactérias saprofitas do tubo intestinal.

Pode mesmo fazer-se uma *triage* prévia destes micro-organismos, começando por fazer uma sementeira da emulsão das fezes em meio de verde brilhante e só depois provocar o isolamento em placas de meio sólido de WILSON, ENDO, DRIGALSKI ou outro. Adivinha-se como um porta-bacilos, sobretudo se é indivíduo ocupado em mister relativo à alimentação — cozinheiro, padeiro ou leiteiro — pode infectar com a sua roupa as lavadeiras e as pessoas de sua casa, e, com os dedos, se não pratica exemplarmente regras de hygiene corporal, os alimentos em que mexe.

É conhecida a história de Maria, a tifoidea, famosa portadora de bacilos, que, por ser boa cozinheira, andou meio século a espalhar a doença em hotéis, restaurantes e pensões. Faleceu há poucos anos, de morte por velhice, depois de advertida e enclausurada repetidas vezes pelas autoridades sanitárias americanas.

Esses alimentos levarão a doença a quem os ingerir.

Mas a dissiminação da doença, de modo a produzir verdadeiras epidemias, foi objecto de duas teorias:

a teoria telúrica ou de PETTENKOFFER

a teoria hídrica ou de LIEBERMEISTER.

Na teoria de PETTENKOFFER, o bacilo contido nas fezes não seria virulento, mas na terra converter-se-ia numa forma dotada de capacidade patogénica. Com a baixa do nível da água telúrica amiudavam as infecções tíficas, diminuindo quando o nível se elevava.

Era a teoria localista, à qual sempre se opôs KOCK, que defendia o contágio directo.

Na teoria de LIEBERMEISTER, a origem das infecções tíficas estava na água, adquirindo-se a doença por sua ingestão. O bacilo era já patogénico, ao sair do organismo infectado.

Esta teoria da origem hídrica das epidemias, está confirmadíssima, na actualidade. Abundam na literatura médica os exemplos de epidemias tíficas de origem hídrica.

A teoria de PETTENKOFFER era manifestamente errónea quanto à génese das epidemias, mas conviria revê-la, em nossa humilde opinião, quanto à exaltação da virulência do bacilo em determinadas condições de humidade e temperatura.

Sem deixar de considerar as moscas, como meio de transporte, as

hortaliças verdes, os gelados, etc., como fontes de pequenos surtos epidémicos, não deixa de surpreender a exacerbação das endemias na estiagem. Já o mostrámos, em gráfico construído com médias de 10 anos, para a cidade de Lisboa ⁽¹⁾, que agora se reproduz (gráfico II). As febres paratifoideas podem ser transmitidas, como a febre tifoide, pela água, pelo leite e outros alimentos, mas é predominantemente uma doença das carnes infectadas. Temos a estatística de LOEBE ⁽²⁾:

por ingestão de enchidos	—	46	vezes
» » » carne	—	104	»
» » » farinhas	—	21	»
» » » leite	—	15	»
» » » água	—	26	»

INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

Recebida a declaração de um caso de febre tifoide ou de febre paratifoide, é obrigação do subdelegado de saúde, nos termos da lei n.º 2:036 (Diário do Governo n.º 175, 1.ª série de 9-8-1949), inquirir da origem da doença. Se é apenas suspeita, por falta de prova laboratorial, deverá começar por entender-se com o médico assistente, a fim de se preencher a falta e de se esclarecer o diagnóstico. Os serviços de saúde farão gratuitamente as análises necessárias. Mas o inquérito epidemiológico não será retardado, devendo iniciar-se logo após a declaração da doença.

Para um caso ou para poucos casos numa família, num colégio ou num grupo de indivíduos que vivam em comum, é de pôr a hipótese do contágio directo. Então averiguar-se-á se durante as três semanas imediatamente anteriores se deu algum dos seguintes factos:

- 1) O doente esteve em contacto com pessoa que sofre ou tenha sofrido de febres tifoide, paratifoideas ou, mais simplesmente, de infecção intestinal suspeita?

a) por ser da família?

⁽²⁾ *In.* A purificação bacteriológica das águas da cidade de Lisboa — 1942. Comunicação ao Congresso Luso-Espanhol, pelo Dr. Bernardino de Pinho.

⁽³⁾ *In.* Tratado de las Enfermedades Infecciosas — G. Jochmann — C. Hegler — 1935.

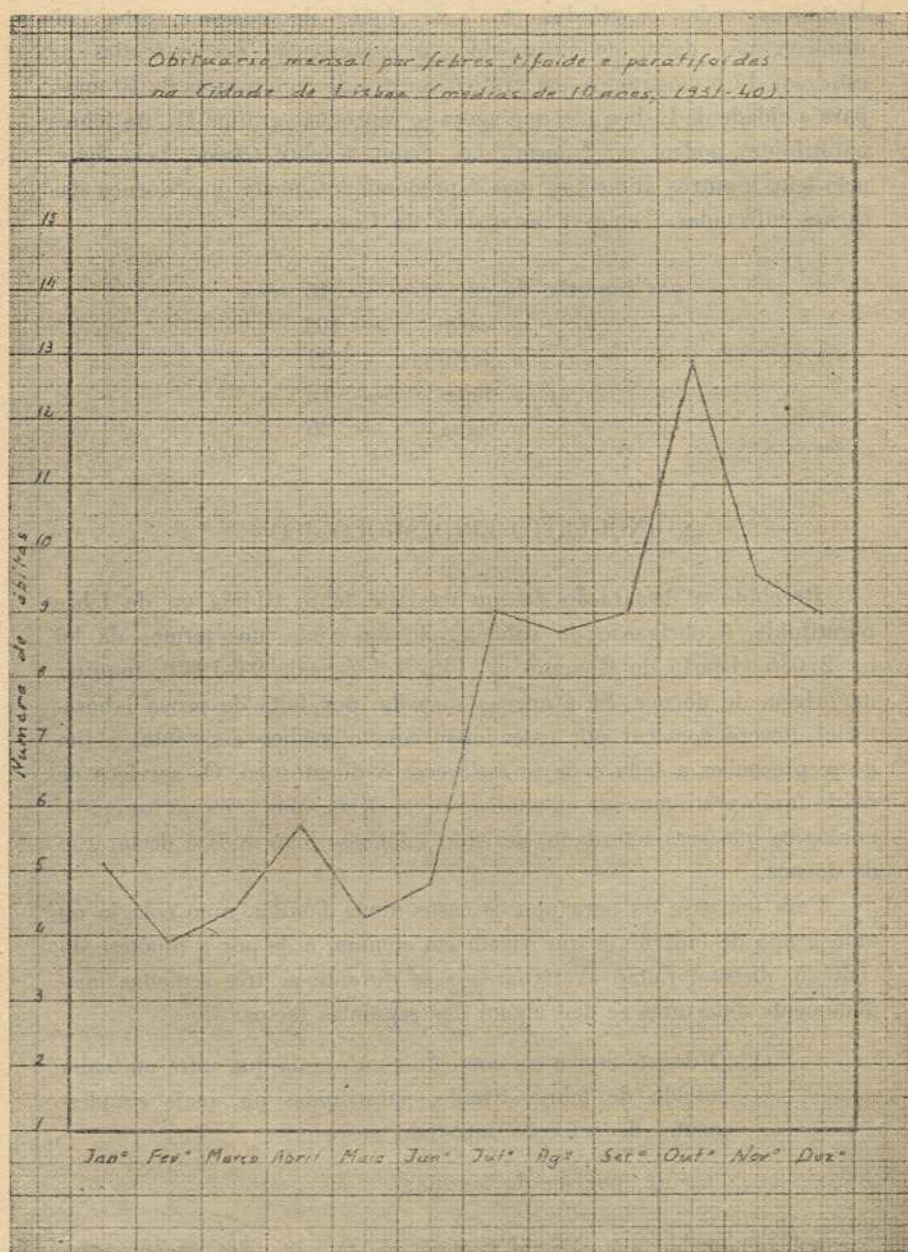


FIGURA 2

II — Gráfico do autor, publicado no Boletim da Comissão de Fiscalização das Águas de Lisboa, N.º 21, 1942.

- b) por ser médico ou enfermeiro?
- c) por tê-lo visitado na sua residência ou no hospital?

2) recebeu de casa desse primeiro doente roupa (lavadeira) alimentos (pedinte) ou utensílios de cozinha ou mesa?

Na falha destas indagações, relembre-se o papel das moscas. Nesta última hipótese, só se conseguirá abrir caminho se for conhecida a localização da casa dos doentes, o primeiro e os que se lhe seguiram.

As moscas, para serem portadoras dos bacilos, devem ter pousado nos excrementos humanos.

Não basta haver imundície em volta da habitação, é preciso que aí haja o bacilo da doença, e esse, como já vimos, só provém de um doente ou de um porta-bacilos. E se provém de um porta-bacilos e este não está identificado, como é de regra, esbarra-se nessa incógnita.

Assim sucede e assim nos tem sucedido a cada passo.

Se os casos de doença são em número avultado, logo se pensará numa infecção alimentar por ingestão de alimento comum, isto é, de grande consumo. Chega o momento de se considerarem a água, os gelados, o leite, a manteiga, os mariscos, as hortaliças verdes, as carnes e outros géneros alimentícios. E terá de discernir-se sobre a origem dos bacilos infectantes, quere dizer se eles teriam acompanhado a alimento desde a sua origem ou os teriam conspurcado no seu caminho.

Convém então localizar os casos na planta topográfica da cidade, vila ou aldeia, ainda mesmo numa planta improvisada. Se eles aparecem dissimulados pela terra, em grande número, como surto epidémico maciço, explosivo, culpar-se-á, quase sem receio de errar, a água de abastecimento público. A inquinação da água pelos bacilos infectantes faz-se pelas mais variadas formas.

O melhor exemplo de uma epidemia de causa hídrica, para os higienistas portugueses, pode tomar-se na nossa própria terra; é-nos dado pela epidemia tífica de Lisboa de 1912.

Assim a descreveu o nosso mestre Ricardo Jorge: ⁽⁴⁾

«Eis senão quando irrompe uma epidemia fera. Serve-lhe de pródromo uma recrudescência outonal que entra pelo inverno dentro; estala a súbitas com uma intensidade inaudita de grande flagelo. Dos seus estragos e andamento fala nume-

⁽⁴⁾ *In.* Arquivos do Instituto Central de Higiene. Vol. I—Secção de Higiene, Fasc. 2.º.

ralmente e gráficamente a estatística dos casos, escrupulosamente colhida e estampada pela delegação de saúde, tanto como documento epidemio-gráfico como elemento basilar de todo o inquérito; o seu traçado dá uma curva cíclica, através das oscilações semanais sente-se rastrear uma linha condutora geométrica. Se as inscrições registadas se sujeitassem a métodos algébricos, ao simples remanejo da perequação resultaria uma curva parabolóide.

Logo ao primeiro assomo o prognóstico epidemiológico fazia adivinhar esta órbita; a curto trecho tinha que atingir o seu fastígio, o que permitiu marcar o dia próximo da sua declinação. O descenso a partir de certa altura é que se previa um tanto lento; a epidemia terminaria em cauda alongada.

E assim foi, mas não pela causa invocada — a influência dos bacilíferos, desabonada aliás pela observação epidémica, que não mostrou a repetição intervalar de casos domésticos. Quere dizer, em nenhuma das suas fases a epidemia se revelou contactual. O seu carácter *hídrico*, esse sim, impôs-se desde logo; epidemia explosiva, macissa, era fatalmente expressão mórbida dum *inficionamento ebértico* de água de abastecimento.»

E, depois de contar como se teve de lançar mão, para abastecer a cidade, das antigas águas orientais, chamadas das Alcaçarias, continua:

«Desgraçadamente, o que por outras vezes fora remédio salutar, foi desta vez a causa de todo o mal. A arca da Praia — o depósito para onde correm aquelas águas — foi a bocêta de Pandora donde o flagelo voou pela cidade inteira. A análise escrupulosa e inteligente do delegado de saúde, secundado pelos membros da comissão, se deve o ter-se alvejado o fim, ao cabo de muito tempo gasto em investigações de toda a ordem, o x do problema epidemiológico, julgado já insolúvel. Um buraco do *overflow* do depósito, à mercê das marés vivas dum refluxo de água de esgoto, eis o mecanismo do *inficionamento*, inferido com tamanha coincidência de dados que atinge o valor duma demonstração matemática. Mais uma vez a epidemia tífica se resolveu numa anastomose de cano de águas fecais com o cano de águas de bebida. Registam-se casos notáveis desta origem escatológica directa, mas, pelas circunstâncias

que reveste, não conheço exemplo idêntico nem tão pouco singular».

Deixemos a narrativa do mestre e analisemos o gráfico da epidemia, que deve ter-se, na verdade, como típico de uma epidemia de origem hídrica. (gráfico III) ⁽⁵⁾ São 2.615 casos, com 254 óbitos, de Fevereiro a Abril do ano de 1912.

O Dr. Manuel Gonçalves Marques, que era o delegado de saúde, algumas vezes nos contou o trabalho que teve para arranjar a prova da entrada da água do esgoto pelo orifício de descarga ou *overflow* do depósito. A cota deste descarregador era de 4^m,70 relativa ao zero do marégrafo e não se conhecia possibilidade de uma maré alta se elevar àquela cota.

Pois bem, por altura das marés vivas, de 2 a 8 de Fevereiro, o marégrafo do Arsenal de Marinha acusou as alturas desusadas de 4^m,82, 4^m,80, 4^m,93, 5^m,05, 5^m,12, 4^m,92 e 4^m,95.

Assim, o nível da enchente, no estuário do Tejo, subiu sobre a cota do descarregador, de modo que o reservatório da água recebeu largamente as águas do esgoto da cidade arrastadas pela maré.

Vejâmos agora alguns factos da nossa experiência pessoal.

Numa das nossas melhores vilas alentejanas, estamos a contas com um surto epidémico de febre tifoide, em que as baixas se contam por uma centena.

Todos bebem água da rede de distribuição, mas temos relativa confiança nela.

Além disso, o número de doentes é pouco para uma epidemia hídrica em vila de aquela importância, com água canalizada por todos os seus bairros. Um interrogatório apertado leva á descoberta de um ponto comum entre os doentes; bebiam água fresca, que iam buscar em bilhas a uma velha fonte, afamada pelas suas virtudes medicinais. Analisada esta água, prova-se a sua forte contaminação por colibacilos de origem fecal. A custo, mesmo à força, manda-se desviar a água para o esgoto. Passados os dias correspondentes à incubação da doença, a epidemia extingue-se. Logo se provou, por obras nos canos de esgoto da vizinhança, que estes estavam rotos e comunicavam com a nascente. Feita a obra de reparação e substituídos os canos, a água voltou à sua antiga pureza.

Numa aldeia de Trás-os-Montes, com uma obra de abastecimento

(5) In. Arquivo do Instituto Central de Higiene, já citado.

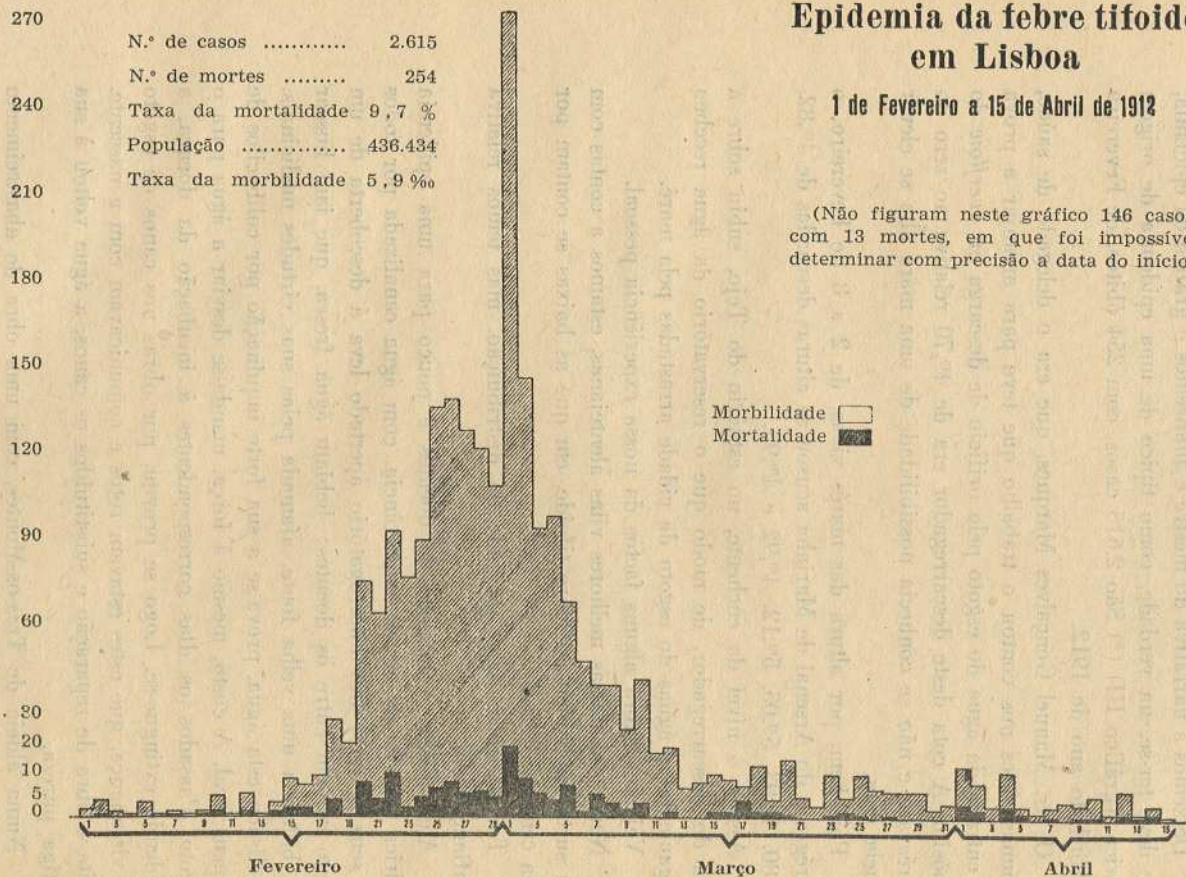


FIGURA 3

III—Gráfico dos Arquivos do Instituto Central de Higiene, Vol. I, Secção de Higiene, Fasc. 2.º.
(as superfícies tracejadas é que indicam a morbilidade)

de água potável recentemente inaugurada, encontrámo-nos com o sub-delegado de saúde para averiguar da origem da epidemia tífica que alastra pouco a pouco. Visita-se a captação da água, segue-se a sua conduta e pára-se junto do chafariz principal, no largo da aldeia.

Não temos análise dessa água mas não nos sentimos arrastados a perflhar a opinião simplista de a responsabilizar pela epidemia.

Enumeram-se os casos, localizam-se e fica-se com a ideia de uma epidemia de foco. Interrogam-se os doentes e as famílias e encontra-se o desejado *ponto comum* a todos eles; continuavam a beber água da antiga fonte de mergulho, implantada em local insalubre, que fora condenado quando se estudara o problema do abastecimento. Tapa-se o poço de mergulho, não às boas, mas com o auxílio da guarda republicana, que se pede para Bragança, e, passados dias, a epidemia extingue-se.

Numa aldeia da Extremadura, o serviço de profilaxia das doenças infecto-contagiosas da Direcção-Geral de Saúde esforça-se por debelar uma epidemia que atinge umas sessenta pessoas.

Abandonada um pouco a ideia de não vacinar em período epidémico, procede-se a uma larga vacinação. Analisam-se as águas dos poços locais; são todas condenáveis, pelo seu baixo título colibacilar. Mas o inquérito mostra a dispersão dos casos por toda a aldeia, obrigando esta generalização a pensar no poço público e a excluir os poços particulares, que poderiam interessar somente meia dúzia de famílias. Insiste-se em conhecer a génese da epidemia e descobre-se o seguinte: tratava-se de um poço com alguns requisitos modernos, como seja bocal acima do terreno, tampa de cimento e bomba manual de extracção da água. Como se teria inquinado? Por infiltrações de águas estranhas ao longo das suas paredes? Nada disso.

Quando se ia tirar água do poço, ferrava-se a bomba, que não funcionava bem, com água de uma poça, localizada nas imediações, tirada a púcaro.

Ora nesta poça se lavava a roupa de uma família que ali habitava e tinha tido em casa uma doença suspeita de febre tifoide. Mas não havia outra água para abastecer a aldeia.

Então tomámos a responsabilidade de utilizar a água do próprio poço, elevando-a com uma bomba do serviço de saúde e procedendo à sua cloragem. Ali esteve um dos nossos agentes sanitários durante cerca de um mês. E a epidemia extinguiu-se.

Noutra aldeia da Extremadura, surge uma epidemia tífica; a pedido

do Delegado de Saúde Distrital, analisam-se as águas das fontes e dos poços; todas, sem excepção, são dadas por inquinadas.

A investigação sobre a origem da água que os doentes bebem é confusa. Procuram-se então causas próximas de inquinação, tendo na memória que os *excreta* humanos são sempre a origem dos bacilos infectantes.

Visitam-se os chafarizes e, a pé, por entre pinhais e hortejos, percorrem-se as condutas desde as nascentes.

A certa altura, topa-se com uma casa rural; ao lado, mesmo por cima da conduita da água, a estrumeira.

Toma-se conhecimento de que a água passa aí em caleira de tejo, a pouca profundidade, e não em tubagem própria.

Interroga-se a dona da casa sobre possíveis doenças e fica-se sabendo que durante esse ano houvera na família, com intervalos variáveis, três casos de infecções intestinais sem diagnóstico preciso. Não se fizeram análises de sangue, não se participaram os casos, falta médica que se julga hoje imperdoável, mesmo numa aldeia.

A dona da casa, pessoa cuidadosa e asseada, vai sollicitamente indicar onde enterra os dejectos humanos. Era exactamente sobre a caleira da água, na estrumeira.

Põe-se o dedo na ferida; colhem-se fezes das três pessoas que sofreram as infecções; analisam-se no laboratório de bacteriologia do Instituto Superior de Higiene e isolam-se de uma das amostras bacilos tíficos.

Estava descoberto o porta-bacilos.

Estes quatro exemplos — comunicação de uma rede de esgotos com uma nascente, o uso de uma fonte de mergulho ou de chafurdo, a ferra de uma bomba manual com água poluída, uma estrumeira sobre uma conduita de águas — mostram como pode inquinar-se uma água de beber. Mas poderíamos contar outros. Diante de uma epidemia tífica, é preciso não esquecer que um caso de doença provém sempre de outro, ainda que este se tivesse dado a distância. Se não há conhecimento de nenhum caso na localidade, mesmo antigo, não deve desistir-se do inquérito e mesmo na hipótese da sua origem hídrica, se a curva da epidemia a justifica.

O foco pode ter sido causado por porta-bacilos em passagem pela terra e que aí tenha defecado ou urinado. Mas, ao lado das epidemias de origem hídrica, há pequenos surtos epidémicos ou mesmo casos isolados que se filiam na ingestão de outros alimentos. Se todos os doentes bebiam leite cru, da mesma origem, convirá averiguar se a família do

proprietário das vacas, o mungidor ou o leiteiro não sofreram de febre tifoide ou infecção intestinal suspeita. Um portador de bacilos pouco asseado de mãos poderia ter inquinado o leite. Não é exagero pensar na infecção do leite por uma água poluída, que se tenha utilizado na lavagem dos utensílios de vacaria. As mesmas averiguações terão cabimento se estiverem em causa os derivados do leite, em especial a manteiga.

Nas cidades costeiras, deve indagar-se se os doentes comiam mariscos crus, que são causa frequente de febre tifoide, pois vivem em águas carregadas de matéria orgânica, muitas vezes nos locais em que desaguam os grandes colectores de esgotos. Neles se filiavam as endemias arrastadas da costa francesa do Mediterrâneo.

Em Lisboa, apesar da proibição de pescar ostras na margem direita do Tejo, é causa a ter em conta.

São ainda responsáveis por pequenos surtos epidémicos as hortaliças que se comem cruas, como a alface.

Quando há canos de esgoto, é usual o aproveitamento clandestino das suas águas nas hortas.

Lembra-nos uma vila alentejana onde se construiu uma estação depuradora, em terreno oferecido pelo proprietário de uma quinta; posta a estação a funcionar, logo se fez desvio do efluente para regas.

É tão vulgar esta utilização que a temos por causa frequente de infecções tíficas, devendo portanto considerar-se no inquérito, sobretudo se não há estação de tratamento de esgotos que assegure a depuração.

Quando o laboratório isole a salmonela paratífica *A* ou *B*, deve pensar-se nas carnes.

Isto não quer dizer que as febres paratífoides não possam ser transmitidas pela água, mas é mais frequente a sua transmissão por outros alimentos.

MEDIDAS PROFILACTICAS

Na luta contra as febres tifoide e paratífoides, com fins profilácticos, dirigimo-nos ao indivíduo ou ao meio, quer dizer ou imunizamos o indivíduo contra a doença ou tornamos o meio impróprio para a sua transmissão. Mas a primeira linha de defesa na campanha contra os agentes infectantes reside na boa compreensão dos deveres do médico para com o seu doente, por um lado, e para com a sociedade, por outro.

Com efeito, a conduta perante um caso de febre tifoide ou paratifoide compreende hoje, como medidas fundamentais:

- a declaração
- o isolamento
- a desinfecção

A *declaração* da doença, nos termos legais, deve fazer-se o mais rapidamente possível. Em princípio, justifica-se a espera de diagnóstico bem estabelecido, mas algumas vezes convém abreviar a declaração da doença suspeita. Esta será enviada ao Subdelegado de Saúde, que deve proceder como já foi indicado, a propósito do inquérito epidemiológico.

O *isolamento* faz-se em hospital de doenças infecto-contagiosas e só por excepção no domicílio, se a habitação e as posses do doente o permitem.

Ainda hoje se tratam febres tifoides em serviços de medicina geral, mas ROCHAIX insistiu sempre na utilidade de enfermarias especiais.

A *desinfecção* compreende a desinfecção durante a doença, que os nossos regulamentos denominam contínua, e a desinfecção terminal, esta menos importante do que a primeira. Não desenvolveremos este ponto, visto haver no curso uma lição sobre desinfecção em geral.

A profilaxia específica consiste em provocar nos indivíduos uma imunização, ou activa, utilizando vacinas, ou passiva, utilizando soros antitóxicos. Esta última, apesar das tentativas de FÉLIX, VINCENT e outros investigadores, não conseguiu sair do campo experimental.

Por esta razão, falaremos apenas da imunização activa, por meio de vacinas.

VACINAÇÃO

O método filia-se nas primitivas experiências de CHANTEMESSE e WIDAL que conseguiram, em 1888, tornar os ratos, os cobaios e os coelhos resistentes à inoculação de doses mortais de bacilos tíficos, injectando-lhes culturas mortas. Com a verificação da presença de aglutininas específicas no sangue dos animais imunizados por WRIGHT, PFEIFFER e KOLLE estavam criadas as bases da vacinação antitífica. A vacinação *per os*, por ingestão de pílulas queratinizadas, quer com a bili-vacina de BESREDKA, quer com a entero-vacina de LUMIÈRE, é muito contingente nos seus resultados e não entrou nos hábitos da sanidade pública. Ela não passa, segundo mestre TANON, de um *pis-aller*.

Nos primeiros tempos da vacinação por injeccão, não se vacinava em período epidémico.

Com efeito, WRIGHT chamara a atenção para o facto dos indivíduos serem mais sensíveis à infecção nos dias que se seguiam à vacinação — era aquilo a que se chamava a fase negativa. Ainda pela mesma razão, abandonou-se a prática de uma só inoculação, passando a fazer-se três inoculações com meia dúzia de dias de intervalo para deixar passar a fase negativa. Preparavam-se então principalmente as vacinas de bacilos mortos pelo calor, conservadas em meio fenicado.

Com os trabalhos de FÉLIX e PETIT, apareceram as vacinas preparadas por meio de antisépticos, como o álcool e o mertiolato de sódio, visto o antigénio *Vi*, que se considera hoje primordial na produção da imunidade, ser termolábil, de modo que os métodos de morte dos bacilos pelo calor são muito delicados. Mas tem importância o bacilo de que se parte. Para se compreender a influência desta minúcia, recorde-se que TWORT e mais tarde HERELLE descreveram aquilo a que se chama o bacteriófago. É um vírus parasita das bactérias, que as destrói, não por hidrólise da proteína celular, como se pensou de princípio, mas por multiplicações do vírus no interior da célula, segundo pensa HERELLE.

Assim, o número de corpusculos bacteriófagos é tão grande que a célula rebenta. Há investigadores que julgam haver um único bacteriófago, que, por adequadas adaptações, ataca várias espécies de bactérias. Se assim é, a adaptação é tão perfeita que uma raça de fago é selectivamente activa não só para uma espécie de bactérias, como também para certos tipos.

É o caso para a *Eberthella* tifosa.

CRAIGIE e outros investigadores estudaram-na em relação com a sua fago-sensibilidade. ⁽⁶⁾ Deste modo se veio a agrupar a *Eberthella* tifosa em dois grupos:

variedade *rugosa* ou *W*, que não é sensível ao fago;

variedade *lisa* ou *V*, que é muito sensível ao fago.

Ora a sensibilidade da variedade *lisa* parece estar relacionada com o seu conteúdo em antigénio *Vi*, que é o antigénio da virulência. Desta

⁽⁶⁾ In. «La Presse Médicale», de 28 de Maio de 1949, pode ler-se um artigo de P. NICOLLE e A. JUDE sobre a importância em epidemiologia do conhecimento dos tipos de bacilos tífico e paratífico B por meio de preparações bacteriófágicas — método do «typing».

maneira divergem um pouco as vacinas antigas, que os ingleses e os americanos fabricavam a partir da cepa *Rawlings* de WRIGHT, mas que hoje se vão fabricando a partir da cepa *Panamá n.º 58*, procedentes de um porta-bacilos. Mas há laboratórios que utilizam bacilos isolados localmente.

Assim, há vacinas em que predomina o antigénio *O* e vacinas em que predomina o antigénio *Vi*. E ainda se discute se o melhor conservante para o antigénio *Vi* é o álcool ou a sacarose. Levanta-se ainda um outro problema. Nos U. S. A. não são vulgares as febres paratifoides, de modo que predomina o uso da vacina monovalente contra a febre tifoide. E isso foi defendido em Portugal por colegas educados na América, mesmo com o argumento dela dar menor reacção. Mas a escolha entre vacinas monovalentes e polivalentes terá de depender do conhecimento epidemiológico da região em que se aplicam. Se ao lado das infecções pela *Eberthella* tifosa aparecem em apreciável número as infecções pelas *Salmonella paratyphi A* e *Salmonella paratyphi B*, é claro que convirá empregar as vacinas mixtas. Em França, onde as duas guerras mundiais permitiram obter larguíssima prática da vacinação antitífica, usa-se hoje a vacina T. A. B. do Instituto Pasteur. Esta vacina é uma suspensão aquosa de muitas espécies de bacilos tíficos e paratíficos A e B, mortos pelo calor, a 56°. Justifica-se bem esta preferência pela vacina mixta num país onde as percentagens das infecções tifo-paratíficas são dadas pelos seguintes números:

febre tifoide	59,5 %
febre paratifoide B	36,5 %
febre paratifoide A	4 %
	100,0

Em Portugal, há menos febres paratifoides, se nos guiarmos pelo que sucede no Hospital do Rego, em Lisboa, expresso nos seguintes números:

	1945	1946	1947	1948
Febre tifoide —	1282	1212	826	701
Febres paratifoides	14	14	4	4

No entanto deve notar-se que ultimamente se vêem observando com maior frequência febres paratifoides, segundo o movimento de análises do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge. E entrou nos nossos

hábitos a vacinação pelas vacinas T.A.B. O Instituto Pasteur de Lisboa ainda teve no mercado uma vacina antitífica monovalente, mas deixou já de fabricá-la por falta de compradores. Não falando na vacina preparada no Instituto Bacteriológico Camara Pestana, que se emprega no nosso Exército, há no mercado duas vacinas portuguesas, a do Laboratório Imunológico de Lisboa, com a seguinte composição:

	Milhões por cm ³
B. tíficos	1:000
B. paratíficos A	500
B. paratíficos B	500

Bacilos mortos pelo calor, conservação em meio fenicado; três inoculações. Há também uma preparação para duas inoculações.

E a do Instituto Pasteur de Lisboa, com a seguinte composição:

	Milhões por cm ³
B. tífico	1:000
B. paratífico A	500
B. paratífico B	500

Bacilos mortos pelo mertiolato de sódio, conservada em meio de sacarose; duas inoculações.

O consumo destas vacinas é já hoje notável. A Direcção-Geral de Saúde, só à sua parte, comprou no ano de 1948 cerca de 200.000 cm³.

Esperamos que os Delegados de Saúde distritais, na sua próxima reunião anual com os serviços centrais, possam fornecer algumas observações sobre o valor prático destes dois tipos de vacinas.

Como é sabido, a vacinação não confere imunidade a todos os vacinados. No seu tratado de doenças infecciosas, JOCHMANN escreve o seu testemunho:

«por nossa parte adoecemos de febre tifoide de moderada gravidade, apesar de nos termos vacinado com o próprio germen da epidemia, aos três meses de receber a quarta injecção».

Além de não conferir imunidade a todos os vacinados, não é duradouro o seu poder imunizante. Depois da vacinação, recomenda-se, em cada ano seguinte, uma nova inoculação de vacina, dita de «rappel», à francesa, ou «booster injection», à inglesa.

O tempo da imunidade tem sido muito diversamente apreciado pelos autores; seis meses, um ano, dois anos e mais. Mas não pode negar-se o altíssimo papel que ela desempenha na profilaxia das infecções tifo-paratíficas. O seu valor é dado pelas estatísticas, na falta de método prático e preciso que permita avaliar, no laboratório, o efeito imunizante da vacina.

Os números fornecidos pelo exército francês, nas duas grandes guerras, são a este respeito bastante elucidativos.

No começo da primeira, o exército não era vacinado, de modo que em 1914-15 houve cerca de 105.000 casos, com 14.000 óbitos.

Em 1916, começa a vacinação e logo o número de casos desce a 12.000. A vacinação prossegue e registam-se 1.660 casos, em 1917, e apenas 665 em 1918. ⁽⁷⁾

Na segunda, já com a vacinação obrigatória nas fileiras, contam-se 144 casos, com 5 óbitos conhecidos. Com a vacinação mixta, põe-se a questão de saber se o poder imunizante conferido é igual para as três espécies de bacilos. Pensa-se que o poder antigénico dos bacilos paratíficos é inferior ao do bacilo tífico.

Sobre este facto, há uma comunicação de médicos navais americanos em que o assunto é discutido para o paratífico A. ⁽⁸⁾

Essa discussão fundamenta-se no aparecimento no Hospital de Guam, em marinheiros evacuados de *Okinawa*, de 24 infecções tíficas, apesar desses marinheiros, que foram lançados em pára-quedas, estarem vacinados. Estudados os casos, concluiu-se que se tratava de 21 casos de paratífoides A e apenas 3 de febre tifoide. A doença teria sido adquirida pela ingestão de vegetais crus, pois em *Okinawa* se estrumam as hortas com excrementos humanos.

E uma das facetas da discussão é exactamente a imunidade conferida pelo antigénio da *Salmonella paratyphi* A. Ademais, esta questão das vacinas polivalentes envolve ainda alguns segredos. No exército francês utiliza-se, depois da lei de 1936, a vacina associada T.A.B.D.T. (antitetânica, diftérica e tifoparatífica).

⁽⁷⁾ In. *Traité d'Hygiène*, Rochaix.

⁽⁸⁾ In. *Journal of the American Medical Association*, pg. 507, Junho 8-1946.

Antes, utilizava-se a vacina mixta T.A.B. O que é certo é que a frequência da febre tifoide nos vacinados aumenta dia a dia. É o que nos mostram Boyer et Tissier, ⁽⁹⁾ quando dizem:

«Avant la guerre, on ne constatait que 5 à 6 % de typhoïdes chez les vaccinés. En 1943 et en 1944, l'un de nous avait trouvé, avec H. CAMBÉSSÉDÈS, une proportion de 7 % (36 cas sur 517 en 1943, 53 cas sur 739 en 1944).

En 1945, le taux s'est élevé à 9 % (53 cas sur 578) et en 1946 à 11 % (46 cas sur 430). Après une baisse de 8 % en 1947 (42 cas sur 535), nous avons constaté en 1948 le chiffre record de 14,5 % (86 cas sur 589). La typhoïde chez les vaccinés est donc plus fréquent qu'avant la guerre».

E concluem que a T.A.B.D.T. não parece imunizar tão bem contra a tifoide como a T.A.B.

Há contra-indicações? Pondo de lado as reacções vacinais gerais; excluindo os acidentes, felizmente raros, descritos como *choc vacinal*; pode dizer-se que a vacinação é, no conjunto, bem tolerada.

Mas ela está formalmente contra-indicada nos cardíacos, hepáticos, renais e ainda nos asmáticos e nos indivíduos portadores de urticária, eczema e outras doenças de sensibilização.

Não deve portanto vacinar-se sem prévio exame clínico, que poderá conduzir a pesquisas laboratoriais de albumina, glucose e outras.

Infelizmente, temos visto desprezar constantemente estas regras. Fala-se da vacinação em massa dos soldados, mas esquece-se que é gente na força da vida, seleccionada em cuidadosa inspecção médica, quando do alistamento. LUÍS DE CAMPOS JESUS, na *Clínica Y Laboratório*, de Junho de 1948, escreve o seguinte: ⁽¹⁰⁾ «O autor regista especialmente 14 casos de morte por broncopneumonia gripal ocorridos num regimento em que, sob condições climáticas e de alojamento deficientes, praticou a vacinação antitífica a um contingente de recrutas recentemente incorporados». Teria havido prévio exame médico?

Para terminar, todos os autores estão de acordo em que as pessoas atingidas de tuberculose latente podem sofrer uma *poussée* evolutiva em seguida à vacinação antitífica.

⁽⁹⁾ In. Presse Medicale, 1^{er} Juin — 1949.

⁽¹⁰⁾ cf. in Jornal do Médico, n.º 321, de 19 de Março de 1949.

Moscas

A vacinação não resolve em absoluto o problema sanitário das infecções tifo-paratíficas, apesar do seu inegável sucesso. É ótima nos exércitos e nos indivíduos que têm de deslocar-se de uma região limpa de bacilos para uma região suja, assim como nas povoações em que as endemias se arrastam, e nos hospitais de doenças infecto-contagiosas, para defender médicos, enfermeiros e mais pessoal.

Como medida geral, é preferível tornar o meio impróprio para a vida e transmissão dos agentes infectantes. Se lembrarmos os quatro *efes* dos sanitaristas ingleses, verificaremos que já foram considerados os dois primeiros — *feces* e *fingers*.

Poderemos agora encarar os outros dois — *food* e *flies*.

A luta contra as moscas, sobretudo nos meios rurais, é difícilíssima. Exige dinheiro e educação sanitária, por parte dos agricultores.

Entre nós, não sabemos qual seja mais difícil, se arranjar dinheiro entre pequenos proprietários, que exploram terras pobres, se educar gente do povo que nasceu e se criou junto de estábulos e currais, paredes-meias com estrumeiras. Mas é na construção de estrumeiras ou nitreiras, segundo regras hoje bem conhecidas, que reside em grande parte a solução do problema. Com boas estrumeiras, para onde se removam diariamente as camas e os dejectos dos gados, e com a evacuação rápida de lixos e resíduos de cozinha, será possível evitar a postura dos ovos em meio próprio e o desenvolvimento das larvas.

Não entraremos no caminho de estudar essas estrumeiras e lixeiras, cujas características se descrevem nos compêndios e folhetos de higiene rural.

Bom seria divulgar estes folhetos, aos milhares, por escolas, casas do povo, grêmios de lavoura, sociedades de recreio, etc.

Também podemos lutar contra o insecto adulto, utilizando os modernos insecticidas como o D.D.T. e a gamexana.

A pulverização dos vãos das portas e dos ângulos das casas, para-peitos, caixilhos e bandeiras das janelas, exterminará grande número de moscas. Mais eficientes serão as vaporizações sob pressão de solutos de aqueles insecticidas, de que é tipo a bomba azul.

Alguns jactos de líquido vaporizado, por cada divisão da casa, numa operação de segundos, matarão em pouco tempo as moscas que lá houver. Melhor que tudo isto será a aplicação nas casas de habitação, nos estábulos, cavalariças, galinheiros, coelheiras e outras instalações para animais, de emulsões de D.D.T., gamexana ou produtos semelhantes,

emulsões que são preparadas com produtos cristalinos de efeito remanescente. Quere dizer, a pulverização das paredes, portas e janelas levará às suas superfícies partículas cristalinas do insecticida que aí depositadas e aderidas, para o que se lhe adiciona um emulsionante, terão o poder de matar, por alguns meses, as moscas e os mosquitos que aí poisarem. É operação a realizar no começo ou um pouco antes da Primavera, depois de se caíarem as paredes e possivelmente de se pintarem as portas e janelas. Para os mosquitos, crê-se de resultados seguros, constituindo hoje a base da luta contra o anófeles, nas campanhas-antimaláricas, em que se pulverizam as habitações de povoações inteiras, com o fim de eliminar da região os mosquitos. Na luta contra as moscas o efeito é surpreendente no primeiro ano, mas começam a observar-se falhas nos anos seguintes, o que pressupõe a criação de gerações de moscas resistentes ao D.D.T. Aguardaremos noções mais precisas sobre esta matéria, que terão de fundamentar-se numa larga experiência, filiada na luta contra o anófeles, nas regiões palúdicas, ou contra o estegómia, nas regiões de febre amarela, por serem estas as acções sanitárias de maior envergadura em todo o Mundo.

Ao mesmo tempo que se liquidará o mosquito observar-se-á a acção sobre a mosca.

Alimentos

A transmissão das infecções tifoparatíficas por contágio indirecto faz-se quase sempre por via alimentar. Assim, os autores ingleses incluem as febres tifoide e paratifoideas nas infecções alimentares.

De entre os alimentos, a água é responsável por grandes epidemias.

Teremos então de abastecer as povoações com água potável, quere dizer, água própria para beber, para cozinhar os alimentos e para usos domésticos. São conhecidas as suas características físico-químicas; a água potável deve ser límpida, incolor, inodora, de sabor agradável e fresco e dissolver bem o sabão.

Terá de ser bacteriológicamente potável. O que é uma água bacteriológicamente potável? Quando suspeita, como se purifica? Conversaremos sobre esta matéria na nossa aula prática, a realizar no Parque Sanitário. Por agora, diremos apenas que é muito difícil encontrar os bacilos tíficos e paratíficos nas águas.

Porisso se determina, como índice de inquinação de uma água, o seu título colibacilar.

Com efeito, os bacilos do grupo coli fecal dão ideia do grau de

contaminação por fezes humanas. Se o bacilo coli veio inquinar a água, a partir de fezes, essa água pode estar igualmente infectada por bacilos tifo-paratíficos. Basta que as fezes provenham de doente tífico ou de porta-bacilos.

De modo que o significado sanitário do título colibacilar é do mais alto valor.

Outrora, as galerias de mina das nascentes das nossas terras de província abriam-se em terrenos incultos, fora da zona das habitações humanas e dos currais do gado.

Obtinha-se boa água. Hoje, as terras cresceram, a sua superfície alargou-se e o que se vê, em regra, é as minas dentro da zona urbanizada, onde abundam as estrumeiras e as hortas. Acrescente-se o desenvolvimento industrial, com as suas águas residuais.

Quando a captação é um poço e não uma galeria de mina, a situação não melhora, pois eles estão quase sempre abertos dentro das povoações.

Ora o solo destes povoados está contaminado no mais alto grau por dejectos humanos e dos animais, na falta de um sistema de drenagem. Não devemos alongar muito este capítulo da nossa palestra. Mas podemos lembrar que o médico, pela sua influência e pela sua cultura, pode e deve exercer acção educativa nesta matéria. Hoje em dia, as captações obedecem a regras estabelecidas pela engenharia sanitária, que os compêndios de higiene reproduzem.

Leite

A seguir à água, como alimento transmissor dos bacilos tifo-paratíficos, vem o leite. Entre nós há, felizmente, o hábito de beber leite fervido. Não são portanto vulgares as epidemias que o tenham por origem.

Compete aos serviços de sanidade pecuária inspeccionar os estábulos, examinar as vacas leiteiras e fiscalizar a distribuição do leite.

Quere dizer, é sua função trabalhar para conseguir leite limpo. Mas a infecção do leite, como dos queijos e da manteiga, por bacilos tifo-paratíficos, dá-se ou pelo uso de águas inquinadas, na lavagem dos utensílios de vacaria e leitaria, ou pelas mãos sujas de um portador de bacilos.

A indivíduo suspeito de ser porta-bacilos não se passará boletim de sanidade, que é documento indispensável para o exercício das profissões de vaqueiro, leiteiro e mais pessoal ocupado na colheita e distribuição do leite.

Quando haja essa suspeita, pode exigir-se exame laboratorial das fezes, para pesquisa dos bacilos. O exame médico compete aos médicos sanitários, conforme foi confirmado pelo decreto n.º 36.974, de 17 de Julho de 1948, e deve ser anual, nos termos da circular n.º 125, de 18 de Março de 1939, da Direcção-Geral de Saúde.

Em todo o caso, estamos muito longe de poder confiar nestas medidas. Teremos então de recorrer à purificação do leite. O processo mundialmente aceite, nas cidades e grandes vilas, é o da pasteurização. Nas aldeias e pequenas vilas, resta a fervura, como até agora, em casa do consumidor. A pasteurização consiste no aquecimento do leite a temperatura mortal para as bactérias patogénicas, seguido de resfriamento imediato a $+4^{\circ}$. Distinguem-se três métodos industriais:

Pasteurização alta, na qual o leite é aquecido durante 2 a 5 minutos, à temperatura de 85°C . Imediatamente se resfria a $+4^{\circ}$.

Pasteurização baixa, que consiste no aquecimento a 63°C ., durante 30 minutos. Igualmente refrigeração imediata.

Pasteurização em camada delgada de 1 a alguns milímetros, por contacto com parede aquecida. Aquecimento a 76°C ., de modo que o leite fica a 75° , durante 15 minutos, no interior dos tubos ou das placas, conforme o tipo do pasteurizador.

A operação requiere educação higiénica do pessoal leiteiro, para ser conduzida com eficiência, pois exige leite limpo, querê dizer, sem detritos de palhas e de estrumes. Encarece bastante o leite porque é preciso resfriá-lo, logo a seguir à mungidura, e conduzi-lo à Central Pasteurizadora em vagão ou autotanque isotérmico. Os encargos da pasteurização são ainda acrescidos com o trabalho gasto no envasilhamento automático, em garrafas esterilizadas, e a despesa da distribuição ao domicílio.

Conte-se ainda com a fractura das garrafas; os americanos estabeleceram que uma garrafa de vidro serve 35 vezes, em média. Não é empresa industrial para curiosos. É, em todo o caso, nesta altura dos nossos conhecimentos, o único processo aconselhável para a higienização do leite, nas cidades e grandes vilas.

Mariscos

Nas regiões marítimas, como na costa do Mediterrâneo, as ostras, o mexilhão e outros mariscos são causa frequente de epidemias tíficas. Como se sabe, os crustáceos e moluscos comestíveis vivem nas águas poluídas com matéria orgânica em decomposição, sobretudo nos estuários

dos rios. Nessas águas se inquinam, sendo particularmente perigosa a água intervalvar.

O hábito de comer mariscos crus obriga a regular a sua pesca e venda, em especial a exploração das ostreiras. O antigo sistema de classificar as ostreiras em salubres e insalubres, depois de vistoria do subdelegado de saúde, carece de segurança e tem de completar-se com a instalação de parques de depuração de ostras e mexilhão.

O assunto está bem estudado e resolvido sob o ponto de vista técnico. Em Inglaterra são de nomeada os parques de *Brightlingsea*, para ostras e de *Conway*, para mexilhão. A operação é simples. Os mariscos chegam em sacas que são despejadas num tanque, sobre grades de madeira; sobre os mariscos se procede a uma lavagem intensa, com água sob pressão, lançada por agulhetas.

Assim, ficam expurgados de terra, lama, e matéria orgânica aderente às conchas.

A água utilizada na lavagem é purificada pelo cloro, mas não contém cloro livre, que levaria as ostras a defenderem-se, fechando as suas valvas. Obtém-se tratando-a pelo cloro gasoso ou pelos hipocloritos e saturando depois o cloro livre residual por meio do hipossulfito de sódio. Efectuada a lavagem, enchem-se os tanques com a mesma água. Aí, as ostras se depuram por uma forma notável, dado que passam pelo seu tubo intestinaal cerca de 2 litros de água em cada hora. É uma verdadeira auto-depuração. Passadas 24 horas, esviam-se os tanques e repete-se a imersão por outras 24 horas.

Esviados novamente os tanques, enchem-se então com água clorada, contendo três decimiligramas de cloro livre por litro. O marisco defende-se, fecha as suas valvas, e assim se esteriliza a superfície externa das conchas. Esta operação complementar não deve durar mais de 2 horas, para não prejudicar a vida do marisco. Resta esviasiá outra vez o tanque e ensacar as ostras, que saem do parque em sacos com o selo de garantia da sua salubridade.

Em Portugal, o assunto também está estudado, mas ainda se não conseguiu a instalação de um parque de depuração.

As ostras que se compam aqui e acolá não têm nem podem ter atestado de salubridade. É uma venda clandestina. E é pena, pois a ostra é alimento rico em proteínas e sais minerais, além de bastante apreciada pelos que gostam de boa mesa.

Além de constituir um rendimento apreciável. A nossa exportação está limitada a ostras gordas, para serem depuradas no país que as recebe.

Carnes e outros alimentos

Depois do que se disse, ao falarmos dos bacilos paratíficos, sobre a infecção primitiva e secundária das carnes, pouco mais devemos acrescentar.

Saliente-se apenas que os exemplos então apresentados nos mostram como é necessário construir matadouros higiênicos, de modo que as carnes não se infectem com os dejectos dos animais abatidos; um só animal, portador de bacilos patogénicos, ainda que em bom estado de saúde, poderá infectar a carne de todos os outros.

Pelo que diz respeito mais especialmente às infecções pelos bacilos do género *Salmonella*, importa cuidar do asseio de celeiros, armazéns de retém, mercearias, dispensas e simples armários de conservação de géneros alimentícios, principalmente de farinhas. Além da defesa contra a mosca, como já foi dito, é muito importante a defesa contra o rato. São eles que eliminam pelas suas fezes e urinas, com frequência, as salmonelas responsáveis pelas vulgares gastro-enterites, que por serem vulgares não deixam de ser molestas e por vezes perigosas. É difícil a luta contra o rato. Na falta de casas à prova de rato, pode opôr-se-lhe a conhecida ratofagia dos gatos e dos cães; nas nossas casas de campo, ainda é o mais útil e o mais prático. A luta mecânica, por meio de armadilhas, é proveitosa, mas de fraco rendimento.

O emprego de raticidas químicos não deixa de ser auxílio precioso, mas é preciso cuidado com estes produtos tóxicos, que o são, igualmente, para o homem e para os animais domésticos. Modernamente usa-se, com algum sucesso, o *virus Danysz*, que é uma cultura do *bacillus typhimurium*; dá bons resultados nos ratinhos, mas não é seguro nas ratazanas. E quando não mata, por produzir doença benigna, confere imunidade.

Na desratização dos navios empregam-se os gases tóxicos; o anidrido sulfuroso, no clássico aparelho de CLAYTON, e o ácido cianídrico; este é muito mais tóxico e tem a vantagem de não atacar os metais.

Mas é extremamente perigoso o seu manejo, exigindo cuidadosa protecção do pessoal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema da profilaxia das febres tifoide e paratífoides baseia-se no conhecimento da sua etiologia e patogenia e no saber de que modo elas se propagam.

O conjunto de medidas profilácticas abrange largo campo de acção,

de maneira que a taxa de mortalidade por infecções tifo-paratíficas é índice de civilização de um povo.

Podemos tomar por base de apreciação dos progressos obtidos no Mundo, com essas medidas, as médias publicadas por TURNEAURE, ⁽¹¹⁾ para o ano de 1933.

DEATH RATES FROM TYPHOID AND PARATYPHOID FEVER IN VARIOUS COUNTRIES

(Rates per 100.000 population)

Country	1933	Country	1933
United States of America	3,6	Switzerland	0,8
Canada	2,7	Czechoslovakia	5,3
England and Wales	0,6	Sweden	—
Scotland	0,6	Greece	15
Irish Free State	2,5	Belgium	1,7
Northern Ireland	2,0	Japan	11,9
France	—	Austrália	1
Spain	13,5	Chile	13,9
Germany	—	Uruguay	—
Italy	11,2	Union of South África	12,7
Portugal	16,5		

No continente português e ilhas adjacentes, de então para cá, apenas se verifica melhoria manifesta nos dois últimos anos, como mostra o quadro seguinte: ⁽¹²⁾

TAXA OBITUÁRIA POR FEBRES TIFOIDE E PARA- TIFOIDES NO CONTINENTE PORTUGUÊS E ILHAS ADJACENTES

Ano	Taxa por 100.000 habitantes	Ano	Taxa por 100.000 habitantes
1933	16,5	1941	21
34	14,5	42	19
35	14,8	43	23
36	16	44	18
37	18	45	16
38	16	46	15
39	16	47	11
40	20	48	9

⁽¹¹⁾ *In.* Public Water Supplies, by F. E. Turneure, Dr. Eng., 4.^a edição, 1946, pg. 133.

⁽¹²⁾ Cf., desde 1937, in Anuário Demográfico, Instituto Nacional de Estatística, 1948.

Mas esta taxa de 9:100.000 é ainda tributo pesado. Teremos de fazer esforços para reduzi-la a número vizinho da unidade.

Não é utopia! De há muito que as cidades de Londres e Berlim a tinham reduzido a 1:100.000. Nos Estados Unidos da América do Norte, que, pela sua riqueza e pelo alto nível de vida dos seus habitantes, marcha agora à frente no campo das realizações sociais, «o número de cidades com nenhum óbito por febre tifoide aumentou de 50 em 1942 para 56 em 1945».

São as cidades incluídas na «*The Honor Roll*». Mesmo para um país considerado na sua totalidade — parte urbana e parte rural — veja-se no quadro de TURNEAURE como a Inglaterra e a Suíça já tinham atingido, em 1933, uma taxa inferior à unidade.

*
* *

O antibiótico cloromicetina veio revolucionar a terapêutica e o prognóstico da febre tifoide. Em dois, três ou quatro dias a temperatura cae. Não há ainda experiência suficientemente elucidativa da modificação sofrida pelo curso da doença. Mas pensa-se que as lesões patológicas, uma vez estabelecidas, seguem a sua evolução normal. BRADLEY ⁽¹³⁾, médico do Ministério da Saúde, no Reino Unido, ao descrever alguns casos de febre tifoide tratados com cloromicetina, em que obteve os brilhantes resultados observados por toda a parte, opina que é cedo para comentar os efeitos da droga sobre as complicações, mas diz que SMADEL, em comunicação pessoal, refere hemorragias e perfurações intestinais.

Isto torna mais premente a necessidade de um diagnóstico precoce. E se a percentagem de porta-bacilos fosse diminuída, com a medicação pela cloromicetina logo na primeira semana febril, ter-se-ia dado um grande passo no caminho da eliminação das endemias tifo-paratíficas.

Em todo o caso, é agora possível reduzir a números ínfimos a letalidade tífica.

A estatística obituária perderá grande parte do seu interesse, como expressão da salubridade de um país, e falseará os cálculos até agora correntes de inferir a morbilidade da mortalidade.

(13) In. The Lancet, May 21, 1949.

Assim, os serviços de saúde pública serão forçados a organizar registo correcto das declarações médicas da doença.

Entre nós, esse registo sempre existiu, mas apenas como elemento determinante de intervenção sanitária imediata, nesta ou naquela terra.

Nunca foi um serviço rigoroso, entre outras razões porque só agora os clínicos se vão convencendo do extraordinário valor da declaração da doença.

Este facto, que temos muito prazer em salientar, e a execução da lei n.º 2:036, que promulga as bases da luta contra as doenças contagiosas, constituirão subsídios preciosos na luta contra as infecções tifo-paratíficas.

RÉSUMÉ

On commence par rappeler l'étiologie des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes et les périodes de la maladie où l'on obtient de plus grandes proportions d'hémocultures, agglutinés et cultures de fèces positives.

On décrit la structure antigénique du bacille du typhus et on commente les résultats des recherches d'agglutinines *O* et *H*.

Dans le chapitre sur la transmission des infections, l'on part du groupement que les hommes de science anglais appellent les 4 *f*: *Feces, Fingers, Food, Flies*.

Mais on souligne que, en fin de compte, les bacilles proviennent toujours de malades atteints de typhus ou d'individus qui furent atteints par la maladie et continuent à éliminer des bacilles — ce sont les porte-bacilles. Les doigts contaminés par les fèces, l'urine, la sueur ou le linge sale sont, étant portés aux lèvres, les principaux responsables de la contagion directe de la maladie. Les aliments, quand ils sont contaminés directement par les excréments ou par l'intermédiaire des mouches transmettent la maladie. La transmission se fait, dans ces cas, par contagion indirecte.

On expose la théorie tellurienne ou de PETTENKOFER et la théorie hydrique ou de LIEBERMEISTER, montrant comme cette dernière est confirmée par des exemples d'épidémies de typhus d'origine hydrique qui abondent dans les revues et livres médicaux mais l'on fait remarquer qu'il est surprenant de vérifier l'exacerbation des endémies du typhus pendant la saison chaude.

Sur un graphique établi par l'auteur avec les moyennes de 10 ans — 1931 à 1940 — on montre le cas de la ville de Lisbonne.

Dans le chapitre suivant, on montre, comment on doit conduire l'enquête épidémiologique, mentionnant des poussées épidémiques d'origine hydrique et, particulièrement, celles de fièvres paratyphoïdes, provoquées par la viande, le poisson et autres denrées.

Parlant des mesures prophylactiques on dit que la première ligne de défense dans la campagne contre les agents infectants consiste dans la déclaration de la maladie, dans l'isolement du malade et la désinfection adéquate.

Comme prophylaxie spécifique, on s'occupe de la vaccination et des souches de bacilles qui la provoquent. Le problème des vaccins mixtes est mis en rapport avec la prédominance dans un ou autre pays des fièvres paratyphoïdes. La valeur d'un ou autre vaccin devra être donnée par les statistiques.

Mais son succès est incontestable, comme il l'a été prouvé dans les deux guerres mondiales.

Il y a des contre-indications formelles, mais la vaccination est, en général, bien tolérée. Malgré sa valeur, il est préférable rendre le milieu impropre à la vie et à la transmission d'agents infectants.

L'on devra donc lutter contre toutes les causes d'insalubrité, spécialement les mouches. Il sera nécessaire d'intensifier les travaux de ravitaillement d'eau potable, sans oublier les réseaux d'égouts. Il sera également nécessaire de rendre le lait hygiénique, veiller à la protection des aliments et, dans les régions côtières, prendre soin des coquillages.

On finit par affirmer que le problème de la prophylaxie des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes est basée sur la connaissance de son étiologie et sa pathogénie et sur la manière dont elles se propagent.

L'ensemble des mesures prophylactiques comprend un large champ d'action, de manière que le taux de mortalité par infections typho-paratyphiques est un indice de la civilisation du peuple.

*
* *
*

Après cette leçon théorique on fait une démonstration pratique, au Parc Sanitaire, sur les prélèvements, analyse sommaire et chloration d'eaux.

On se sert, pour cette démonstration, du matériel suivant.

Une *voiture-laboratoire* avec appareils pour mesurer la température, résistivité électrique et concentration hydrogénionique de l'eau; matériel et réactifs nécessaires aux déterminations chimiques les plus nécessaires,

telles que recherches d'ammoniaque, d'azotites et d'azotates; matériel et réactif pour déterminer le test de chlore de l'eau. Un appareil du type *Bunau-Varilla*, pour établir une chloration d'urgence, appareil qui s'adapte à une pompe en deux ou trois heures.

Une *auto-tank*, capacité 3.000 m³. pour eaux, avec tous les instruments nécessaires pour pompage et purification de l'eau de ravitaillement, provenant d'un puits, d'un lac ou d'un fleuve, en cas d'épidémies d'origine hydrique, comme celles de la fièvre typhoïde ou de la dysenterie.

BERNARDINO DE PINHO

Nova tabela das doenças contagiosas de declaração obrigatória

Portaria n.º 13:031

Manda o Governo da República Portuguesa, pelo Ministro do Interior, aprovar, sobre proposta da Direcção-Geral de Saúde, nos termos do n.º 1.º da base IX da Lei n.º 2:036, de 9 de Agosto do corrente ano, ouvido o Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, a seguinte tabela das doenças contagiosas de declaração obrigatória, que substitui a tabela constante da Portaria n.º 10:169, de 22 de Agosto de 1942:

1 — Anquilostomíase; 2 — Bilharziose; 3 — Bruceloses (febres ondulantes; 4 — Carbúnculo; 5 — Cólera; 6 — Difteria; 7 — Disenterias bacilar e amibiana; 8 — Encefalite letárgica; 9 — Escarlatina; 10 — Espiroquetose ictero-hemorrágica; 11 — Febre amarela; 12 — Febres recorrentes; 13 — Febres tifóide e paratifóides; 14 — Hepatite epidémica; 15 — Kala-azar; 16 — Lepra; 17 — Meningite cerebrospinal; 18 — Peste; 19 — Poliomielite; 20 — Psitacose humana; 21 — Sezonismo; 22 — Sodoku; 23 — Tifo exantemático e outras Rickettsioses; 24 — Tosse convulsa; 25 — Tracoma; 26 — Variola (ou variolóide) e alastrim; 27 — Doenças venéreas em período de contágio: sífilis, blenorragia, cancro mole, linfogranuloma (doença de Nicolas-Favre).

Ministério do Interior, 5 de Janeiro de 1950. — Pelo Ministro do Interior, *Joaquim Trigo de Negreiros*, Subsecretário de Estado da Assistência Social.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE
(INSTITUTO SUPERIOR DE HIGIENE E DELEGAÇÃO
DE SAÚDE DE BRAGA)

Tifo exantemático em Braga *

POR

ARNALDO SAMPAIO e ALMEIDA SOARES (**)

Identificação da forma murina da doença

A designação tifo exantemático engloba duas entidades: Tifo epidémico ou clássico e tifo endémico ou murino.

O tifo exantemático clássico tem atingido por várias vezes Portugal em forma epidémica, grassando endémicamente em várias zonas do País.

A zona litoral, que vai de Esposende até ao Algarve, e a zona do interior, que começa em Chaves, desce a Guimarães e daí ao Douro, atravessa a Beira Alta até à Covilhã, sobe para o norte até Bragança, abrangendo as zonas das serras do interior. ⁽¹⁾

Aqui, como quase sempre, a doença está em relação com o baixo nível de vida e péssimas condições higiénicas.

O tifo murino, depois dos trabalhos de MAXCY, MOOSER, CASTANEDA, DYER, ZINSSER, etc., foi suspeitado existir em Portugal pelo Dr. José Alberto de FARIA, o que levou Raul de Carvalho ⁽²⁾ a investigar, com resultado positivo, as aglutininas para o proteus Ox19 nos ratos de Lisboa.

Em 1940 J. Cutileiro ⁽³⁾ descreveu um caso de tifo murino num doente internado no Hospital Curry Cabral. Os meios laboratoriais,

(*) Trabalho apresentado à Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa em 13 de Dezembro de 1949.

(**) Os autores agradecem todas as facilidades concedidas para a execução deste trabalho aos Ex.^{mos} Senhores Drs. José Pestana e Fernando da Silva Correia, respectivamente Delegado de Saúde do Distrito de Braga e Director do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

de que dispunha nessa época, não lhe permitiram provar de uma maneira irrefutável a existência dessa doença entre nós, embora os dados apresentados fossem muito sugestivos.

Em 1942, F. Fonseca e M. Pinto, ⁽⁴⁾ estudando doentes de tifo exantemático no Hospital Curry Cabral, conseguiram identificar casos de tifo murino, o que os conduziu à descoberta de um foco de infecção nos roedores da zona do Beato (Lisboa).

De 1942 para cá os meios de diagnóstico para as rickettsioses têm progredido muito e hoje dispomos de processos de identificação mais seguros e mais simples. Nessa época, o diagnóstico baseava-se principalmente na reacção que as diferentes rickettsias provocavam no cobaio e no rato e em certas provas de imunidade, sempre difíceis de interpretar.

Hoje, devido aos trabalhos de PLOTZ ⁽⁵⁾, SMADELL ⁽⁶⁾, SCOVILLE ⁽⁷⁾, FELDMANN e outros autores americanos, dispomos de reacções sorológicas, reacções de aglutinação e R.F.C., com alta especificidade, que nos permitem facilmente identificar as diferentes rickettsias do tifo exantemático. Além desta vantagem, os anticorpos para a R.F.C. conservam-se muito tempo no indivíduo atingido, pelo que nos permitem fazer um diagnóstico retrospectivo.

Pelas provas de imunidade cruzada sabíamos que a *Rickettsia mooseri* e a *Rickettsia prowazeki* tinham antígenos comuns e que o seu comportamento nos animais mostrava antígenos diferentes.

PLOTZ ⁽⁸⁾ verificou que o antígeno comum era um antígeno solúvel e por isso possível de separar, por lavagens repetidas das *Rickettsias*, do antígeno específico.

Os antígenos puros assim preparados tinham uma alta especificidade e, usados nas R.F.C., permitiam separar as duas entidades clínicas.

Os investigadores da Army Medical School estudaram vários casos de tifo murino e tifo exantemático dos quais tinham sido isoladas as respectivas *Rickettsias*, e verificaram sempre os resultados concordantes da R.F.C. com o do isolamento das *Rickettsias*. No entanto, nos indivíduos que tinham tifo murino mas tinham sido vacinados contra o tifo exantemático (a vacina contra o tifo exantemático não protege contra o tifo murino), as reacções de fixação de complemento eram positivas a um título superior para o antígeno do tifo exantemático, como um de nós ⁽⁹⁾ já teve ocasião de verificar. (*)

(*) Nestes casos é preciso recorrer à aglutinação com rickettsias específicas para fazer o diagnóstico diferencial.

Os antigéneos desprovidos completamente do antigéneo solúvel comum são muito caros e difíceis de preparar e por isso os antigéneos comerciais trazem uma pequena fracção desse antigéneo que acarreta a positividade das reacções para os dois tipos. É pela técnica da diluição do soro do doente que nós esgotamos essa substância comum e portanto tomamos como positiva para o respectivo tipo a diluição mais alta, como adiante veremos. A diluição do soro tem também a vantagem de eliminar as falsas reacções biológicas positivas e por isso só é considerada com significado positivo a partir de 1:8.

A diferenciação destas duas rickettsioses tem para os serviços de saúde uma importância fundamental, porque tendo uma epidemiologia diferente têm métodos profiláticos completamente diferentes.

Para o tifo exantemático clássico é o homem o reservatório de virus e o piolho o transmissor.

Para o tifo murino é o rato o reservatório de virus e a pulga do rato a transmissora.

Muitos autores, entre os quais sobressai MOOSER, ⁽¹⁰⁾ admitem a hipótese da transformação do tifo murino em tifo clássico, desde que as condições do meio sejam propícias — infestação por piolhos, más condições higiénicas, etc. Embora os trabalhos de MOOSER e outros, como a infecção do piolho pela *Rickettsia mooseri*, infecção do macaco por estes piolhos e passagem de macaco a macaco pelo piolho, adaptação da estirpe clássica ao rato, falta de fixidez da estirpe clássica na reacção escrotal do cobaio, existência no mesmo local dos dois tipos de tifo, etc., ainda continua em aberto a questão de apurar se o tifo murino se pode transformar e em que condições, em tifo clássico.

Os trabalhos recentes de Pomales LEBRON, ARBORA, MORALES, etc. 1946, ⁽¹¹⁾ sobre a reacção de fixação de complemento nos ratos de Puerto Rico revelando anticorpos para o tifo histórico, se bem que possam ter mais que uma interpretação, chamam, em todo o caso, a atenção para a possibilidade do rato constituir um reservatório do tifo exantemático clássico.

Esta questão, de grande interesse teórico e prático, não afecta contudo a atitude a tomar em face de um caso suspeito de tifo exantemático e que será forçosamente a assumida em presença do tifo exantemático histórico clássico, em virtude de no momento actual não ser possível fazer um diagnóstico de certeza rápido e portanto correr-se o risco de deixar espalhar o mal.

Só depois do diagnóstico etiológico feito é que a profilaxia é diferente.

Tifo exantemático clássico — Isolamento do doente e despiolhamento do doente e contactos.

Tifo murino — Luta contra o rato e pulga do rato. O isolamento do doente não é necessário desde que o doente e os seus contactos não estejam infestados por piolhos (lembrar sempre que há autores unicistas, como anteriormente dissemos).

Ditas estas palavras como exórdio, entremos pròpriamente no assunto.

*

Alguns habitantes da cidade de Braga têm sido, de tempos a tempos, vítimas de tifo exantemático, sendo a última grande epidemia em 1918, que registou 349 óbitos ⁽¹²⁾. Desde essa data, quase todos os anos se têm registado casos de tifo exantemático, umas vezes esporadicamente e outras por pequenas epidemias. A última epidemia dessa doença ocorreu em 1944, tendo-se identificado em todo o ano 20 casos. Em virtude da benignidade da doença em alguns doentes, falou-se na possibilidade desses casos serem de origem murina, sem no entanto se ter feito qualquer investigação que desse suporte a essa hipótese.

Em Novembro de 1948, um de nós teve conhecimento de novos casos de tifo exantemático. O aspecto clínico, o aparecimento esporádico, a ausência de piolhos nos doentes e no meio em que viviam, e a sua profissão em contacto com armazéns de cereais infestados de ratos, levaram-nos a pensar na hipótese de tifo murino, que as circunstâncias locais impediram de confirmar. Os casos foram aparecendo em rosário, mais ou menos com as mesmas características, necessitando de um estudo laboratorial que conduzisse a uma conclusão definitiva.

Comunicado superiormente, foi resolvido que a Delegação de Saúde de Braga e os serviços técnicos de Bacteriologia do Instituto Superior de Higiene, iniciassem esse estudo, que passaremos a expôr.

Era nossa intenção fazer um inquérito sorológico retrospectivo a todos os atingidos por tifo exantemático desde há anos, mas o Arquivo da antiga Delegação de Saúde de Braga não nos permitiu por falta de dados levar a efeito essa tarefa. Só nos foi permitido começar em 1944.

O inquérito foi conduzido do seguinte modo: A todos os indivíduos registados na Delegação de Saúde como tendo tido tifo exantemático (R. W. Felix — Positiva), foi colhido sangue para reacção de fixação de complemento seguido de um inquérito local visando con-

tactos com outros doentes, infestação do local em que viviam ou trabalhavam por piolhos ou ratos, hábitos higiénicos e profissão. Se o resultado da R.F.C. fosse positivo para o tifo clássico extraíamos sangue dos contactos para a mesma reacção, se fosse positiva para o tifo murino extraíamos sangue dos indivíduos cuja profissão os obrigava a permanecer na zona suspeita. Por variadíssimas razões este inquérito sorológico não foi feito numa extensão que seria para desejar e que se impõe em estudos desta natureza. No entanto, ainda conseguimos identificar pelo inquérito mais 6 casos em 1944 e 2 em 1948 que não tinham sido notificados.

Os resultados desse inquérito foram resumidos nos quadros 1 e 2 e gráfico da Figura 4.

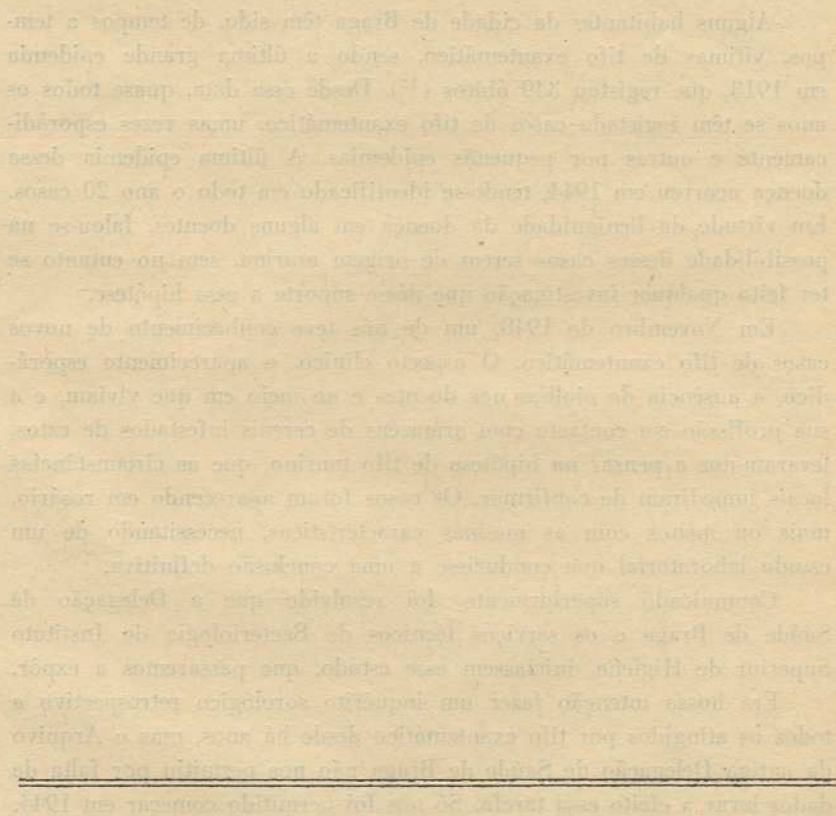


FIGURA 4

Gráfico comparativo da incidência simultânea, na cidade de Braga, do tifo clássico e do tifo murino. (Identificação actual e retrospectiva pelo Inquérito e pela reacção de fixação do complemento).

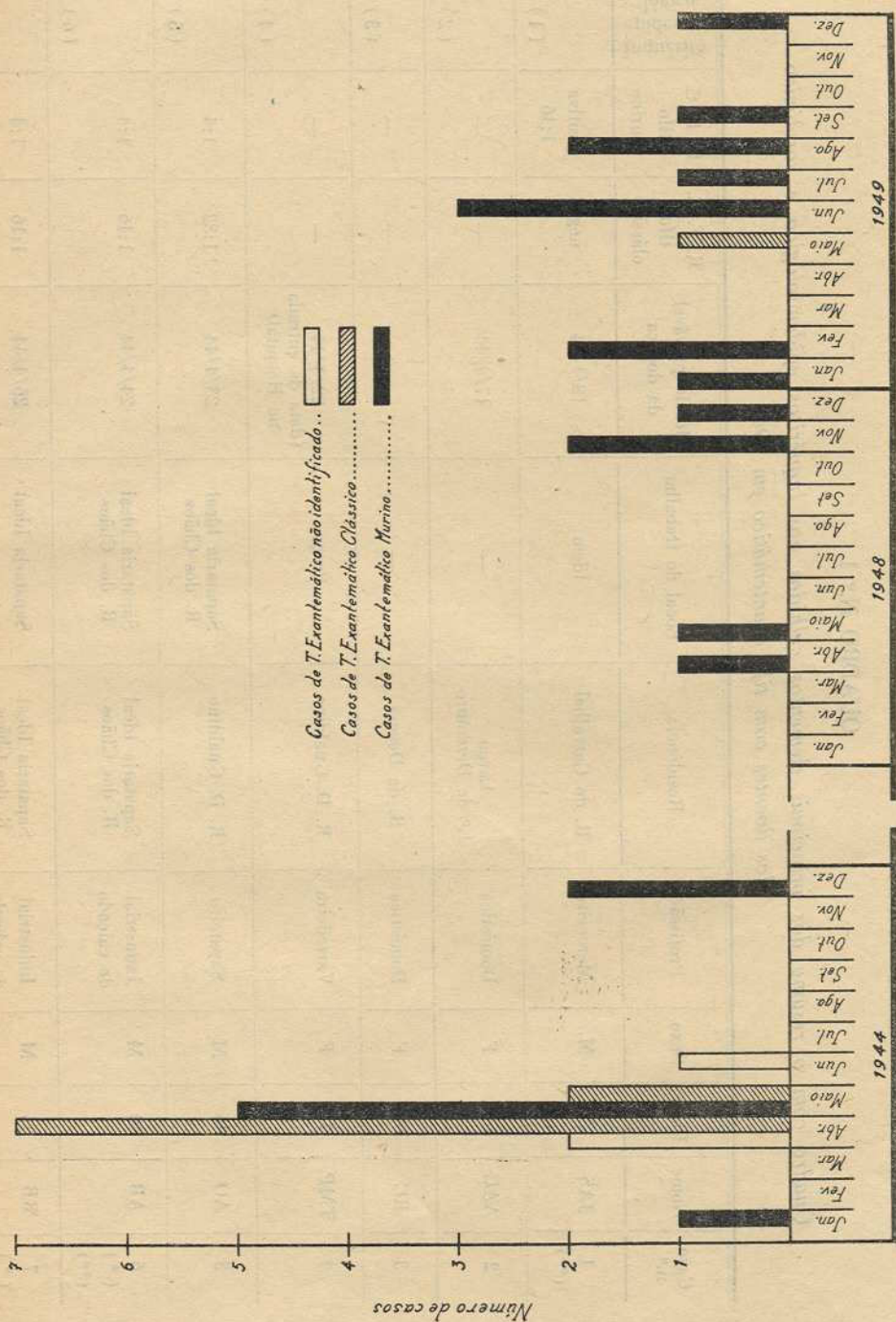


FIGURA 4

QUADRO N.º 1

Quadro com o resumo dos principais elementos colhidos nos inquéritos epidemiológico e sorológico dos doentes com tifo exantemático em 1944

Caso n.º	Nome	Idade	Sexo	Profissão	Residência	Local do trabalho	Início provável da doença	R. F. C. tifo clássico	R. F. C. tifo murino	Inquérito epidemiológico
1 (**)	JAS	72	M	Merceeiro	R. do Carvalho	Idem	18/1/44	neg.	positiva 1:16	(1)
2	AAC	67	F	Doméstica	Largo 1.º de Dezembro	—	17/4/44	—	—	(2)
3	RC	60	F	Doméstica	R. da Deveza	—	—	—	—	(3)
4	TMP	47	F	Varredeira	R. D. Gualdino	Praça	22/4/44 (data de entrada no Hospital)	—	—	(4)
5	AO	46	M	Sapateiro	R. D. Gualdino	Sapataria Ideal R. dos Chãos	23/4/44	1:32	1:4	(5)
6 (*) (**)	AB	40	M	Industrial de calçado	Sapataria Ideal R. dos Chãos	Sapataria Ideal R. dos Chãos	24/4/44	1:16	1:4	(6)
7 (*) (**)	RB	43	M	Industrial de calçado	Sapataria Ideal R. dos Chãos	Sapataria Ideal	26/4/44	1:16	1:4	(7)

8	MTM	27	M	Sapateiro	R. S. Victor- -o-Velho	Sapataria Ideal	27/4/44	1:4	neg.	(8)
9	MV	22	M	Metalurgia	R. S. Victor- -o-Velho	?				(9)
10	AMF	20	M	Sapateiro	S. Domingos	Sapataria Ideal	28/4/44	1:4	neg.	(10)
11	DF	34	M	Sapateiro	Bairro da Palhota	Sapataria Ideal	3/5/44	1:64	1:16	(11)
12	MCM	22	F	Estudante	R. dos Chãos	Liceu	3/5/44	1:16	1:128	(12)
13 (**) (a)	CB	?	F	Pedinte	R. do Forno	—	1. ^a semana de Maio			(13)
14	ESS	41	F	Padeira	R. do Forno	Praça	9/5/44	1:16	1:64	(14)

(1) Residência e local de trabalho na zona A. Uma parte da mercearia transformada em depósito de milho. O filho esteve em contacto frequentes vezes com o armazém da Glória e o milho para negócio vem dessa proveniência.

(2) Falecida.

(3) Não foi encontrada.

(4) Falecida.

(5) Infestado por piolhos assim como os outros inquilinos. Refere contacto com a doente anterior, antes do internamento. Trabalhou, já doente, durante alguns dias antes de internado.

(6) Hábitos higiénicos. Contactos com o caso anterior.

(7) Vide caso 6.

(8) Vivendo em zona de grande promiscuidade e infestação pelo piolho. Contacto no local de trabalho.

(9) Não foi encontrado.

(10) Habitando zona de grande promiscuidade e alta infestação. Contactos com 5, 6, 7 e 8.

(11) Idênticas condições ao do caso n.º 10.

(12) Habitando zona A. Grande infestação de ratos.

(13) Falecida. Frequentava especialmente a zona B e cohabitava com casos 14 e 15.

(14) Além do local de trabalho, situado na zona B, frequentava tabernas e casas de pasto da mesma zona.

Caso n.º	Nome	Idade	Sexo	Profissão	Residência	Local de trabalho	Início provável da doença	R. F. C. tifo clássico	R. F. C. tifo murino	Inquérito epidemiológico
15	ZCR	47	F	Varredeira	R. do Forno	Praça	12/5/44	1:16	1:128	(15)
16 (**)	MAP	24	F	Empregada comercial	Campo das Hortas	R. dos Chãos	15/5/44	1:8	neg.	(16)
17	MB	23	F	Criada de limpeza	Hospital	Hospital	20/5/44	neg.	neg.	(17)
18	ZS	26	F	Doméstica	R. S. Marcos	—	1.ª semana de Julho	—	—	(18)
19 (**)	MCS	34	F	Doméstica	R. do Carvalho	—	1.ª semana de Dezembro	—	—	(19)
20	MBA	21	F	Criada	R. do Carvalho	R. do Carvalho	2.ª semana de Dezembro	neg.	1:8	(20)

(15) As mesmas condições que o caso n.º 14.

(16) Contactos com a Sapataria Ideal.

(17) Tratava da desinfestação dos doentes.

(18) Não foi encontrada.

(19) Idêntica ao caso n.º 1.

(20) Idêntica ao caso n.º 1.

(*) Doentes notificados por suspeita de febre tifoide e presentemente identificados com tifo exantemático após inquérito epidemiológico e confirmação laboratorial retrospectiva.

(**) Não foram notificados. Identificação retrospectiva.

(a) Sem R. Weil Felix.

QUADRO N.º 2

Quadro com o resumo dos principais elementos colhidos nos inquéritos epidemiológico e sorológico dos doentes com tifo exantemático em 1948-1949

Caso n.º	Nome	Idade	Sexo	Profissão	Residência	Local do trabalho	Início provável da doença	R. W. Felix 0×19	R. F. C. tifo clássico	R. F. C. tifo murino	Inquérito epidemiológico
1	MAP	64	F	Doméstica	R. Castelo	Igreja dos Ferreiros	29/ 4 /48	1:320	Neg.	1:128	(1)
2	MS	30	M	Operário fabril	Largo dos Penedos	Estação de Braga	9/ 5 /48	1:320	1:8	1:64	(2)
3	MCM	42	F	Empregada de Consultório	Largo dos Penedos	R. dos Capelistas	20/11/48	1:150	1:16	1:64	(3)
4	JAM	20	F	Estudante	Largo dos Penedos	Escola Comercial	26/11/48	1:320	1:16	1:128	(4)
5	JAL	32	M	Oficial de ourives	R. Frei Caetano Brandão	R. da Misericórdia	8/12/48	1:320	1:8	1:64	(5)

(1) Contactos na Igreja com os moradores da zona A. Abastece-se numa mercearia contígua à sua residência que é fornecida pelo Armazém da Glória.

(2) Freqüentador acidental do Armazém da Glória.

(3) Não se apuraram outros contactos, além da circunstância de ter como vizinho do 1.º andar o dono do Armazém da Glória.

(4) Idêntico ao caso 3.

(5) Mora na zona B da cidade. Casa com ratos.

Caso n.º	Nome	Idade	Sexo	Profissão	Residência	Local do trabalho	Início provável da doença	R. W. Felix 0×19	R. F. C. tifo clássico	R. F. C. tifo murino	Inquérito epidemi- ológico
6 (*)	MJF	38	M	Enfermeiro	R. dos Pelames	Hospital	20/ 1 /49			1:16	(6)
6-A (*)	ACL	72	M	Angariador de seguros	R. D. Pedro V	—	10/ 2 /49		1:128	1:512	(7)
7	AGS	28	M	Criado do Armazém da Glória	R. da Devesa	Armazém da Glória	10/ 2 /49	1:640	1:32	1:128	(8)
8	ROF	67	F	Doméstica	R. S. Domingos	—	13/ 5 /59	1:320	1:256	1:8	(9)
9	MSV	39	M	Soldador mecânico	R. D. Diogo Sousa	Fábrica Pachancho	12/ 6 /49	1:120	neg.	neg.	(10)
10	MCG	58	F	Doméstica	R. D. Diogo Sousa	—	19/ 6 /49	1:200	1:8	1:16	(11)
11	ATG	62	F	Criada	R. S. Marcos	R. S. Marcos	20/ 6 /49	1:320	—	—	(12)
12	MCF	35	F	Modista	R. St.º André	R. St.º André	5/ 7 /49	1:160	—	—	(13)

13	EN	39	M	Criado de lavoura	Tenões	Tenões	1/ 8 /49	1:320	1:128	1:256	(14)
14	HJM	29	M	Empregado comercial	R. do Carmo	R. do Carmo	30/ 8 /49	1:400	1:16	1:32	(15)
15	FAB	29	M	Merceeiro	R. 5 de Outubro	Av. Marechal Gomes da Costa	25/ 9 /49	1:400	1:256	1:2048	(16)

(6) Contactos habituais com o Armazém da Glória e suas vizinhanças.

(7) O filho trabalha numa mercearia da zona B. donde se abastecem e o doente frequenta a mercearia.

(8) Trabalhava durante todo o dia no Armazém da Glória.

(9) Sinais de infestação pelo piolho. Apurou-se que o marido tinha tido o tifo em 1919 e que em Março de 42 teve um reumatismo poliarticular agudo que cedeu ao 4.º dia de tratamento pelo salicilato de sódio, continuando de tempos a tempos com leves sintomas reumáticos até Maio de 1949.

(10) Residente em plena zona B, com a casa infestada por ratos.

(11) Residente na zona B.

(12) Falecida. Frequentadora assídua do Armazém da Glória.

(13) Um parente da doente que diariamente frequenta a sua casa tem um armazém de vinhos contíguo ao Armazém da Glória e infestado por ratazanas. Também se apurou que o caso 9 esteve em contacto com o marido durante 8 dias num ambiente infestado por pulgas.

(14) 7 dias antes de adoecer esteve em casa do patrão situada a 30 metros do Armazém da Glória tomando parte activa no transporte de milho para o Armazém.

(15) Reside e trabalha em plena zona A a 50 metros do Armazém da Glória com contactos diários com este.

(16) Fornecido pelo Armazém da Glória.

(*) Doentes notificados por suspeita de febre tifoide e presentemente identificados como tifo exantemático após inquérito epidemiológico e confirmação laboratorial retrospectivos.

(**) Não foram notificados. Identificação retrospectiva.

(a) Sem R. Weil Felix.

Os resultados colhidos e esquematizados nos quadros apresentados levaram-nos à conclusão que em Braga durante o período do nosso trabalho, grassaram 2 Rickettsioses do grupo do tifo — o tifo clássico e o murino.

Segundo o trabalho dos autores americanos atrás citados bastariam estes elementos para podermos afirmar que existiam em Braga as duas entidades clínicas, embora por dificuldades do meio não tivéssemos podido isolar as rickettsias dos respectivos doentes.

Pareceu-nos a nós que seria prova ainda mais concludente da existência do tifo murino o conseguirmos isolar a *R. mooseri* dos ratos de Braga, além da vantagem de determinar as zonas infectadas o que tinha grande interesse para a profilaxia.

O inquérito chamou-nos a atenção para duas zonas da cidade possíveis fontes de infecção.

Essas duas zonas que denominámos Zona A e Zona B ficam situadas no centro da cidade (Ver a planta da Fig. 5) e assim localizadas:

Zona A — Todo o quarteirão delimitado pelas ruas dos Chãos, Capelistas, Campo da Vinha e Carvalhal.

Na parte oeste desta zona existem uma série de armazéns, entre os quais salientamos um armazém de cereais, batatas, etc., conhecido pelo nome de «*Armazém da Glória*» local altamente infestado por ratos e pulgas.

Zona B — Constituída por dois quarteirões delimitados no seu conjunto pelas ruas dos Biscainhos, D. Diogo de Sousa, Mesericórdia, Praça e parte da rua Frei Caetano Brandão.

FIGURA 5

Algumas ruas da cidade de Braga cuja localização na planta interessa mais ao estudo da distribuição dos casos de tifos verificados em 1944, 1948 e 1949.

1 — Avenida dos Combatentes da Grande Guerra; 2 — Avenida do Marechal Gomes da Costa; 4 — Avenida Dr. Porfirio da Silva; 5 — Avenida Dr. Artur Soares; 6 — Praça da República; 7 — Praça Conde de Agrolongo; 8 — Praça Municipal; 9 — Praça Alexandre Herculano; 13 — Campo da Feira; 24 — Largo da Porta Nova; 26 — Largo de Santo Agostinho; 28 — Largo de S. João; 34 — Largo do Rechicho; 37 — Largo da Devesa; 39 — Largo de S.^{ta} Tecla; 45 — Rua de D. Diogo de Sousa; 47 — Rua de D. Pedro V; 48 — Rua Nova de S.^{ta} Cruz; 49 — Rua de S. Victor-o-Velho; 52 — Rua de S. Victor; 53 — Rua de S. Domingos; 54 — Rua de S.^{ta} Margarida; 58 — Rua de S. Marcos; 59 — Rua Cândido dos Reis; 62 — Rua de Miguel Bombarda; 67 — Rua de D. Frei Caetano Brandão; 71 — Rua dos Biscainhos; 74 — Rua do Carmo; 85 — Rua de S.^{to} André; 87 — Rua de São Vicente; 100 — Rua dos Mártires da República; 105 — Rua Cinco de Outubro; 120 — Rua das Palhotas; 131 — Bairro Araujo Carandá

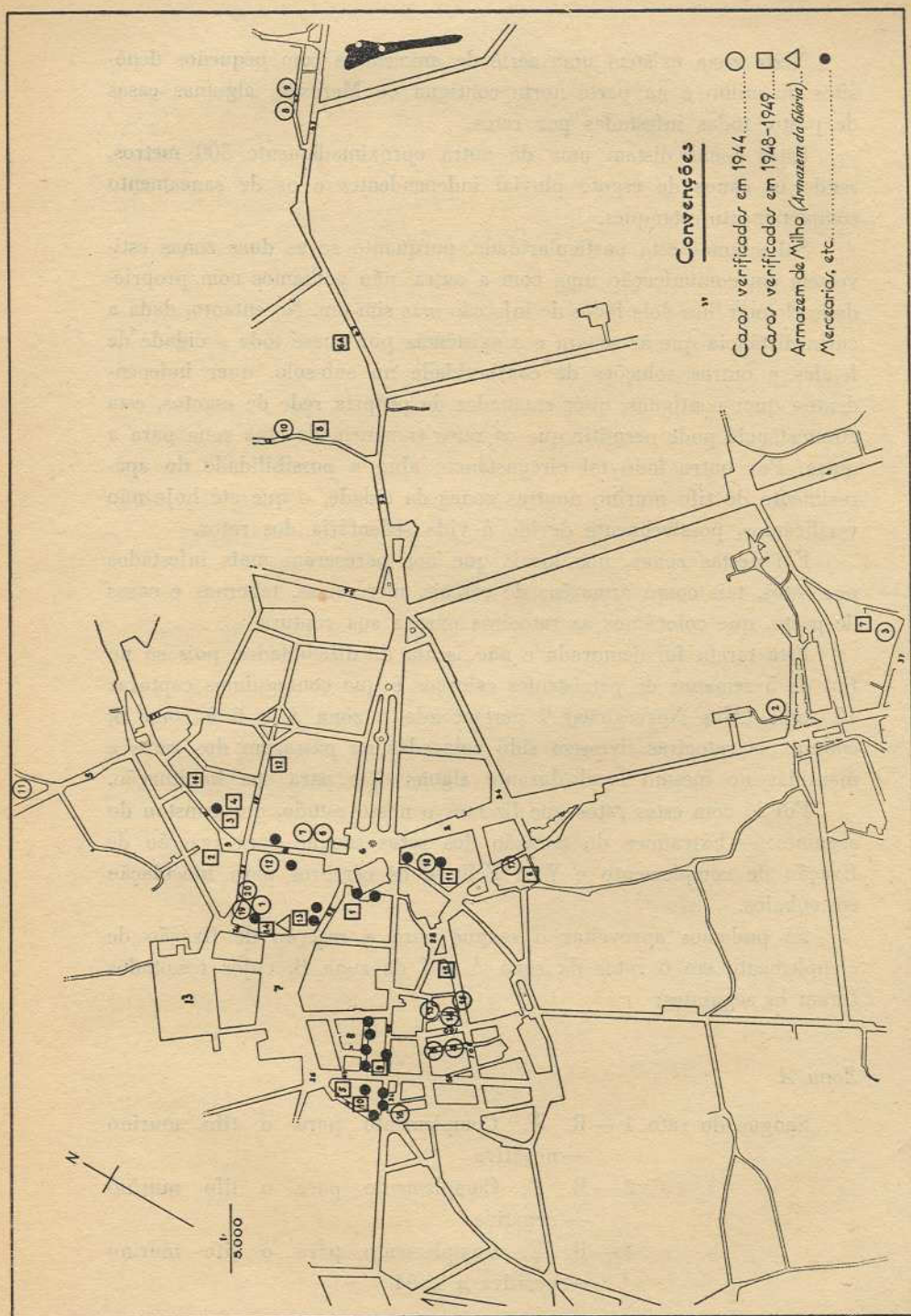


FIGURA 5

Nesta zona existem uma série de mercearias com pequenos depósitos de milho e na parte norte contígua ao Mercado, algumas casas de pasto, todas infestadas por ratos.

Estas zonas distam uma da outra aproximadamente 300 metros, sendo os canos de esgoto pluvial independentes e os de saneamento completamente estanques.

Salientamos esta particularidade, porquanto se as duas zonas estivessem em comunicação uma com a outra, não podíamos com propriedade chamar-lhes dois focos de infecção mas sim um. No entanto, dada a curta distância que as separa e a existência por quase toda a cidade de fendas e outras soluções de continuidade no sub-solo, quer independentes, quer contíguas, quer emanadas da própria rede de esgotos, esta circunstância pode permitir que os ratos transitem de uma zona para a outra. Por outro lado tal circunstância abre a possibilidade do aparecimento do tifo murino noutras zonas da cidade, o que até hoje não verificámos, possivelmente devido à vida sedentária dos ratos.

Foi nestas zonas, nos locais que nos pareceram mais infestados por ratos, tais como armazéns de cereais, mercearias, tabernas e casas de pasto, que collocámos as ratoeiras para a sua captura.

Esta tarefa foi demorada e não isenta de dificuldades, pois só no fim de 5 semanas de persistentes esforços é que conseguimos capturar 15 ratos (*Mus Norvegicus*) 9 pertencendo à zona A e 6 à zona B, embora as ratoeiras tivessem sido colocadas na passagem dos ratos e mantidas no mesmo local durante alguns dias para sua habitação.

Foi só com estes ratos que fizemos o nosso estudo, que constou do seguinte: — Extraímos do coração dos ratos sangue para reacção de fixação de complemento e Weil Felix e os cérebros para inoculação em cobaios.

Só pudemos aproveitar o sangue para a reacção de fixação de complemento em 6 ratos da zona A e 1 da zona B, cujos resultados foram os seguintes:

Zona A

Sangue do rato 1 — R. F. Complemento para o tifo murino
— negativa

» » » 2 — R. F. Complemento para o tifo murino
— negativa

» » » 3 — R. F. Complemento para o tifo murino
— positiva a 1:64

Sangue do rato 4—R. F. Complemento para o tifo murino
—positiva a 1:32

» » » 5—R. F. Complemento para o tifo murino
—positiva a 1 título sup. a 1:16

» » » 6—R. F. Complemento para o tifo murino
—O sôro apresentou propriedades anticomplementares.

Zona B

Sangue do rato X—R. F. Complemento para o tifo murino
—negativa.

As reacções de Weil Felix foram negativas em todos os ratos.

Estes resultados mostram que na zona A os ratos tinham sido infectados por *Rickettsia mooseri* e que a infecção já devia ter sido há bastante tempo pois não conseguimos isolar rickettsias dos seus cérebros e as reacções de Weil Felix foram negativas. Estes dados estão de acordo com o estudo dos casos, pois a colheita de sangue e cérebros foi feita em Agosto de 1949 e os casos ocorreram meses antes, o que explica as R.F.C. positivas, mais duradouras, e R. de Weil Felix negativas, menos duradouras.

Para a inoculação dos cérebros dos ratos em cobaios machos procedemos do seguinte modo:

Os cérebros depois de extraídos eram colocados em lotes, de quatro cérebros em cada lote como máximo, e emulsionados em caldo ordinário num almofariz, à razão de 5cc. de caldo para cada cérebro.

Na zona A, só pudemos aproveitar 7 ratos fazendo 2 lotes um com quatro e outro com três cérebros.

Na zona B, só pudemos aproveitar 4 ratos fazendo um só lote com 4 cérebros, dos quais como já se disse não conseguimos isolar *Rickettsias*.

Com estas emulsões foram inoculados cobaios machos via intra-peritonal na quantidade de 3 cc.

O esquema da Figura 6 resume as provas feitas com o fim de identificar as *Rickettsias mooseri*.

O esquema mostra-nos que conseguimos isolar a partir dos cérebros dos ratos da zona B rickettsias *mooseri* e que as mantivemos

(*) A técnica seguida para a R. de F. do Complemento, foi a técnica de KOIMER e os antígenos usados foram fornecidos pela Lederle Cianamid Company.

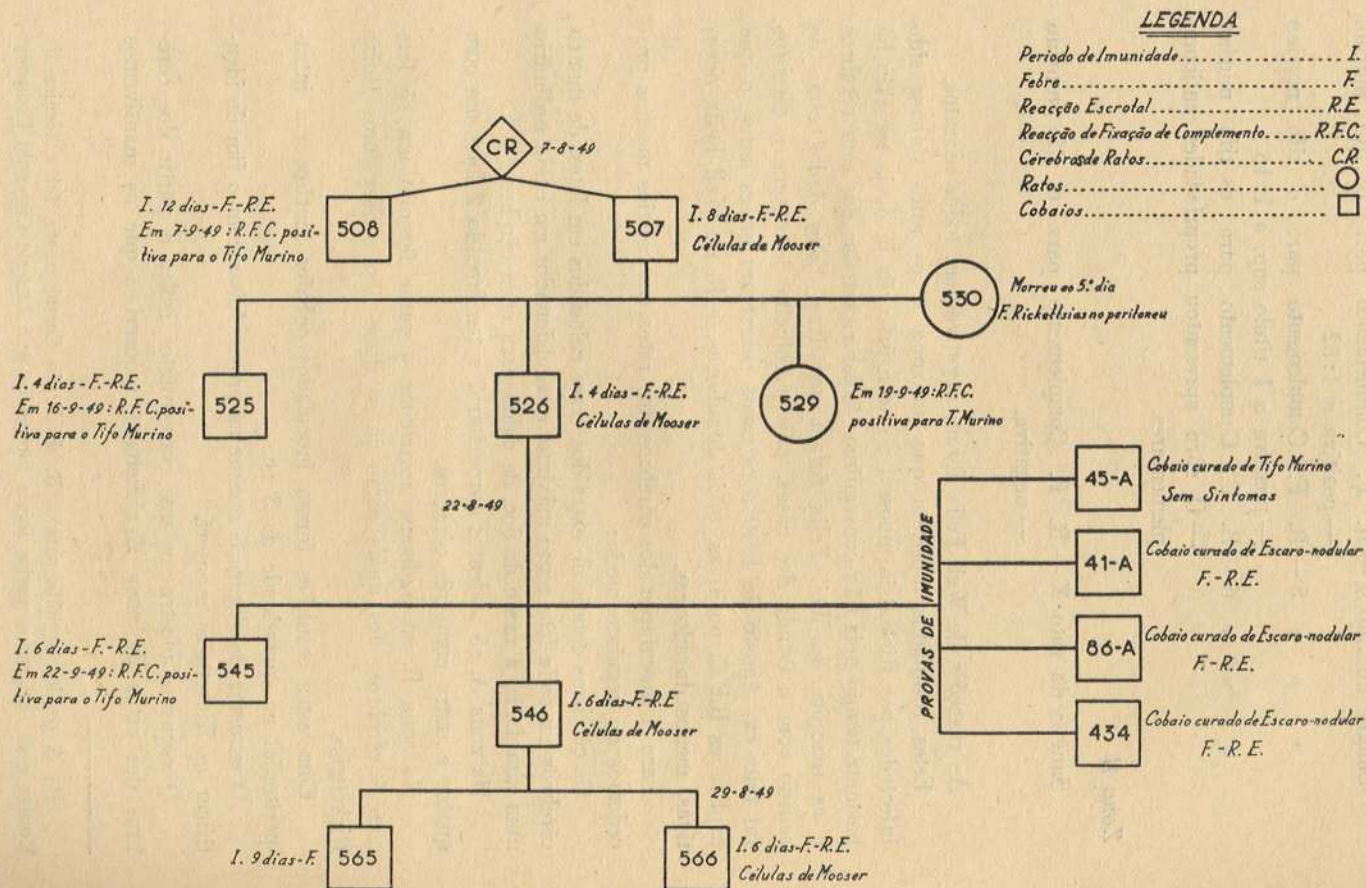


FIGURA 6

através de várias passagens no cobaio, por lavagem testicular com 10 cc. de caldo e injeccção de 3 cc. no peritoneu de outros cobaios.

A estirpe foi abandonada, em virtude de termos outras no laboratório.

Fizemos também a cultura em embrião de galinha, mas a estirpe foi perdida à terceira passagem.

Os elementos colhidos pelos inquéritos sorológico e epidemiológico, permitiram-nos identificar os casos de tifo exantemático ocorrido nos anos de 1944 e 1948 e 49.

E assim, em 1944 identificámos como sendo de tifo murino os casos n.ºs 1, 12, 14, 15 e 20 e de tifo exantemático clássico os casos n.ºs 5, 6, 7, 8, 10, 11 e 16, embora os títulos da reacção de fixação de complemento dos casos 8 e 10 sejam baixos e portanto não significativos. Mas como estes doentes trabalhavam no mesmo local dos casos 5, 6, 7 e 11 (Sapataria Ideal), adoeceram ao mesmo tempo e viviam em local infestado por piolhos, não custa a admitir que se tratava da mesma doença e com a mesma fonte de origem.

Parece-nos que esta pequena epidemia foi originada pelo caso n.º 4 que faleceu no Hospital com tifo exantemático, e que esteve oito dias em casa doente antes do internamento e em contacto com o caso n.º 5, com quem coabitava e o qual infectou 5 companheiros de trabalho na Sapataria Ideal.

Dos casos de tifo murino os n.ºs 1 e 20 são de patrão e criada, um ocorrido em Janeiro e outro em Dezembro de 1944. O n.º 1 com a R. de fixação de complemento negativa não devem suscitar dúvidas pois estavam em contacto com o Armazém da Glória e residiam em plena zona A.

O caso n.º 19 também o incluímos no tifo murino pelas seguintes razões: benignidade do quadro clínico, aparecimento com o intervalo de uma semana na mesma casa do n.º 20 e, portanto, sujeito às mesmas fontes de contágio.

FIGURA 6

Esquema dos trabalhos laboratoriais e resultados obtidos com a inoculação de 3^{cc} de emulsão dos cérebros de 4 ratos da zona B da cidade de Braga.

Os casos 14 e 15, são interessantes porque aparecem no declínio do tifo exantemático clássico e foram os primeiros identificados na zona B.

O caso n.º 13 também o incluímos no tifo murino em virtude de frequentar habitualmente a zona B e ter contactos com os casos 14 e 15.

O caso n.º 17, duma empregada na desinfestação dos doentes do hospital, é difícil de classificar. A reacção de fixação do complemento não nos deu indicações. A hipótese do piolho como agente transmissor é a mais provável, sendo, portanto, de tifo exantemático clássico.

No entanto, dada a grande infestação de pulgas em Braga quer do homem quer do rato e o uso pelas mulheres de saias tão peculiares do Minho, não é para excluir a hipótese dessas saias transportarem pulgas, infectadas com rickettsias mooseri, que por sua vez infectassem o desinfestador.

*

*

*

Os casos que conseguimos identificar em 1948-49, começaram a aparecer em Abril e Maio (casos 1 e 2) com contactos averiguados com o Armazém da Glória (zona A). Segue-se um período até fins de Novembro sem que se registem casos, a partir do qual surgiram os casos n.ºs 3, 4, 5, 6, 6-A e 7 (ver Figura 4) que apareceram até 10 de Fevereiro, todos em relação com a zona A, exceptuando os casos 5 e 6-A com possível fonte de infecção na zona B. Novo período de 90 dias sem nenhum caso, até que em Maio apareceram novos casos que se prolongaram até Setembro, data em que concluímos este trabalho, casos n.ºs 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15.

Os casos n.ºs 9 e 10 residiam na zona B, os n.ºs 11, 12, 13, 14 e 15 tinham contacto com a zona A, nomeadamente com o Armazém da Glória. Clínica, laboratorial e epidemiologicamente todos estes casos foram de tifo murino.

O caso n.º 8, merece especial atenção porque clínica e laboratorialmente foi considerado por nós de tifo exantemático clássico. O aparecimento esporádico deste caso, pareceu-nos à primeira vista difícil de explicar. Embora o quadro clínico e a Reacção de fixação do complemento nos levassem a pôr o diagnóstico de tifo exantemático clássico e a doente estivesse infestada por piolhos, ao contrário de todos os outros deste período de 1948-49, a fonte de infecção constituía para nós uma incógnita.

No decorrer do inquérito apurámos que o marido tinha tido o tifo

exantemático clássico durante a epidemia de 1918-19 e na altura do inquérito ainda apresentava uma reacção de fixação de complemento para o tifo histórico com o título significativamente alto de 1:256.

Apurou-se também que o marido esteve doente em Março com uma doença febril reumatismal que cedeu com os salicilatos ao 4.º dia de tratamento, sofrendo porém de pequenas recidivas periódicas que se prolongaram até Maio, data em que adoeceu a mulher. Nesta data apresentava um estado de decadência orgânica manifesta.

Teria esta quebra de resistência feito aparecer as rickettsias pro-wazeki no sangue que infectassem o piolho que por sua vez inoculou a mulher? Pura hipótese, mas bastante sugestiva, que estaria de acordo com as teorias hoje comprovadas de ZINSSER a propósito da doença de Brill. Por mais que investigássemos não encontramos outra possível fonte de infecção.

O número pequeno de casos não nos permite tirar conclusões com referência ao sexo e idade dos atingidos.

As medidas tomadas consistiram sobretudo no uso do D.D.T. com o fim da luta contra a pulga. A irregularidade da sua aplicação não nos permitiu tirar qualquer conclusão.

RESUMO E CONCLUSÕES

- A — As provas da reacção de fixação do complemento na investigação retrospectiva das rickettsioses mostraram-se de grande valor.
- B — O tifo exantemático clássico e murino, por vezes aparecem simultaneamente, o que torna o diagnóstico impossível sem o auxílio do laboratório.
- C — As reacções de fixação do complemento juntamente com um inquérito epidemiológico de todos os casos levou-nos à limitação de 2 zonas em Braga, em que a população murina estava ou esteve infectada por Rickettsias mooseri.
- D — O tifo murino, tomando os anos de 1944 e 1948-49 como um todo, apareceu em quase todos os meses do ano, com particular aumento nos períodos de Novembro a Fevereiro e de Maio a Agosto.
- E — Os doentes atingidos por tifo exantemático clássico pertenciam na sua maioria a pessoas de nível económico baixo em

que as condições higiênicas em que viviam eram deficientes e com alto índice de infestação pelo piolho.

F—Nos casos de tifo murino não se verificou distinção de classe social, nem infestação pelo piolho, mas verificaram-se contactos com ratos infectados (zonas A e B da cidade).

G—Em virtude do anteriormente exposto, podemos concluir a existência de tifo murino em Braga.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

A—The tests of complement fixation in the retrospective investigation of Rickettsiosis, have shown to be of great value.

B—Exanthematic typhus, epidemic and murine, sometimes appears simultaneously, thus causing diagnosis impossible without the help of laboratory work.

C—As result of the reactions of complement-fixation together with an epidemiological investigation of every case, two limitary zones were established in Braga. Murine population was or had been infected by *Rickettsiae mooseri* in these zones.

D—Murine typhus during the years 1944 and 1948-1949 as a whole, appeared in almost every month of the year, increasing particularly in the period which runs from November to February and from May to August.

E—Patients suffering from classic exanthematic typhus belonged mostly to persons with a low economic standard of living. The hygienic conditions of these patients were deficient and louse infestation had a high rate.

F—In cases of murine typhus neither distinction of social classes or louse-infestation were observed but contacts with infected rats (zones A and B in the map of the town) were verified.

G—In consequence of what has been related, the conclusion is that murine typhus exists in Braga.

RESUMÉ ET CONCLUSIONS

A—L'épreuve de la fixation du complément a été d'une grande valeur dans l'investigation rétrospective des Rickettsioses.

B—Le typhus exanthématique historique et murin ont sévi parfois simultanément, ce qui a rendu le diagnostic impossible sans épreuves de laboratoire.

- C — La réaction de fixation du complément jointe à une enquête épidémiologique de chaque cas, nous ont permis de déterminer deux zones dans la ville de Braga où la population murine était ou avait été infectée par la *Rickettsiae mooseri*.
- D — Pendant 1944 et 1948-1949 le Typhus murin a été observé tous les mois de l'année, avec plus de fréquence cependant de Novembre à Février et de Mai à Août.
- E — Les malades atteints par le typhus éxanthématique historique appartenaient presque tous aux couches sociales inférieures, vivant dans des conditions hygiéniques mauvaises et montrant un indice élevé d'infestation par les poux.
- F — Les malades atteints de typhus éxanthématique murin, par contre, appartenaient à toutes les classes indistinctement et chez eux l'infestation par les poux n'était pas fréquente. Ces malades avaient tous eu des contacts avec des rats infectés (voir zone A et B de la carte de la ville).
- G — Les observations rapportées ci-devant nous emmènent à conclure que le Typhus murin a sévit à Braga.

- 1 — ANTÓNIO CARVALHO DIAS — *Sobre o tifo exantemático. A propósito dos Casos de Lisboa* (1941) — A Medicina Contemporânea — 1942, n.º 7.
- 2 — RAUL DE CARVALHO — Arquivos Portugueses das Ciências Biológicas — Tomo V.
- 3 — J. CUTILEIRO — *Um caso de Rickettsiose (Tifo murino)* — Lisboa Médica — 1940, n.º 7.
- 4 — F. FONSECA e M. R. PINTO — *Tifo exantemático. II tifo endêmico ou murino* — Medicina Contemporânea — 1942, n.ºs 13, 14 e 15.
- 5 — H. PLOTZ — 1943 — *Complement fixation in rickettsial disease*. Science, 97:20.
- 6 — JOSEPH E. SMADELL — *Serologic procedures for the diagnosis of Rickettsial Diseases* — 1948. Chapter in diagnostic procedures for virus and Rickettsial Diseases.
- 7 — A. B. SCOVILLE e outros — *Report on the study of 15 cases of murine typhus in Nashville*, Amer. Journal Hyg., 47:166, 1948.
- 8 — H. PLOTZ — *The soluble substances of the Rickettsiae*. Chapter in Rickettsial diseases of man — Symposium American Association for advancement of Science — 1948.
- 9 — J. CUTILEIRO e A. SAMPAIO — 1949 — *Administração da aureomicina no período pre-exantemático das Rickettsioses*. Jornal da Sociedade das Ciências Médicas — n.ºs 7, 8 e 9.
- 10 — H. MOOSER — *Três conferências sobre tifus exantemático* — Barcelona — 1942.
- 11 — POMALES LEBRON, A. ARBONA, G. MORALES OTERO, etc. — *The complement fixation and Weil Felix reaction in a study of typhus among wild rats*. Puerto Rico Journ. Publ. Health and Prop. Med., pp. 350-356.

Diagnóstico Social

por MARY RICHMOND

Devidamente autorizado pela Russel Sage Foundation, de New York, proprietária da obra, empreendeu o Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge a publicação duma edição portuguesa do notável livro *Social Diagnosis*, da pioneira do Serviço Social americano Mary Ellen Richmond, uma das maiores autoridades na matéria em todo o mundo.

O livro de Mary Richmond é fundamental para a prática competente, não só do Serviço Social, mas da Medicina Social, e de qualquer outra acção social, sendo por isso tão necessário a assistentes sociais, a educadoras familiares, a visitadoras sanitárias e escolares, auxiliares sociais, etc., como a médicos, engenheiros, industriais, professores, educadores, sacerdotes, juizes, directores de hospitais e dispensários, Misericórdias, cadeias, reformatórios e de quaisquer outros serviços de categoria em que a acção a desenvolver pelos técnicos seja impossível ou imperfeita sem o conhecimento prévio do meio social (Instituto Nacional do Trabalho, Federação das Caixas de Previdência, diversos sectores da Assistência e da Saúde, quer na Metrópole, quer nas Províncias Ultramarinas, etc.).

Publicamos a seguir o sumário dos capítulos desta «obra monumental», como lhe chama recentemente um categorizado autor inglês, livro clássico no campo do Serviço Social, orientado segundo as normas científicas da Sociologia moderna, citado por quantos autores se ocupam do assunto em todo o mundo, pois em toda a parte tem servido de modelo.

SUMÁRIO DOS CAPÍTULOS

PREFÁCIO

Índice geral

PRIMEIRA PARTE — AS REALIDADES SOCIAIS

Capítulo I

Origens — I — O critério económico é o modo de acesso mais geralmente aceite: 1 — Os precursores; 2 — Início das Organizações de caridade; 3 — Primeiras tentativas para o estabelecimento de normas de trabalho. II — O acesso por meio do estudo da criança. III — O acesso obtido através da acção médica.

Capítulo II

A natureza das realidades sociais e a utilização do seu conhecimento — I — A diferenciação das realidades sociais. II — O mais amplo uso da investigação das realidades sociais. Resumo do Cap. II.

Capítulo III

Definições que interessam à investigação — I — Certos termos usados frequentemente: 1.º — Diagnóstico; 2.º — Testemunhas; 3.º — Factos; 4.º — Realidades. II — Tipos de realidades: 1.º — Realidades objectivas; 2.º — Realidade testemunhal; 3.º — Realida-

des circunstanciais; 4.º — O testemunho oral; 5.º — A realidade documental; 6.º — A realidade pericial; 7.º — A realidade do carácter não precisa de ser definida. Resumo do Cap. III.

Capítulo IV

A realidade testemunhal — I — A idoneidade da testemunha: 1.º — Atenção; 2.º — Memória; 3.º — Sugestibilidade; 4.º — Perguntas fundamentais. II — As tendências da testemunha: 1.º — Raciais ou nacionais; 2.º — O ambiente; 3.º — A tendência para o interesse pessoal. Resumo do Cap. IV.

Capítulo V

Deduções — I — Como se faz uma dedução. II — Como é confirmada uma dedução. III — Os riscos a que se expõe o pensamento. 1.º — Regra geral errada; 2.º — Caso particular apreciado erradamente; 3.º — Erro de analogia; 4.º — Relação causal errada. IV — Riscos resultantes da mentalidade de quem julga: 1.º — Predisposições; 2.º — Convicções; 3.º — Alguns outros hábitos de raciocínio. Resumo do Cap. V.

SEGUNDA PARTE — MÉTODOS QUE CONDUZEM AO DIAGNÓSTICO

Capítulo VI

A primeira entrevista. I — Circunstâncias modificadoras: 1.º — Natureza da diligência; 2.º — Modo de solicitar o auxílio; 3.º — Lugar da entrevista; 4.º — Importância do que já se saiba do necessitado como ponto de partida. II — Qual o fim a atingir. III — Métodos: 1.º — A aproximação; 2.º — Indicações a aproveitar e perguntas a fazer; 3.º — Apontamentos a tirar; 4.º — Conselhos e promessas prematuras; 5.º — Conduzir a entrevista para a intimidade; 6.º — Entrevistas em situações de urgência. Resumo do Capítulo VI.

Capítulo VII

O grupo familiar. I — A família como um todo: 1.º — A linha de conduta da família; 2.º — A família unida e a instável. II — O marido e pai: 1.º — O homem terá de ser ouvido; 2.º — Local da entrevista; 3.º — O pai não casado; 4.º — Casal de jovens; 5.º — Abandono e embriaguez. III — Esposa e mãe: 1.º — O aspecto material do governo da casa; 2.º — A instalação da família. IV — Os filhos: 1.º — A idade da criança; 2.º — Os filhos mais velhos. V — Outros membros da família. Resumo do Cap. VII.

Capítulo VIII

Fontes de informação estranhas à família. I — A estatística das fontes estranhas de informação: 1.º — Estudo das fontes de informação mais utilizadas; 2.º — Natureza das fontes de informação. II — Princípios a seguir na escolha das fontes de informação: Primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto, sexto e sétimo princípios a seguir na escolha. III — Métodos. Resumo do Cap. VIII.

Capítulo IX

Os parentes como fonte de informações. I — Casos em que não convém consultar os parentes: 1.^a hipótese — Os parentes são parciais e com ideias preconcebidas; 2.^a — Os parentes não conhecem a situação; 3.^a — Os parentes não compreendem a situação. II — Casos em que se devem procurar os parentes: 1.^o — A história individual e familiar; 2.^o — A profundidade dos conhecimentos que se obtêm; 3.^o — Apoio e cooperação activa; 4.^o — Outras considerações. III — Aspectos do auxílio vindo dos parentes. IV — Métodos de acesso. Resumo do Cap. IX.

Capítulo X

Fontes de informação médica. I — Como falha por vezes o apuramento dos factos de ordem médica: 1.^o — Atitude não social; 2.^o — Os diagnósticos e prognósticos contraditórios; 3.^o — Defeitos das fichas médicas. II — Como se completam os dados médicos e os de ordem social. III — Responsabilidades sociais pela precocidade do diagnóstico médico. IV — Método: 1.^o — Conhecer o prognóstico; 2.^o — Economia nos meios a empregar; 3.^o — Procurarem-se informações em primeira mão; 4.^o — Precisar a data do diagnóstico médico; 5.^o — Precauções a tomar contra opiniões médicas partidas de quem não seja médico; 6.^o — Os médicos são sempre mais francos uns para os outros; 7.^o — O cuidado com que se faça o relatório pode evitar dificuldades; 8.^o — Conselhos diversos. Resumo do Cap. X.

Capítulo XI

As escolas como fontes de informação. I — Realidades sociais apuradas pelos professores: 1.^o — Classe escolar; 2.^o — Aproveitamento escolar; 3.^o — Frequência; 4.^o — Comportamento; 5.^o — Condições físicas; 6.^o — Condições mentais; 7.^o — Cuidados em casa; 8.^o — Resultados do tratamento social. II — Métodos. Resumo do Cap. XI.

Capítulo XII

Patrões e outras fontes relacionadas com a profissão. I — Finalidade e uso duma ficha de trabalho: 1.^o — Uso; 2.^o — Finalidade. II — Algumas deficiências do testemunho dos patrões. III — A cooperação dos patrões: 1.^o — Antigos patrões; 2.^o — Patrões actuais; 3.^o — Patrões futuros; IV — Métodos: 1.^o — O acesso; 2.^o — Acidentes de trabalho; 3.^o — Operários estrangeiros. IV — Diversas fontes de informação ligadas à profissão. Resumo do Cap. XII.

Capítulo XIII

Fontes de informação documentais. I — O uso que actualmente se faz dos documentos: 1.^o — Registos de nascimentos e de óbitos; 2.^o — Registos de casamento e de divórcio; 3.^o — Registos indicando paradeiros; 4.^o — Registos de propriedade; 5.^o — Registos de emigração; 6.^o — Registos de comportamento. II — Uso dos guias e das coleções dos jornais. III — Métodos. Resumo do Cap. XIII.

Capítulo XIV

A vizinhança como fonte de informação. I — Vizinhos actuais. II — Vizinhos antigos. III — Senhorios. IV — Outras fontes ligadas à vizinhança. Resumo do Cap. XIV.

Capítulo XV

Fontes de informação diversas. I — Instituições públicas sem finalidade propriamente social: 1.º — Polícia; 2.º — Outras instituições oficiais. II — Certas fontes ligadas à vida comercial. III — As mutualidades. Resumo do Cap. XV.

Capítulo XVI

As instituições sociais como fontes de informação. Fazes por que tem passado o Serviço Social. I — Duas funções distintas do testemunho fornecido pelas instituições sociais: 1.º — Dados resultantes da própria experiência; 2.º — Resultados fornecidos pelos inquéritos. II — Troca de confidências. III — O emprego dos dados que a troca de informações fornece. IV — Outros pormenores da cooperação: 1.º — Investigações duplicadas; 2.º — A transferência para outra instituição para efeito de tratamento; 3.º — Sugestões complementares. Resumo do Cap. XVI.

Capítulo XVII

Cartas, telefonemas, etc. I — O uso de impressos a preencher. II — Cartas de inquérito: 1.º — Devem escrever-se cartas?; 2.º — Quando devem escrever-se cartas?; 3.º — Que relação tem cada inquérito com o processo no seu conjunto?; 4.º — Ter-se-á escolhido o correspondente mais adequado ao fim em vista?; 5.º — Que interesse tomará pelo caso o correspondente?; 6.º — Qual a apresentação a dar às comunicações escritas a enviar?; 7.º — A que factos há a atender, na redacção de qualquer carta, referentes à profissão, educação e outras características do correspondente? III — Cartas de resposta a inquéritos. IV — Alguns pormenores técnicos. V — Telegramas. VI — Telefonemas. Resumo do Cap. XVII.

Capítulo XVIII

Comparação e interpretação. I — Certos aspectos dos processos a empregar desde o início: 1.º — Métodos comuns a todas as entrevistas; 2.º — Mudança de tática no decurso das intervenções; 3.º — Selecção judiciosa das fontes de informação; 4.º — Tipos de testemunhos; 5.º — Características das testemunhas. II — A comparação dos dados: 1.º — Sugestões sobre o modo de a trabalhadora social se fiscalizar a si própria; 2.º — Indicações para facilitar a missão dos inspectores; 3.º — O caso da família Ames. III — Interpretação dos dados: 1.º — Definição precisa do diagnóstico; 2.º — Conteúdo do diagnóstico. Resumo dum diagnóstico social; 3.º — Considerações sobre o elemento Tempo; 4.º — Nem sempre é possível um diagnóstico completo. Resumo do Cap. XVIII.

Capítulo XIX

Bases filosóficas. I — Diferenças entre indivíduos. II — A expansão da personalidade.

TERCEIRA PARTE — MODALIDADES NOS PROCESSOS A SEGUIR

Capítulo XX

Incapacidades sociais e planos de questionários. I — Objecto dos questionários: 1.º — Seus riscos; 2.º — Exemplificação do seu uso. II — Aquilo que é verdadeiro em cada pessoa. III — Que haverá de verdade a respeito de qualquer família. — Questionário aplicável a qualquer família.

Capítulo XXI

A família do imigrante. I — Estudo do grupo. II — Estudo do indivíduo. Questionário referente a uma família de imigrantes.

Capítulo XXII

Abandono e viuvez. Questionário referente a uma família abandonada. Questionário referente a uma viuva com filhos.

Capítulo XXIII

A Criança abandonada. Questionário referente a uma criança abandonada.

Capítulo XXIV

A mãe solteira. Questionário referente a uma mãe solteira.

Capítulo XXV

O cego. Questionário referente a uma pessoa cega.

Capítulo XXVI

A pessoa sem domicílio (vadio, etc.) O alcoólico. I — A pessoa sem domicílio. Questionário referente a um homem sem domicílio. II — O alcoólico. Questionário referente a um alcoólico.

Capítulo XXVII

O louco. O débil mental. Questionário referente a supostos doentes mentais. Questionário referente a uma criança suposta débil mental.

Capítulo XXVIII

Inspecção e revisão. Questionário para uma inspecção e revisão.

Apêndices

I — *Primeiro encontro.* II — *Estatística das fontes de informação estranhas à família.* III — *Exemplos de nomes semelhantes pela pronúncia ou grafia.*

Bibliografia

Índice analítico

2.^a Reunião de Delegados de Saúde ⁽¹⁾

1950

Inaugura-se hoje a 2.^a Reunião de Delegados de Saúde.

A significação destas Reuniões já foi posta em relevo quando da sua primeira realização e não iremos repeti-la; a evidência da sua importância fica bem destacada pela subida honra da comparência dos Ex.^{mos} Srs. Ministro do Interior e Subsecretário da Assistência a esta sessão inaugural. Cumpre-nos apresentar a S. Ex.^{as} os nossos sinceros agradecimentos.

Ao passo que a 1.^a Reunião se subordinou à apreciação de um conjunto de problemas de ordem geral, relacionados com a actividade das Delegações de Saúde, como que a um balanço geral da situação sanitária evidenciada pelo diploma legal que as criou, esta 2.^a Reunião é dedicada mais concretamente ao estudo de revisão de dois dos mais importantes problemas da nossa endemia infecciosa — A febre tifoide e a difteria.

Poderia parecer, à primeira vista, inútil tratar em reunião especial de dois aspectos epidemiológicos bem esclarecidos, com regras profiláticas conhecidas em todo o detalhe; simples instruções bastariam, para movimentar os diferentes elos da nossa cadeia sanitária de execução e tudo resolver.

Mas, na realidade, os problemas de Saúde Pública, não podem ser vistos exclusivamente à luz simplista e fria da legislação, regulamentação e instruções de serviço. São problemas que demandam con-

(1) Discurso de abertura da 2.^a Reunião dos Delegados de Saúde realizada no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, no dia 12 de Abril de 1950.

jugação de esforços na acção e na aceitação. Se nós podemos disciplinar a acção falha-nos inteiramente esse poder em relação ao segundo elemento, que se apresenta como verdadeiro terreno inculto, o qual precisamos desbravar e conquistar em trabalho sistemático de propaganda e educação. Portanto toda a agitação construtiva e coordenada, que se desencadeie em redor desses problemas só tem utilidade, contribuindo para lançar no ambiente germens de noções, de cuja proliferação só poderão advir benefícios.

Pensamos por outro lado que quem tem obrigações de direcção o deve fazer de modo a irradiar a sua actividade em torno de ideias gerais com carácter centrífugo, embora tenha que as metodisar, estabelecendo aquela relação de precedência e relatividade, necessária para que essa irradiação não seja desordenada.

Deve-se fazer ressaltar a importância do esforço de conjunto, como verdadeiro realizador, em somatório de inteligência e acção, não esquecendo que as ideias não vêm só de cima, também vêm de baixo; é necessário captá-las, filtrá-las e ordená-las.

E, assim, é o todo que faz a obra.

Perante a grandeza desta noção de conjunto, cada um tem o dever de esforçar a sua contribuição até ao máximo da sua capacidade.

Expostas assim, sucintamente, as razões justificativas desta Reunião, seja-nos permitido, à laia de seu intróito, aproveitar o ensejo de escolhido ambiente sanitário, para bordar algumas considerações sobre o problema geral da Saúde nas suas relações com a Sociedade. O tema afigura-se-nos oportuno e tentaremos a sua apresentação, procurando desenvolvê-lo a partir de ideias elementares colhidas em autores conhecidos e correntes, da Ciência Política, Sociologia, Psicologia, Filosofia, Biologia, Medicina Social, História da Medicina, etc. Simplesmente porque procuramos uma ideia de conjunto, iremos buscar o seu auxílio em encadeamento lógico, sem a preocupação de respeitar limites, de índole académica, tantas vezes artificiais. De pessoal haverá apenas o enquadramento de conhecimentos, extraídos dos vários autores, que no decurso serão citados.

Quer-nos parecer que não será fácil compreender a verdadeira significação da Medicina Social, se não fizermos uma ideia da organização das sociedades e das principais características de ordem social que lhes conferem vida, força e delimitação. Por isso esse aspecto nos deterá alguns instantes.

Actualmente, em volta da palavra «Social», verdadeiro mito moderno, qual Deus pagão que embora desconhecido é preciso adorar, criaram-se verdadeiras seitas, de culto sem dúvida sincero, mas na maioria dos casos, cego no conhecimento, improdutivo na actividade e sem compensação na finalidade.

*

*

*

É já neste momento uma banalidade dizer-se que a Saúde não pode ser definida dentro de um critério puramente negativo de ausência de doença ou afecção, mas antes como um conceito positivo de potencialidade total do ser humano.

Certamente que a maioria das pessoas têm mais consciência da doença que da saúde e só compreendem bem o valor desta quando a doença surge. O seu sinal de alarme, quantas vezes a dor como um dos mais nítidos e impressionantes, fêre preferentemente a sensibilidade humana do que o reconhecimento da pujança das suas possibilidades. É então a sua limitação que determina a avaliação retrospectiva do estado anterior. A doença é pois um mal que se sente ao passo que a saúde é um bem que se não sente.

O médico, em geral, não falha a esta regra. Educado defeituosamente, mais no estudo do indivíduo doente do que no do indivíduo são, todo o seu interesse se dirige para a doença; é ela que o empolga e absorve, acabando por constituir a razão e até o meio para a sua vida. O interesse pela saúde, que desempenhou parte mínima na sua preparação académica, começa justamente onde ela acaba e tudo está em saber discernir a zona limite que marca o fim da Saúde, porque pensa que a esfera de acção médica se inicia nessa zona.

Não é nosso intuito e seria estulta pretensão, diminuir o valor e mesmo a grandiosidade da chamada Medicina prática, tantas vezes, como na vida rural, toda feita de abnegação e sacrifício, na luta insana contra a doença, procurando dominá-la ou pelo menos aliviar o sofrimento, seja por meios terapêuticos, seja, não poucas vezes, pelo ascendente moral que envolve a figura do verdadeiro médico em auréola de prestígio que comunica à sua simples presença a virtude de trazer calma e conforto a espíritos desassocegados. A este propósito diremos com Duhamel «apesar dos seus passos em falso, apesar sobretudo dos seus sucessos, apesar dos erros da época, a Medicina, felizmente, não estará nunca em perigo no coração do verdadeiro médico».

Nem tão pouco poderemos deixar de pôr em evidência o gigantesco esforço de renovação e progresso, que os grandes investigadores e clínicos dos últimos tempos imprimiram à Medicina, dotando-a de elementos de observação e armas de combate, de valor enorme e inesperado.

Os progressos são evidentes e insofismáveis, mas também se impõe ao observador imparcial, que as sociedades continuam vergando ao peso de doenças evitáveis e ainda que grandes sectores das populações não recebem assistência médica ou a não conseguem na medida suficiente. O número total de médicos é sem dúvida factor importante para se conseguir uma assistência à doença suficiente, mas não basta por si só.

Num artigo recente o Prof. Edward Grzegorewsky (da Organização Mundial da Saúde), discute o problema da distribuição dos médicos através do Mundo e faz notar que para se conseguir uma boa assistência à doença, é preciso entrar em linha de conta com vários factores que constituem condições importantes, como sejam: a ordem social, a estrutura da sociedade, o seu nível económico e cultural, a qualidade dos médicos, a eficiência das instituições médicas em exercício, a organização dos serviços assistenciais e a preparação do pessoal auxiliar. Entende ainda que é necessário encarar a extensão da utilização dos serviços médicos determinada entre outros factores pela facilidade de transportes e a suficiência do equipamento técnico. Verifica-se também, em muitos casos, a desproporção entre os honorários médicos e a capacidade de pagamento de uma grande parte da população que não permite a utilização total da possibilidade de acção do médico, deixando ficar sem auxílio uma grande parte dos que têm necessidade dos seus serviços.

Um outro aspecto, que se observa com projecção quase universal é a desigual distribuição dos médicos entre os centros urbanos e as áreas rurais.

Como valor-índice geral das possibilidades de assistência médica, importa conhecer a proporção dos médicos em relação ao número de habitantes. Tem havido várias tentativas para estabelecer a proporção optima e assim a Organização de Higiene da Sociedade das Nações tinha estabelecido em 1931, em resultado da Conferência Europeia sobre Higiene Rural «que o número total de pessoas susceptíveis de estar utilmente a cargo de um clínico é, o máximo de 2.000, entendendo-se que com o desenvolvimento da organização sanitária e as necessidades das populações esse número pode descer até 1.000».

O autor a que nos referimos admite esta taxa de 1 médico para 1.000 habitantes, como geralmente suficiente, sendo calculada pela soma de todos os médicos de uma dada área, incluindo práticos gerais, especialistas, médicos de saúde pública, professores, etc.

Com base em muitas estatísticas, calcula o número total de médicos no Mundo em cerca de 900.000 e portanto a taxa em relação à população do Mundo anda à roda de 1 médico para 2.500 pessoas.

Na Europa haveria 500.000 médicos o que corresponde a uma taxa de 1 médico para 1.250 pessoas. A Austrália e a Nova Zelândia alcançaram a taxa de 1 médico para 1.000 habitantes. Os Estados Unidos da América apresentam a taxa de 1 médico para 720 pessoas; o Canadá 1 para 1.000; a Argentina 1 para 800; o México, Cuba e Uruguay oscilam entre 1 para 1.000 e 1 para 2.000.

As taxas mais altas observam-se na maior parte da Ásia e África onde a taxa média é de 1 para 12.000, mas em muitas regiões elas sobem para 1 para 20.000, 1 para 30.000 e 1 para 50.000. São, como se vê, números globais, que poderão dar uma ideia grosseira das necessidades mundiais de médicos, mas o problema mais importante é o da sua distribuição dentro de cada país. Este assunto foi analisado, em Portugal, no Parecer da Câmara Corporativa acerca da proposta de Lei sobre o Estatuto de Assistência Social (1944) e apresentaram-se os seguintes números:

«Inscritos na Ordem dos Médicos e no exercício da profissão médica no Continente e Ilhas — 4.916 clínicos. Atendendo a que os resultados provisórios do censo da população de 1940 davam para o nosso território 7.709.425 habitantes, obtém-se a proporção de 1 médico para 1.568 habitantes.

Subtraindo à população total, a das cidades de Lisboa e Porto e ao número total de médicos, os 2.105 que exercem nessas cidades (núcleos exclusivamente urbanos, sem distrito rural), fica-se com 2.811 médicos para 6.745.200 habitantes e portanto a média corrigida pela eliminação de Lisboa e Porto dá 1 médico para 2.399 habitantes».

Em contrapartida encontramos em Lisboa e Porto conjuntamente a taxa aproximada de 1 médico para 458 habitantes.

Actualmente exercem clínica no Continente e Ilhas, 5.835 médicos e mais de metade desse número, ou sejam 2.589, estão instalados em Lisboa e Porto. O próximo censo da população, nos permitirá estabelecer a sua proporção em relação ao número de habitantes a qual podemos desde já suspeitar, como muito próxima da antecedente.

Em síntese, estamos pois em valor absoluto longe do número ótimo, mas relativamente próximos do número médio admitido pela Conferência de Higiene Rural, em matéria de número total de médicos. Mas, no que diz respeito à sua distribuição dentro do País, a desproporção é manifesta e dispensa mais comentários.

O que não sofre dúvida é que existe uma aparente discrepância entre as modernas possibilidades da medicina e os resultados da sua actividade, creando-se assim uma causa de inquietação para a sociedade e para o médico. Contudo, no mundo médico observam-se dois tipos de reacção diferentes. Se uns olham de frente para o problema e procuram a sua melhor solução, outros mostram temor em modificar o presente. Como diz Siegerist «estes voltam o seu olhar para um passado irrevogavelmente afastado. Formados como homens de ciência altamente especializados e eficientes, não estão preparados para enfrentar problemas que são principalmente sociais e económicos. Forjaram para si próprios uma história legendária, sentimental e romântica da sua profissão, à qual se agarram desesperadamente e que determina as suas acções».

O problema é neste momento pode dizer-se Universal e cada país busca-lhe solução, a qual todavia não pode também ser Universal; a fórmula deve adaptar-se a numerosos factores que são intrínsecos na ordem política, social, económica e moral; não poderá deixar-se ainda de atender às virtudes e atributos milenários de uma profissão que representa um dos mais fortes esteios da sociedade, na qual é insubstituível. Mas as suas reivindicações não devem ser obra de comício. A organização, o exemplo, é que impõem aquelas verdades fundamentais que estão na base do exercício da Medicina, que vêm desde Hipócrates e arrastam consigo a força enorme da sua imutabilidade através dos séculos.

Mas, voltemos ao problema geral da Saúde que é ele que hoje nos prende a atenção. Para definir e estabelecer o conceito de Saúde não iremos procurar delimitá-lo em relação à doença, porque isso seria tarefa inglória. De resto, não é o conceito absoluto e delimitado de Saúde, que retém a nossa atenção, tanto mais que a não consideramos como uma finalidade em si própria, mas antes como uma condição que contribue para o bem-estar não só moral e cultural, mas também material da sociedade.

É assim, um atributo primário para que o homem cumpra a sua missão na vida.

O conceito de Saúde tem sofrido variadas interpretações através dos tempos e será útil passá-las pela vista, embora em saltos rápidos e focando apenas os aspectos mais salientes.

A primeira interpretação organizada que conhecemos vem da Grécia, berço da Medicina dos nossos tempos. Era então uma concepção puramente física. A Saúde exprimia-se no corpo e procurava desenvolver-se em atenção a ele. As «Termas» e a «ginástica» sintetizavam essa idéa e posto que os médicos hipocráticos se preocupassem com a higiene e a perseverança da saúde, conhecendo-se escritos seus dedicados às regras da vida do homem para manter a saúde, criaram contudo uma higiene aristocrática, só para os ricos e ociosos e que só se interessava pelo corpo. Este conceito físico da saúde, procurava a valorização do corpo humano, pela ginástica e a cultura física. No fundo estava principalmente a necessidade de guerreiros.

A estatuária grega, cujos restos, até nós chegados, maravilham hoje os nossos sentidos deliciando a nossa sensibilidade, é a expressão deste modo de ver e assim nós podemos dizer que o «Stadium» grego é o ponto de encontro da História da Medicina e da História da Arte.

Assim, escreve Siegerist, «o conceito grego de higiene era o conceito de um povo sensual que tinha descoberto a beleza do corpo humano, ao qual rendia culto». Esse culto encaminhava-os para o «Stadium». E, diz Elie Faure «a escultura grega nasceu no «Stadium», o que domina é a preocupação de exprimir a vida muscular» e como ainda escreve Rodenwalt «atingiram a máxima capacidade de representar a beleza normal do corpo».

Como se vê a medicina grega não foi exclusivamente medicina curativa visto que a perseverança da saúde era considerada como tarefa muito importante e já no século v (antes de J. C.) os médicos pensavam muito nos problemas da Higiene. É expressão disso o conceito do físico alexandrino Herófilo que dizia «quando falta a saúde, a sabedoria não pode revelar-se, a arte não pode manifestar-se, a força não pode lutar, a riqueza torna-se inútil e a inteligência não pode aplicar-se».

Os médicos da escola hipocrática, estudaram em pormenor as condições de vida do homem com o fim de manter a sua saúde e chegaram à conclusão que lhe era impossível conservar uma saúde perfeita, a não ser que organizasse a sua vida inteira com essa finalidade. Era no fundo a conservação da saúde, mediante uma vida de ociosidade e relacionada com o conceito físico de saúde.

Foi Platão um dos primeiros a reagir contra os postulados higiénicos gregos, quando disse: «o cuidado perpétuo com a própria saúde acaba por constituir outra doença» e ainda «ninguém tem tempo de estar doente toda a vida, sob pretexto de atender à saúde».

Os introdutores da noção da saúde mental foram os romanos e as suas idéas condensam-se no conhecido aforismo de Juvenal «ut sit mens sana in corpore sano».

Todavia, nos primeiros tempos do cristianismo vai cair-se no extremo oposto, como reacção ao conceito físico helénico — a idéa de saúde era então puramente espiritual e só importava a saúde da alma dispensando-se a do corpo. Um corpo doente ou fisicamente deformado podia conter uma alma bela e assim um homem podia ser uma ruína física e no entanto gosar de perfeita saúde. Este extremismo foi caminhando progressivamente para a reconciliação e a pouco e pouco se admitiu também a idéa da necessidade de preservar o corpo. É o aforismo de Juvenal que acaba por dominar, como fórmula mais equilibrada e assim se pensava na Idade Média, conforme se depreende dos escritos que até nós chegaram. Cita-se como exemplo notável o «Regimen Sanitatis Salernitarum» da importante escola de Salerno, o qual, escrito em verso, entre muitos conselhos higiénicos postulava: «Servivos ainda de três médicos: primeiro o doutor Tranquilidade, depois o doutor Alegria e por último o doutor Dieta».

O Cristianismo moderno está dentro do mesmo conceito e senão veja-se o discurso de Sua Santidade Pio XII, perante os Delegados à segunda Assembleia Mundial da Saúde: «Um ponto retém especialmente a nossa atenção pela leitura dos vossos programas e dos vossos trabalhos; a significação ao mesmo tempo mais extensa e mais profunda que vós dais à expressão «a Saúde». Ela não é, aos vossos olhos, puramente negativa, como se a saúde em geral consistisse na simples exclusão da doença corporal e das taras físicas, como se a saúde mental, em particular, não dissesse mais nada que a ausência de toda a alienação ou anomalia. Ela comporta positivamente o bem-estar espiritual e social da humanidade e, por isso, ela é uma das condições da paz universal e da segurança comum. Segue-se que a questão da Saúde excede o quadro da biologia e da medicina; ela tem o seu lugar mesmo na esfera da moral e da religião.» — e mais adiante: «A doutrina social da Igreja católica não deixa planar nenhuma dúvida sobre o facto que

a saúde do corpo e do espírito, quando também reina a saúde das relações sociais, pode contribuir eficazmente para estabelecer uma atmosfera das mais favoráveis para a paz interna e mútua dos povos. Ora, tudo o que pode servir útilmente a causa da verdadeira paz está seguro de encontrar o encorajamento e o apoio da Igreja».

*

*

*

Pode dizer-se que é no século XVIII, que se volta a pensar a sério no problema da Saúde, reconhecendo-se a sua importância para o indivíduo e para a sociedade e desenvolvendo-se grandes esforços para a promover, dentro dos conhecimentos e possibilidades da época, que marca sem dúvida um lugar decisivo na história da saúde pública, como afirma Siegerist. Interessa tanto a saúde física como a mental, mas apresentam-se duas tendências totalmente diferentes, cada uma delas consequência da sua filosofia política. Para uns, era o estado absolutista que dominava e este reconhecia como uma das suas obrigações a protecção da saúde dos indivíduos. Tudo se resolvia com medidas administrativas e assim, leis e regulamentos policiais prescreviam o que o indivíduo tinha que fazer e evitar para manter ou restaurar a sua saúde. A administração da saúde pública convertia-se numa função policial. Peter Frank, foi um dos principais expoentes deste movimento sanitário.

A outra tendência, não recorria ao Estado para a protecção da saúde, mas dirigia-se antes ao indivíduo. Defendia-se então que em matéria de saúde e higiene havia mister de educação e instrução. O homem sofria porque tinha falta de conhecimentos, era infeliz porque não era ilustrado e adoecia porque era ignorante. Foi então um movimento intenso em favor desta tese educativa, que deu origem a numerosas publicações, distinguindo-se Rousseau em França e entre outros Faust na Alemanha, com a divulgação do seu «catecismo da Saúde».

Chega-se ao século XIX, no qual a revolução industrial vai condicionar um grande movimento sanitário, que se inicia em Inglaterra por aí justamente o fenómeno industrial tomar um incremento que põe em evidência a sua influência sobre a saúde. Foi Chadwick o grande lutador e impulsionador do movimento inglês de saúde pública. A França acompanha este movimento e a Alemanha também o encara.

Neste último país assiste-se então à notável tentativa do grande patólogo Virchow, para fazer da Medicina uma ciência social, numa luta intensa na qual acabou por sossobrar, reconhecendo no final que o seu grande erro tinha sido não começar por educar o público sobre os problemas da sua própria saúde.

É no final deste século que se inicia uma verdadeira revolução científica que transformou radicalmente os métodos e técnicas da Higiene e suas aplicações. A figura imortal de Pasteur, marca as primícias de uma série de descobertas que irão constituir a base de toda a moderna Saúde pública. E, por aqui ficamos, embora nos seduzisse a continuação, que contudo alongaria demasiadamente a nossa fala com prejuízo daqueles que têm a atenção de nos escutar.

*

*

*

O conceito moderno de saúde, dá um novo passo em frente, desde que se tome como sua característica fundamental, o facto de ser considerada não só como estado físico e mental, mas também com um sentido social.

Perante a enorme complexidade do «ser humano», estudado, explorado em todas as suas inúmeras facetas, por uma multidão de investigadores, médicos, biólogos, psicólogos, sociólogos, historiadores, estatistas, juristas, artistas, que sei mais, sente-se a necessidade de reunir toda a imensidade das suas conclusões e de procurar apreendê-lo no seu conjunto, já que na realidade o homem vivo é uno e não se pode desdobrar. Uns, como Carrel, rodearam-no de uma auréola de mistério, outros admiram-no como a mais brilhante criação da natureza e para alguns será uma simples curiosidade. Seja como for é em volta do homem que gira a vida que nós vivemos, com o seu corpo e a sua alma, e pretendemos surpreender qual o seu melhor estado de equilíbrio, gerador de potencialidade, em si próprio e nas suas relações com o meio em que vive — é o conceito mais genérico de Saúde.

Temos portanto que compreender o homem integrado na vida social, visto que ele nasceu como membro da sociedade e a organização social tem de ser aceite como uma parte da biologia humana.

O «homem biológico primitivo», já não existe, a não ser como especulação metafísica (Kerschaw) ou como diz Gilberto Freyre: «o homem sem nenhuma característica de pessoa social, vivendo com in-

teira independência da sociedade ou da cultura e só com a natureza, seria animal — puro animal. Sua natureza humana estaria toda ou quase toda por realizar. Mas tal homem se existe é socialmente desprezível, tal a sua raridade».

Ora, como diz o prof. Georges Burdeau a sociedade é essencialmente um fenómeno de ordem espiritual e a vida em sociedade não pode definir-se por uma simples coexistência, sendo necessária a intervenção de um novo elemento relacionado com certas representações dos seus membros quanto aos seus destinos colectivos, e esse novo elemento é a «consciência social». Como diz Bigne de Villeneuve «em lugar de uma simples adição de interesses individuais, aparecem direitos e deveres novos».

A «consciência social», por sua vez, é subordinada a factores materiais e factores psicológicos. Entre os primeiros, a fixação à terra e a vida sobre o mesmo solo, em território limitado, suscitam uma comunidade de vistas, de interesses e de projectos que dão coesão social, e a comunidade de habitat marca-as com uma impressão indelevel, a qual tornada consciente acaba por tomar um sentido agudo e contribue para conduzir à noção de Pátria.

Como disse Bouglé «a Pátria não é sòmente a terra dos pais, é também a dos filhos. Louvamo-la não só pelo passado que ela incorpora, mas também pelo futuro que ela prepara».

Por outro lado o «contacto com grupos estranhos» contribue para o desenvolvimento cultural e material, seja no seu aspecto positivo de adesão e aceitação de novos conhecimentos, seja no seu aspecto negativo de resistência a influências estranhas com excitação do amor-próprio, em caminho então para as formas mais elevadas de patriotismo.

Sobre estes factores materiais enxertam-se para a formação da «consciência social», os de ordem psicológica; é a idéa da finalidade moral, social ou religiosa do grupo que vem impôr-se sobre o fundo de conformismo, porque ela é inseparável duma reflexão da sociedade sobre a sua estrutura, suas possibilidades e seu ideal.

Nesta conformidade, como ainda diz Burdeau «sentir-se em sociedade é pois para o homem deslocar-se para um plano superior às preocupações egoistas quotidianas; é integrar-se na comunidade, despojando-se da carapaça que esconde o ser humano sob as preocupações de classe ou de interesse; é enfim, alargar a consciência do ser que está em nós, até às perspectivas de uma ordem social na qual a personalidade de cada um se diluirá na perfeição da comunidade».

A sociedade consciente tem um fim a atingir que é o «*Bem-comum*». Este interessa ao mesmo tempo ao conjunto e a cada um, mas interessa a cada um na medida em que é um elemento de conjunto. Exprime-se na coerência de aspirações e seu comportamento moral, pois que elas são orientadas para a preocupação do que deve aproveitar a todos.

Mas, para que uma sociedade possa viver e tornar-se uma realidade histórica, precisa de uma força de impulsão que desencadeie o movimento em volta do qual está constituído o organismo social — é o «*Poder Político*». Este é uma condição de ordem que permite a liberdade, que não é possível senão na ordem.

*

* *

O homem que vive em sociedade, contém em si duas personalidades que se completam — o *indivíduo* e a *pessoa humana ou social*.

Como dizem Park e Burgers «a pessoa é o indivíduo com «status», isto é com «posição na sociedade».

Os sociólogos definem a *pessoa social ou humana*, como o resultado de processos sociais e de cultura anteriores ao aparecimento do *indivíduo* e sobreviventes ao seu desenvolvimento individual ou puramente físico-químico e biológico no espaço e no tempo.

A *pessoa humana* afirma-se com funções *Conservadoras* da herança cultural que lhe é comunicada pela geração anterior, *Assimiladoras* da cultura de outros grupos que entram em contacto com o seu, e ainda — sendo maior a sua potencialidade — *Criadoras* pelo que acrescente sozinho ou com poucos outros, à herança do seu grupo ou à cultura do seu tempo.

Cada indivíduo não é pois, mais do que um elo da cadeia ininterrupta que liga as gerações passadas às gerações futuras. A vida em sociedade arrasta uma comunhão de sentimentos, de idéias, de crenças e de interesses, criados por lentas acumulações hereditárias, que dá à constituição mental de cada povo uma grande identidade e uma grande fixidez, assegurando-lhe assim um poder imenso. Como faz notar Gustavo le Bon, não é aos métodos anatómicos em que os naturalistas se baseiam para classificar as espécies, que nós poderemos ir tirar elementos para definir os diferentes povos. Obteríamos assim apenas divisões genéricas, muito sumárias, baseadas em caracteres anatómicos, tais como a cor da pele, forma e capacidade do crâneo, etc., quando é certo que povos muito semelhantes pelo seu aspecto físico, podem dife-

rençar-se muito pelas suas maneiras de sentir e actuar e, portanto, pelas suas civilizações, pelas suas crenças, pelas suas artes.

É pela observação psicológica dos povos, que nós compreendemos que por detraz das instituições, das artes, das crenças, das transformações políticas de cada povo, se encontram certos caracteres morais e intelectuais, dos quais deriva a sua evolução, acumulados através das gerações até se fundirem num todo único e indissolúvel que se continua a transmitir hereditariamente. Assim, a maioria dos indivíduos que constituem um povo, apesar das suas diversidades aparentes, têm sempre um certo número de caracteres psicológicos comuns, caracteres esses que a hereditariedade transmite integralmente de pais para filhos. Este conjunto de caracteres psicológicos comuns, caracteres fixos e imutáveis, herdados dos antepassados, são para cada indivíduo a síntese do seu passado e em grande parte a causa determinante das suas acções. É justamente este agregado de elementos psicológicos comuns, que se observam em todos os indivíduos da mesma raça, que permite definir um povo, constituindo aquilo a que se pode chamar o *Caracter Nacional*, que os sociólogos apresentam como o conjunto de ideias e reacções, sempre as mesmas ou quase as mesmas, na pessoa ou no homem social, em face de estímulos ou provocações semelhantes.

Nós somos ao mesmo tempo os filhos dos nossos pais e da nossa Raça e portanto ao lado da nossa vida intelectual que é curta, nós vivemos uma outra vida muito mais prolongada, ao mesmo tempo no passado e no futuro, que não é mesmo limitada pela noção do tempo é uma vida colectiva — é a vida da nossa grei.

E, toda a longa série dos nossos ascendentes, que através dos séculos criaram a nossa Pátria e nos legaram com ela as nossas ideias e os nossos sentimentos, representam uma força imensa na determinação da nossa conduta. É o que está consubstanciado na frase lapidária de Lamartine «foi a cinza dos mortos que criou a Pátria».

A noção de Pátria adstricta ao conceito material, à noção de terra, compreende-se melhor neste conceito psicológico de comunhão de ideias e sentimentos, acumulados através das gerações. Cada geração dominada por estas influências ancestrais, contém em si a obrigação de as perpetuar, como está bem sintetizado na frase de Jaurés, citada por Emile Faguet: «Estais ligados a esta terra por tudo o que vos precede e por tudo o que vos há de seguir, por aquilo que vos criou e por aquilo que vós criais, pelo passado e pelo futuro, pela imobilidade dos túmulos e pelo balouçar dos berços».

*
* *

É necessário ter bem presentes todas estas noções, referentes às condições e atributos da vida social para entender a concepção de Saúde no seu sentido mais amplo ou seja «a realização da mais completa potencialidade do espírito e corpo humano, para viver uma vida completa como membro de uma comunidade social», porque justamente daqui se deduz a completa integração da Medicina na vida social. A saúde já não é apenas um estado físico e mental, temos que ir mais além e considerá-la com um sentido social. Entendemos então, como indivíduo são o homem bem equilibrado física e mentalmente, mas também bem adaptado ao seu meio físico e social. Encontra-se, deste modo, em pleno domínio das suas faculdades físicas e mentais, pode adaptar-se às modificações do meio, desde que estas não excedam os limites normais, e contribue para o bem-estar da sociedade, de acordo com a sua capacidade.

Chegamos finalmente, com Kerschaw, ao verdadeiro conceito de Medicina Social, considerada como uma dupla actividade que inclui desenvolvimento da Medicina em relação à vida social e a influência das actividades sociais nos interesses do bem-estar humano.

Não se trata pois só de combater a doença e mesmo as suas causas, vai mais longe, atribuindo à Medicina o dever implícito de conduzir o desenvolvimento social para um estado da sociedade, conducente a promover a saúde, impondo a todos os membros da comunidade o dever de intervir na sua prática.

Posto que a indivisibilidade seja uma característica essencial de natureza social, observa-se uma diferenciação em unidades funcionais, de várias naturezas, mas esta diferenciação não deve obscurecer o facto básico de que as acções de um indivíduo afectam a vida dos outros.

Assim o indivíduo tem o direito de usar de todos os meios que pode aproveitar para manter o seu corpo e o seu espírito com saúde e aumentá-la, mas ele deve estar também preparado para aceitar as restrições e directrizes que a sociedade pode impor-lhe no interesse da sua saúde e da saúde dos outros. Necessariamente para que a sociedade preencha a sua função, precisa de basear-se na manutenção da eficiência humana e assim a saúde torna-se o primeiro fito da sociedade, sob pena de negar as razões fundamentais da sua total existência. A socie-

dade saudável só pode ser constituída por indivíduos saudáveis e inversamente o indivíduo saudável só pode existir numa sociedade saudável.

A sociedade por seu lado, deve pois dotar os indivíduos com os meios e as oportunidades de disfrutar e desenvolver a saúde e deve também protegê-lo contra todos os perigos, quer físicos quer biológicos, que constituem uma ameaça directa ou indirecta contra a saúde, vigiando constantemente se as suas actividades e tendências são daquelas que acarretam esses perigos.

Portanto a Saúde é um fito social básico, tanto para o indivíduo como para o grupo, sendo necessário consequentemente que todas as actividades, quer do indivíduo quer do grupo, sejam consideradas em relação a ela e portanto o seu valor avaliado à luz da sua influência sobre a saúde e o bem-estar do indivíduo, do grupo e da sociedade no seu conjunto.

Considerada assim, a Medicina Social perde os atributos de verdadeira ciência, para ingressar no campo filosófico e devemos então encará-la como uma filosofia que utiliza a ciência como base firme, de apoio seguro, quando penetra em conhecimentos menos estáveis. Tornar-se-á deste modo, mais fácil estabelecer um relacionamento compreensível para as suas diferentes partes.

Nesta ordem de ideias, somos levados a concluir com Kerschaw que a «Medicina Social é, de facto, a Filosofia da Saúde» e é nela que pode ser contido o idealismo social que comporta. A saúde pode não ser uma meta completamente visível e definível mas é pelo menos capaz de dar uma direcção ao esforço social. Esta maneira de encarar o problema, permite conceber toda a grandeza da concepção de Saúde e todo o âmbito da Medicina Social, bem diferente do que corre em muitas bocas e penas do nosso meio. Confunde-se frequentemente a Medicina Social, com a simples Medicina Colectiva, aplicada apenas no sentido curativo a grupos maiores ou menores de pessoas, tomando-se assim a parte pelo todo. Pretende-se às vezes dar-lhe aparências de sentido de orientação adicionando-lhe um esboço ou simples pretensão, de algo a que se chama pomposamente Serviço Social.

Muito haveria que dizer a este respeito, se o tempo nos sobrasse, e o observador esclarecido notará facilmente que o verdadeiro sentido superior do conceito, fica sempre para traz, com desrespeito ou ignorância da ideia central. Parte-se e caminha-se da periferia e em direcções divergentes, com uma ânsia desordenada de ostentar uma actividade que possa suportar, mal ou bem, o epíteto de Social. E, esta palavra Social, presta-se a tanta confusão!

A falta de visão em profundidade e a tendência à estagnação de ideias e aspirações, são inimigos do progresso, mas a evolução tem de fazer-se como lei biológica inevitável. A adaptação às realidades é pelo contrário, elemento favorecedor de possibilidades de vida em qualquer sistema organizado. E, uma delas, é que não há várias Medicinas. A Medicina é una e indivisível desde Hipócrates e as suas divisões, de concepção puramente académica, estão fora das realidades, são a negação do pensamento contemporâneo e representam inadaptação ao estado evolutivo do conceito de Saúde.

É de esperar que de futuro a nossa Filosofia da Saúde possa tomar uma forma mais definida, mas como indica Kerschaw, podem desde já estabelecer-se alguns princípios:

1.º — A nossa definição da Saúde deve ser compreensiva e elástica, com intuitos de alargamento progressivo. Já vimos as modificações progressivas do conceito da Saúde através dos tempos, até se chegar à sua aplicação em relação à integração do espírito com o corpo e de ambos com a vida.

2.º — A Filosofia da Saúde aplica-se tanto ao indivíduo como ao grupo. Aqui encontramos a ligação da Saúde com a Política, porque estando a Medicina Social em relação estreita com as actividades do grupo, prende-se à Política que por definição é «a técnica pela qual são dirigidas as actividades do grupo». Com efeito, segundo o Prof. Burdeau, «a ciência política estuda o homem e o social para o proveito que daí deve tirar o conhecimento das instituições».

Na realidade a saúde do grupo é feita das saúdes individuais, mas não há harmonia perfeita entre as duas. Lembremo-nos que o indivíduo é mortal e o grupo imortal. E, ainda que o indivíduo que procura viver à custa do grupo, injuria a posteridade, a qual constitue a justificação fundamental da sua existência.

3.º — O terceiro princípio postula que a atenção da Medicina Social se deve concentrar especialmente em relação à Saúde da creança. É com efeito, óbvio que por um lado a creança é mais maleável e mais susceptível aos nossos cuidados de saúde que o adulto e por outro lado são maiores as nossas

possibilidades de influenciar o meio, através da creança, que do adulto.

Seria este um tema merecedor de largo desenvolvimento, que nos não é consentido e por isso o terminamos com a afirmação de Siegerist «a escola é uma das instituições sanitárias públicas mais importantes».



A Política da Saúde está necessariamente dependente da Política da Nação e tem de se subordinar a ela.

Todos os conceitos genéricos que acabámos de passar sumariamente em revista cabem e são adaptáveis a várias fórmulas políticas. A fórmula vigente dar-lhe-á corpo e doutrina, verdadeira vida num sentido determinado, desde que a adaptação se faça com lógica. As soluções aparecerão assim concatenadas, porque de outra forma caí-se na desorientação. A simples cópia de soluções estranhas de Medicina Social, em vigor dentro de determinadas fórmulas políticas, trazem erros de imaginação e aplicação que além de evidenciarem perturbação dos espíritos, correm até o risco de criar gérmens de alteração das ideias-base da Política geral. O problema terá necessariamente de ser resolvido sempre de cima para baixo, como ordem normal, em direcção e orientação centralizada, que se projecte metódica e genericamente em todos os ramos de actividade, para que eles cresçam e se desenvolvam como verdadeiros ramos do tronco principal. Deixá-los crescer à vontade, com independência, procurando a sua vitalidade no enxerto, equivale a substituir a disciplina da doutrina pela indisciplina da sua ausência.

Um dos princípios básicos que importa definir em matéria de Política da Saúde é sem dúvida o do *direito à saúde*.

O artigo 21.º da célebre «Declaração dos direitos do homem», definia apenas o direito à Assistência e fazia-o nestes termos: «os socorros públicos são uma dívida sagrada. A sociedade deve assistência aos cidadãos desgraçados, seja procurando-lhes trabalho, seja assegurando os meios de assistência àqueles que não estão em estado de trabalhar».

Mais modernamente a noção do «direito à Assistência» é substituída pela do «direito à Saúde» e assim a Comissão dos Direitos do Homem da O.N.U., reunida em Genebra em Junho de 1947, decidiu

incluir o artigo seguinte na «Declaração Internacional dos Direitos do Homem».

«Toda a pessoa tem direito, sem atender à sua condição económica ou social, a que a sua Saúde seja preservada graças a uma alimentação, a um vestuário, a uma habitação e a cuidados médicos dum nível tão elevado quanto o permitam os recursos do Estado ou da comunidade. O Estado e a comunidade não podem fazer face à responsabilidade que lhe incumbe relativamente à Saúde senão tomando medidas sanitárias e sociais apropriadas».

Por seu lado a Constituição da Organização Mundial da Saúde define o conceito de Saúde, como «uma acção positiva pondo em obra todos os recursos da Medicina preventiva e curativa e todos os factores de melhoria física e psíquica dos indivíduos e dos povos».

Em que termos se deve encarar o «direito à Saúde», em função da Constituição política portuguesa? damos a palavra ao ilustre Inspector-Chefe da Assistência Social, Dr. Agostinho Pires, que sobre o assunto fez uma brilhante e lúcida exposição no último Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde. Transcrevemos da sua dissertação as conclusões que interessam ao nosso fim em vista.

«A Nação é uma sociedade de pessoas tendo em vista a realização do *Bem-comum*; os fins e interesses da Nação dominam os dos indivíduos e dos grupos que a compõem como vem expresso no art.º 1.º do Estatuto do Trabalho Nacional».

E mais adiante: «A Nação pode exigir o sacrifício das liberdades do indivíduo, na medida em que tal se mostre necessário à realização do *Bem-comum*; mas deve estimular as condições indispensáveis à completa expansão da personalidade e, acima de tudo, nunca poderá exigir o sacrifício das liberdades necessárias à realização da *pessoa humana*». Os princípios gerais expostos encontram-se consignados na legislação portuguesa».

Acrescenta: «E porque estes não podem ser conseguidos sem um perfeito ajustamento do indivíduo ao seu ambiente natural e social, segue-se que o Estado deverá promover e realizar as medidas convenientes à defesa e melhoramento da saúde moral, física e social dos indivíduos que o compõem, actividades que englobam necessariamente a Assistência Social».

Não estamos portanto fora dos princípios gerais que definem o «direito à Saúde». Mas ocorre perguntar: este «direito à Saúde» deve ser de exclusiva responsabilidade directa do Estado? o direito conferido ao indivíduo não lhe incute igualmente deveres? Necessariamente que

a saúde dos indivíduos é fundamentalmente incumbência dos próprios indivíduos, que devem sentir a sua necessidade e devem tomar parte activa no seu conseguimento.

É necessário para isso instruí-los, educá-los. Pode assim concluir-se em relação à primeira pergunta: o Estado pode proteger a sociedade com muita eficiência contra um grande número de perigos, porém o cultivo da Saúde, que exige um modo definido de vida, continua a ser largamente um assunto individual e é o resultado da educação. Esta última por seu lado depende também do Estado, nas suas directrizes e nos seus métodos.

O Estado intervirá ainda na função de suprir necessidades inadiáveis e amparar os desprotegidos.

Todo o conjunto terá orientação e coordenação superior em função das ideias-base fundamentais que regem a fórmula política que o Estado representa.

Quanto à segunda pergunta parece impor-se que o reconhecimento do «direito à Saúde», postula um «dever da Saúde». É uma atitude de moderna «consciência social»; pode considerar-se como um dever cívico.

E, tal como a nossa legislação «reconhece a liberdade de pessoa na disposição de si mesma para a realização da sua personalidade, princípio que só admite a limitação do *«Bem-comum»*, cuja defesa incumbe ao Estado» (Dr. Agostinho Pires), também em função desse *«bem-comum»*, põe limitações a essa liberdade na estruturação do «Dever da Saúde». A esta luz se compreendem, por exemplo, as leis de vacinação obrigatória, de notificação obrigatória de doenças transmissíveis, o tratamento e isolamento compulsivo destes doentes, inclusive certas e determinadas limitações do segredo profissional, etc.

Não terminaremos este capítulo sem recordar algumas das palavras pronunciadas por Salazar quando da X Conferência Anti-Tuberculosa: «Daqui, se por um lado deduzo dever a ciência sentir-se humildemente ainda bem pouco ante o conjunto misterioso da vida, nasce por outro a convicção de serem vossos preciosos colaboradores os que pela acção política conseguem auscultar as aspirações dos homens, surpreender a sua sede de justiça, distinguir as necessidades das ambições desregradas, disciplinar as vontades e operar as transformações sociais úteis à colectividade, sem que a ordem se altere, paralise o trabalho ou se joguem e desperdicem, como farrapos, vidas humanas».

E, mais além, «como actuam na saúde dos homens a angústia dos tempos modernos, a insatisfação, o desequilíbrio psíquico, a desproporção entre a riqueza e as ambições, o desejo imoderado do luxo, a

transformação da própria essência da vida que tão generalisadamente se crê disposta apenas para o gozo material grosseiro dos sentidos? Até onde pode ser incriminado por tal estado de coisas o abuso do capitalismo, a surda ou aberta revolta do trabalho, o envenenamento das relações sociais, a desunião familiar, a atmosfera de ódio que vemos alastrar e substituir-se ao bom entendimento, à camaradagem, à alegria do trabalho, à modéstia dos desejos e ambições, à satisfação de pequenas, simples e saudáveis coisas a que toda a gente poderia aspirar e que quase todos poderiam facilmente obter?

Sinto que um grande número de cabeças se curvam por esse mundo como diante da fatalidade inelutável, e se resignam a tentar resolver problemas que criámos por nossas mãos ou culposamente deixámos criar. Todavia julgo que também não é isso motivo suficiente para se não tentar ver se haverá outras possibilidades ou caminhos abertos à vossa acção — tanto mais que algumas reacções salvadoras, no campo social e político, se podem já apontar e com óptimos frutos».

Estas palavras contêm grande parte do problema da Medicina Social, tal como o encaramos e a sua síntese mais perfeita está ainda no fecho do discurso de Salazar, quando diz «...mas só apresentar a razão do apoio que lhe damos, pela convergência de esforços e pelo carácter, para mim fundamental, de toda a investigação científica verdadeiramente humana: a inteligência ao serviço dos homens, contribuição para a sua vida e, se puder ser, para a sua felicidade».

A Medicina Social na sua aplicação prática liga-se com várias actividades, verdadeiras facetas de um mesmo prisma, como sejam Medicina Preventiva e Curativa, Higiene Social e Sanidade Pública, Assistência, Previdência e Recuperação social.

As noções base de «*família*», «*organização corporativa*» e «*acção coordenadora do Estado*», constituem o tabuleiro, no qual várias pedras se têm de mover, em função dos seus respectivos valores.

Mas, enquanto as peças elementares deste «puzzle» andarem baralhadas, em simulacro de vida independente, reivindicando até cada uma os atributos que competem ao conjunto, não vemos que se possa falar em verdadeira Medicina Social. É até para temer que esse modo de

ser acabe por determinar deformações de contorno que um dia possam tornar quase impossível o seu ajustamento em quadro completo.

Normalmente para fazer um «puzzle» começa-se por desenhar o quadro final e depois é que se recorta. No nosso caso as coisas passam-se diferentemente. Constituíram-se primeiro os fragmentos que foram caprichosamente recortados, mesmo alguns com a preocupação de adquirirem individualidade ou de supor que a conseguiriam.

Será possível reconstituir um quadro de conjunto?

Afigura-se-nos tarefa de grande tomo, embora seja uma verdade eterna que «querer é poder».

AUGUSTO DA SILVA TRAVASSOS

Director Geral de Saude

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE
INSTITUTO SUPERIOR DE HIGIENE DR. RICARDO JORGE
DELEGAÇÃO DE SAÚDE DE LISBOA

HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA
HOSPITAL DE CURRY CABRAL
(SERVIÇO DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS.
DIRECTOR DR. E. MAC BRIDE)

Cloromicetina na febre tifóide (*)

POR

CRISTIANO NINA e ARNALDO SAMPAIO

Prodigioso era já o avanço da quimioterapia e notabilíssimos os seus resultados na luta contra um grande número de doenças infecciosas, mas, de entre as inacessíveis, uma sobrepujava pela sua rebeldia e pela sinistra contribuição no agravamento dos índices de mortalidade — a febre tifóide.

Morbo temido pois acarretava, bastas vezes, ou a morte, ou uma longa e esforçada luta, mas quando a vitória sorria o doente havia adquirido, como prémio de consolação, uma sólida e quase sempre definitiva protecção contra futuras reinfecções.

Entretanto chega o ano de 1948 e com ele as primeiras comunicações de WOODWARD e SMADEL acerca dos brilhantes resultados obtidos pelo emprego dum novo antibiótico — a cloromicetina, nas afecções tifo-paratíficas, entre muitas outras.

Quando se tem em mente a inervante impotência dos recursos terapêuticos anteriores, amargamente vivida por todos os clínicos, bem se justifica o alvoroço com que foi recebida, em todo o mundo médico, a notícia da feliz descoberta e a ambição de todos em a comprovar pessoalmente.

Quanto a nós surgiu em Julho p. p. a primeira oportunidade quando a Direcção Geral de Saúde pôs ao nosso dispor o novo antibiótico e nos concedeu o encargo de o ensaiar nos doentes graves de febre tifóide

(*) Comunicação feita à Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa em 7 de Março de 1950.

internados no nosso Serviço do Hospital de Curry Cabral e de apresentar um relatório sobre as observações executadas.

Por ser ainda muito reduzida a experiência mundial sobre o emprego da cloromicetina na febre tifóide e, principalmente, muito limitada a bibliografia sobre as particularidades da sua acção pareceu-nos que podia ter algum interesse vir apresentar, nesta Sociedade, os dados da nossa observação em 68 doentes tratados e, também, os resultados provisórios, até agora obtidos, ao tentarmos esclarecer, experimentalmente, certo número de problemas que esse estudo suscitou.

Esses dados experimentais não permitem, por enquanto, conclusões definitivas, mas incidem sobre aspectos de tal interesse teórico e prático que nos pareceram mais uma justificação para apresentarmos esta nota prévia, que mais não seja senão pela justa intenção de os submeter à comprovação de novas investigações. Por nosso lado o trabalho está em plena marcha e apresentaremos oportunamente, com maior detalhe e mais larga experiência os resultados definitivos.

INTRODUÇÃO

Antes de mais desejamos afirmar, com BERNARD DAVIS, que não se trata de mera coincidência que os maiores triunfos da quimioterapia pelos antibióticos se exerçam nas doenças infecciosas agudas nas quais as defesas orgânicas, só por si, são susceptíveis de conduzir a uma cura permanente.

É que os antibióticos diminuem ou anulam as condições de vitalidade dos agentes mórbidos mas exigem a cooperação, mais ou menos decisiva, das defesas orgânicas para que a infecção seja dominada.

Tem-se cuidado, a preceito, de esmiuçar o mecanismo de acção dos antibióticos sobre os agentes mórbidos, de modo a privar o seu emprego do empirismo accidental de que está eivada a sua gloriosa descoberta, mas tem-se descuidado de averiguar, talvez por ser bem mais complexa, a sua acção indirecta sobre as defesas orgânicas e principalmente sobre os mecanismos de imunidade.

É contudo de suspeitar que os resultados definitivos, em relação à situação imunitária final, possam variar amplamente conforme a maior ou menor precocidade do tratamento e, principalmente, a facilidade com que se estabelece uma imunidade duradoura. Assim, por exemplo, sob este aspecto a acção dos antibióticos na erisipela ou na pneumonia lobar não terá qualquer repercussão, pois mesmo na sua

evolução espontânea nenhuma dessas doenças confere imunidade perdurável.

Mas, nas entidades mórbidas cuja evolução espontânea condiciona uma imunidade quase definitiva, qual será a influência da privação antecipada do agente antigénico mediante o emprego de antibióticos?

Não sofrerá interrupção o mecanismo imunizante, às vezes ainda mal iniciado, em todos os casos de tratamento antibiótico precoce?

É certo que ainda não conhecemos exemplos concretos em que se tenham verificado interrupções, ou mesmo modificações, do estado imunitário final pelo emprego de antibióticos, mas esse assunto está bastante mal averiguado. Em todo o caso já conhecemos alguns factos que merecem referência. Assim, em inoculações experimentais com *Rickettsias*, WONG e COX em 1948 provaram, que o tratamento precoce com aureomicina não interrompe os fenómenos imunitários, tanto quanto se pode deduzir do aumento imperturbável dos títulos da R. F. C. e dos «testes» de protecção.

No entanto as recaídas observadas por SMADEL em doentes de tifo da Malásia, quando tratados precocemente e por pouco tempo, e também por CUTILEIRO e um de nós no tifo murino, depõem, de certo modo, no sentido da existência de perturbações imunitárias devidas ao antibiótico.

O que se passará, sob esse aspecto, com a febre tifóide tratada com cloromicetina? A este respeito é justo recordar, que a evolução espontânea da febre tifóide parece fazer suspeitar que o organismo necessita de prolongado contacto com o antigénio bacilar para que se produza sólida imunidade e no mesmo sentido depõe a frequência das recaídas, factos, um e outro, absolutamente excepcionais nas rickettsioses.

Por outro lado, se os antibióticos inibidores da flora intestinal impedem a formação de Vitamina K e se a cloromicetina actua de forma enérgica nesse tipo de germes, qual será a modificação do tempo de protrombina nos doentes tratados? Haverá por esse facto maior propensão para as enterorragias?

Com essas e outras dúvidas iniciamos o nosso estudo fazendo incidir a atenção principalmente, sob os seguintes aspectos:

- 1) Acção terapêutica, de preferência nas formas muito graves.
- 2) Comportamento da imunidade intra e post-infecciosa, sobretudo nos casos tratados dentro da 1.^a semana de evolução.

- 3) Vigilância frequente e prolongada da eliminação do b. de EBERTH nas fezes a partir do 15.º dia de evolução.
- 4) Acção do antibiótico na esterilização dos portadores crónicos.
- 5) Vigilância da coagulabilidade sanguínea nos doentes tratados durante mais de dez dias.

MATERIAL E MÉTODOS

Seleccção de doentes

Exigimos sempre o resultado positivo da hemocultura de KAYZER, como condição imprescindível para que o caso fosse incluído no nosso estudo. Mas esta exigência técnica retardava o início do tratamento cerca de 3 dias e foi seguramente responsável pela morte de 4 casos, Obs.: 8, 9, 21 e 27, que faleceram, respectivamente, às 40, 46, 30 e 80 horas, após o início da cloromicetina, não podendo, como é óbvio, ser incluídos na apreciação dos resultados do medicamento e que se teriam salvo se o tivéssemos administrado no dia da admissão.

O remorso destes acontecimentos levou-nos mais tarde, embora com o risco que depois se confirmou, de desperdiçar o dispendioso medicamento, a utilizá-lo imediatamente após a admissão, depois de extraído o sangue para hemocultura, em todos os casos de excepcional gravidade, sempre que o exame clínico fosse em favor do diagnóstico de febre tifóide.

Nestas condições ainda 2 doentes (Obs.: 5 e 17), que se apresentaram à admissão em estado desesperado, faleceram, respectivamente, às 30 e 38 horas e, por outro lado, 7 doentes (Obs.: 12, 32, 45, 50, 55, 56 e 59) se salvaram duma situação de grave risco, mas, inversamente, se desperdiçaram 12 frascos de cloromicetina em 2 estados típicos gravíssimos antes que se averiguasse tratar-se de tuberculose miliar aguda.

Mas essa humana e hipocrática atitude de administração imediata da cloromicetina, nos doentes gravíssimos, sem o prévio conhecimento do resultado do Kayzer, ainda nos trouxe em dois casos um sério embaraço para o qual chamamos especial atenção. Nesses dois casos a hemocultura foi negativa e a seroaglutinação de WIDAL, como é habitual antes do 10.º dia de evolução, também o foi e continuou sendo, como tantas vezes sucede nos doentes tratados precocemente com cloromicetina. Daí resultou que esses dois casos (Obs.: 2715/49 e 115/50 do

nosso Arquivo), apesar de clinicamente típicos de febre tifóide e apesar de serem, ambos, exemplos do maior brilhantismo terapêutico, não puderam ser incluídos neste estudo, mesmo depois de múltiplas pesquisas posteriores.

Num 3.º caso (N.º 3 do nosso estudo) só foi possível confirmar laboratorialmente o diagnóstico na recaída, quando o Widal foi positivo e a pesquisa nas fezes igualmente.

Concluiremos então, que a administração precoce de cloromicetina sem prévio conhecimento do resultado positivo da hemocultura pode impossibilitar definitivamente o diagnóstico laboratorial.

Considerámos dispensável e pareceu-nos desumano, comparar os resultados obtidos com os de igual número de doentes, de formas idênticas, tratados por outros métodos. Dispensável, porque nenhum dos tratamentos, até agora ao nosso dispor, tinha qualquer acção directa sobre a infecção ou mesmo sobre o toxemia, desumano porque dispunhamos de cloromicetina para todas as formas graves admitidas durante o período deste estudo.

Se, na verdade, a evolução clínica da febre tifóide, mesmo das formas mais graves, é manifestamente imprevisível, certo é, que uma vez instaladas as marcas de profunda toxemia, todo o clínico experimentado tem em mente a marcha tumultuosa posterior de forma a dispensar termo de comparação em relação aos fenómenos que vamos referir.

Normas de tratamento

Logo que iniciávamos o tratamento com a cloromicetina suspendíamos toda a restante medicação, excepção feita, de soro fisiológico em grandes doses por via parentérica nos doentes muito desidratados, de corticoesterona perante grande toxemia e, ainda, vitamina K sempre que surgia melena.

Adoptámos no nosso estudo 3 esquemas de administração de cloromicetina que designaremos por I, IIv e III.

O esquema I abrange 29 doentes, que constituem a nossa Série I, e consistiu no seguinte (Figura 10):

- 1) Dose inicial 50 mgs. por quilo de peso (para o peso médio de 60 quilogramas, 12 cápsulas duma só vez);
- 2) Durante 3 dias a mesma dose diária distribuída em doses fraccionadas de 4 em 4 horas (2 cápsulas $\times$ 6), 12 cápsulas diárias;
- 3) Dois dias 1 cápsula de 3 em 3 horas, 8 cápsulas diárias;

- 4) Por último, durante mais 3 dias, 1 cápsula de 4 em 4 horas portanto 6 cápsulas diárias.

Dose total em 8 dias do tratamento: 21 gramas ou 7 frascos de origem, com 12 cápsulas de 0,250 cada.

O esquema IIv abrange 25 doentes, que constituem a nossa Série IIv, e consistiu no seguinte (Figura II):

- 1) Dose inicial 50 mg. por quilo de peso;
- 2) Durante 3 dias a mesma dose, diariamente, em fracções de 4 em 4 horas, portanto em tudo idêntico ao esquema I;
- 3) Durante 2 dias, 1 cápsula de 4 em 4 horas;
Dose total em 5 dias de tratamento: 15 gramas ou 5 frascos.
- 4) Entre o 4.º e 5.º dia de tratamento, com o doente já apirético, há 24 horas, injectámos 1 c.c. de vacina profiláctica T.A.B.vi «Pasteur», isto é, uma dose quatro vezes maior do que a empregada na imunização profiláctica.

E, finalmente, o esquema III abrange uma pequena série (Série III) de 7 doentes tratados precocemente, em que prolongámos a administração de cloromicetina durante 14 dias, período hoje averiguado (SMADEL, 1949) ser indispensável para evitar as recaídas; mas procedemos assim, principalmente para apreciar melhor a inibição dos mecanismos imunitários de que já então vínhamos suspeitando.

Convencidos, como a maioria, dos enormes malefícios causados aos tíficos pelas excessivas e injustificadas precauções dietéticas, executadas tradicional e empiricamente através de longas décadas, começámos a administrar aos nossos doentes, logo no 3.º dia de apirexia, uma alimentação variada que incluía além de abundantes hidratos de carbono, leite, manteiga, carne picada, ovos, marmelada, bolachas e sumo de fruta.

Segundo as ideias clássicas essa alimentação precoce envolvia certo número de riscos, pelo menos teóricos. De facto, tendo em linha de conta que a maioria dos nossos doentes foi tratada entre o 10.º e o 20.º dia de evolução, já quando o processo anatómico estava seguramente avançado de forma a não podermos pretender interromper a sua marcha para a necrose e para a ulceração das placas de PEYER, era legítimo recear, que aumentasse pela alimentação assim ministrada, a propensão para as enterorragias e mesmo para a perfuração intestinal. Diremos, desde já, que até agora, não sabemos se por coincidência feliz, em

nenhum dos nossos 68 casos, todos alimentados precocemente, tivemos ensejo de observar qualquer enterorragia ou perfuração, mas voltaremos a este assunto quando tratarmos mais adiante da apreciação geral dos resultados clínicos.

Normas laboratoriais

I — Vigiamos, sempre que foi possível, a bacteriemia por intermédio da hemocultura de KAYZER às 6, 24 e 48 horas após a administração da cloromicetina.

II — Seguimos a curva de formação de anticorpos, executando de 3 em 3 dias a reacção de WIDAL pela técnica de FELIX.

III — Nos poucos doentes da Série III vigiamos de 2 em 2 dias as modificações da crase sanguínea: número de plaquetas, tempos de hemorragia e de coagulação, de protrombina e a retractibilidade do coágulo.

IV — A partir da suspensão da cloromicetina investigamos a eliminação de bacilos de EBERTH nas fezes, periodicamente.

V — Cada vez que se isolava a *salmonella typhi* nas fezes e principalmente em todos os casos em que administrámos a cloromicetina várias vezes, investigamos a sensibilidade do germen à cloromicetina (in vitro) pelo método de difusão em placas de gelose — anéis.

VI — Aos 15 e 30 dias de convalescença franca, executámos, sempre que foi possível, com os soros desses convalescentes e outros tantos testemunhas, de convalescentes de febre tifóide não tratados com cloromicetina, testes de protecção em murganhos.

RESULTADOS

Apreciação geral

Não pode ser nossa intenção descrever pormenorizadamente todos os casos clínicos a que o nosso estudo se refere, nem isso teria qualquer interesse. Pareceu-nos mais útil fazer uma curta revisão acerca das modificações do quadro clínico originadas pela acção do antibiótico e apresentar sobre cada um dos aspectos, um exemplo dos mais demonstrativos.

Nas primeiras 36 horas de administração da cloromicetina não foi possível registar em 67 casos qualquer melhoria, quer subjectiva quer

objectiva e se alguma diferença houve foi no sentido da acentuação, aliás difícil de comprovar, dos fenómenos já existentes de toxemia profunda. Não foi nunca, porém, tão pronunciado esse agravamento que nos fizesse pensar numa libertação maciça de endotoxinas motivada pela bacteriolise desencadeada pela acção do antibiótico.

O único caso (Obs. N.º 36) em que a temperatura baixou dos 40º para os 38º, acompanhada de grande melhoria já às 36 horas, estava no 28.º dia de doença e por isso atribuímos o facto, mais à evolução espontânea do que à intervenção medicamentosa, embora não nos atrevessemos a suspender a mesma.

Em todos os outros casos, sem excepção, a temperatura baixou em crise rápida às 72 horas ou, mais raramente, em lise lenta a partir do 3.º dia de tratamento. Mas um facto verificado em todas as formas graves foi o de que, apesar de apiréticos, os doentes persistiam ainda em pronunciada obnubilação cerca de mais 3 dias e exigiam por vezes muitos mais para que se dissipasse totalmente a apatia, a indiferença e adinamia resultantes da violenta toxemia sofrida.

Quando alguma vez se observou a rapidez com que cede a toxemia, por exemplo das sepsis meningocócica, mormente quando se administra penicilina em fleboclise, devido à acção neutralizante do antibiótico sobre as toxinas do próprio germen, fica-se com a impressão clínica de que a Cloromicetina não tem idênticas virtudes nas toxinas da *Salmonella typhi*.

Mas em 5 ou 6 dias de tratamento a grande maioria dos nossos doentes estava já em convalescença franca com a língua limpa e tal renascimento do apetite que exigia aumento substancial da dieta, embora o baço continuasse palpável, em todos os casos em que o havia sido desde o início, e persistisse diarreia moderada a atestar que o processo anatómico continuava em evolução.

Apreciação sobre alguns aspectos particulares da fenomenologia

Sempre que existia roséola ao iniciar o tratamento, constatámos a sua rápida dissipação e em nenhum caso nos foi dado observar a sua aparição uma vez ele iniciado. Também não observámos nunca qualquer exantema alérgico.

Sob o aspecto circulatório principalmente sobre a miocardite tífica não vimos, clinicamente, a acção rápida que se observa, por exemplo, nas lesões pulmonares.

Cada vez que se constatava, galope da ponta, ensurdecimento dos

tons cardíacos e arritmia, os sinais persistiam teimosamente durante mais de 5 dias após o início da cloromicetina e com eles faleceram duas doentes, uma no 3.º dia (Obs. N.º 9) e outra ao 4.º dia (Obs. N.º 27) quando já estavam apiréticas e sem o quadro habitual do colapso.

Estamos procedendo, por intermédio do nosso colaborador Dr. FERNANDO CAEIRO, à documentação electrocardiográfica deste sombrio aspecto, comparando a evolução de igual número de idênticas formas clínicas, nos doentes tratados pela cloromicetina e pela amida do ácido nicotínico, acerca de cujos benefícios muito se tem escrito nos últimos tempos.

A miocardite tífica é, para a maioria dos autores, uma lesão tóxica e por isso afirmámos, no início, a suspeita de que a cloromicetina não neutraliza as toxinas do bacilo de EBERTH. Outro facto que depõe no mesmo sentido é a parcimónia com que cede ao tratamento a surdez central de origem tífica.

Ainda sob o aspecto circulatório diremos, que em nenhum dos 68 casos tratados nos foi dado observar qualquer tromboflebite embora não possamos atribuir esse facto ao uso do antibiótico.

Na realidade, temos vindo observando, desde há muito, o curioso contraste entre a exígua percentagem dessas complicações nos doentes hospitalizados e a sua relativa frequência nos doentes da clínica particular. Para nós a explicação reside na mobilização forçada e precoce dos doentes hospitalizados a que falta, neste caso benèficamente, a solícita e minuciosa assistência de enfermagem domiciliária que impede quase de modo absoluto a mobilização dos doentes.

Outros aspecto que vale a pena referir é o das complicações pulmonares.

Como é sabido são de enorme frequência, nas formas graves de febre tifóide, as complicações do aparelho respiratório. Entre as formas raras, surge de onde em onde a pneumonia pseudo-lobar, sempre secundária, e que cede brilhantemente aos antibióticos do grupo sulfonamida-penicilina, mas bastante mais frequente é a aparição de múltiplos focos de pneumonite, cuja representação radiográfica é sempre muito escassa, e que resistiam de modo desesperante aos referidos antibióticos.

Desde há muito se sabia que era possível comprovar histologicamente a existência de pneumonites intersticiais, ligadas etiologicamente à própria *Salmonella typhi* e então nada surpreendia a ineficácia dos antibióticos referidos.

Pois bem, a comprovação da rápida eficácia da cloromicetina em dois dos nossos casos com extensos sinais de pneumonite, depois de tra-

tados com altas doses de penicilina sem qualquer benefício, depõe no sentido da especificidade de certo número dessas complicações pulmonares.

Apresentaremos, como exemplo, o caso N.º 2291 do nosso arquivo e o 19.º da série I de doentes tratados com cloromicetina que é, além disso, elucidativo sob múltiplos aspectos (Gráfico I — Figura 7).

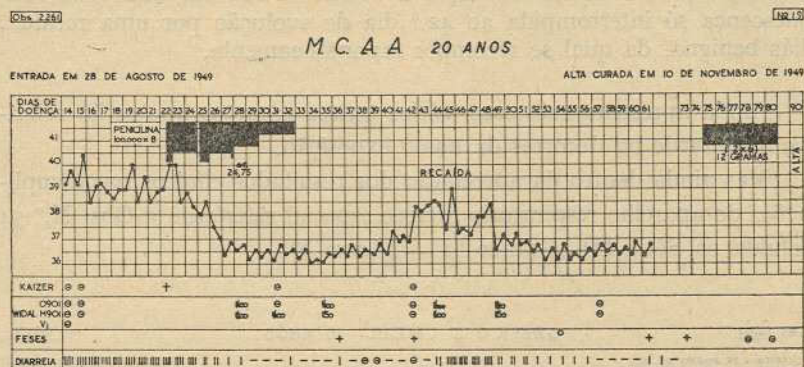


FIGURA 7

Trata-se da doente M. C. A. A., de 20 anos, servicial.

Entra para o nosso serviço em 28 de Agosto último com um estado tífico de moderada gravidade já no 14.º dia de volução. O Kayzer e Widal executados em dois laboratórios diferentes deram resultado negativo.

Entretanto o estado geral foi-se agravando e passados 4 dias apresentou sinais múltiplos de pneumonite focal bilateral que explicavam a intensa dispneia e cianose. Foi instituído tratamento com Penicilina em alta dose (100.000 u. de 3 em 3 horas), cardiotônicos e oxigenoterapia durante 4 dias. Passado este período o estado mantinha-se gravíssimo e estávamos convencidos tratar-se duma tuberculose miliar aguda, mas como a tele-radiografia do tórax, que só então foi possível realizar, mostrasse o esfumado típico das pneumonites e nada que fizesse suspeitar uma granúlia, extraímos sangue para novo Kayzer e entretanto iniciámos a cloromicetina. Quatro dias de penicilina em alta dose foram suficientes para adquirirmos a convicção da sua ineficácia e por isso a suspendemos.

Passaram 48 horas mais e o estado foi por nós considerado desesperado e como não tínhamos base laboratorial para insistir no diagnóstico de febre tifóide e a reserva de Cloromicetina era muito pequena, resolvemos suspender esse tratamento e nessa manhã saímos do Serviço convencidos que a doente ia entrar na agonia.

Mas pela tarde desse mesmo dia, 11 de Setembro, pelas 17 horas foi-nos comunicado telefonicamente o resultado positivo do novo Kayzer e quase nesse mesmo momento a doente retomou a cloromicetina, embora com a maior das dificuldades dada a ausência total da colaboração da doente devido à sua profunda obnubilação ainda agravada pela intensa dispneia.

Indizível satisfação foi a nossa quando na manhã seguinte a doente apresentava sensíveis melhoras, embora ainda com um estado circulatório ameaçador. Uns dias mais e a doente entrou em demorada convalescença só interrompida ao 42.º dia de evolução por uma recaída, aliás benigna, da qual se recompôs espontaneamente.

Ainda apresenta este caso vários outros aspectos que serão referidos mais tarde no decorrer da nossa exposição.

Mas ainda dentro da apreciação dos resultados clínicos nas complicações do aparelho respiratório merece especial referência a Obs. N.º 54 incluída na Série III (Gráfico II — Figura 8).

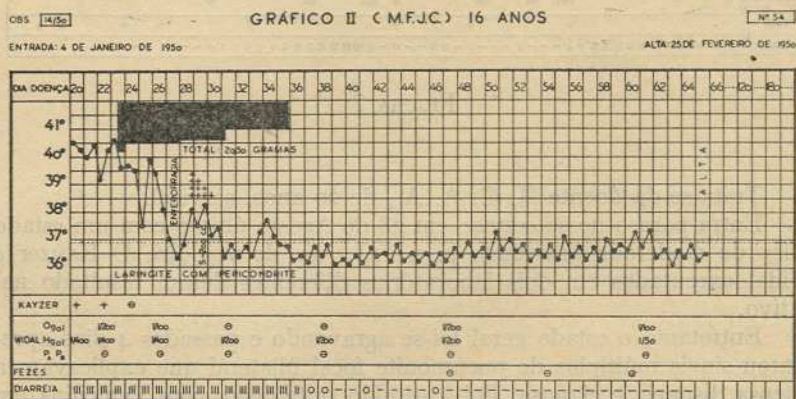


FIGURA 8

Trata-se da doente M. F. J. C., de 16 anos, que entrou para o serviço no 20.º dia de evolução num estado tífico gravíssimo. Tinha uma língua de papagaio, hipotensão de 105/60, taquicárdia intensa (120/135), esplenomegalia de 2 dedos. Estava profundamente obnubilada e tinha frequentes crises de excitação psico-motora de base alucinatória com todas as características da psicose exógena.

Mas além de tudo, estava totalmente afônica e polipneica. A palpação da laringe despertava intensa reacção de defesa apesar do intenso torpor da doente. A auscultação do tórax nada revelou, além dos habituais sinais de bronquite.

Foi requisitada a urgente comparência do oto-rino-laringologista e entretanto iniciou a cloromicetina logo que foi conhecido o resultado da hemocultura. O estado manteve-se grave durante mais 3 dias ao fim dos quais iniciou uma série de abundantes enterorragias que foram compensadas com várias transfusões.

Só ao fim de 15 dias de tratamento quando já estava francamente melhor, embora ainda totalmente afônica, foi possível o exame laringológico que revelou: «Cordas vocais vermelhas movendo-se bem. Aritnoideas congestionadas. Epiglote pálida, com ulcerações no bordo livre. Laringe com ulcerações dispersas — (a) *Silva Alves*».

Entretanto a doente foi-se recompondo muito lentamente do estado geral mas manteve-se afônica durante 25 dias. Teve alta curada aos 75 dias de evolução.

É indubitável que se tratou dum caso com laringite e pericondite tíficas, isto é duma das mais graves complicações da febre tifóide, que até agora era pronúncio ou de evolução mortal ou duma localização que deixava, frequentes vezes, indeléveis deficiências funcionais.

Pelo que diz respeito ao *aparelho digestivo*, diremos que é quase constante a rápida diminuição do meteorismo intestinal nos doentes tratados, importante benefício se recordarmos que o meteorismo é coresponsável no desencadeamento das perfurações, quando a necrose das placas de PEYER atinge grande parte da espessura da parede intestinal.

Por outro lado, temos observado, com enorme frequência, mas sòmente nos doentes tratados nos últimos dois meses, vômitos incoercíveis e diarreias profusas, que persistem vários dias, mesmo depois da forçada suspensão do antibiótico.

Tão ligados à administração do medicamento estão esses desagradáveis efeitos secundários e tão grande é a disparidade, sob este aspecto, com as nossas observações dos primeiros meses, que não podemos deixar de os atribuir à substituição, feita pela casa produtora, da cloromicetina extraída do *Streptomyces venezuelae*, pelo cloroanfenicol sintético.

Temos tentado corrigir esses prejudiciais efeitos acessórios, pela administração de hidrato de alumínio coloidal, mas os resultados não são tão aparentes como os que se obtêm, em idênticas condições, nos doentes tratados com aureomicina.

Consultámos o fabricante sobre a causa desses sintomas e sobre o modo de os corrigir e aguardamos a resposta.

Certo é, que, em grande número de casos, nos foi inteiramente impossível continuar a administração do antibiótico e isso foi, afinal, uma das razões para ensaiarmos o nosso esquema IIv de tratamento.

Mas ainda sobre as complicações do aparelho digestivo diremos umas palavras acerca das enterorragias e da perfuração intestinal.

A percentagem global de enterorragias nos casos tratados não chegou até agora aos 10 %, portanto perfeitamente sobreponível com os mais baixos números classicamente apresentados. Foi contudo singular, a coincidência de que em todos os nossos casos (Obs.: 14, 34, 38, 40, 54, 58 e 59) de enterorragia, algumas delas gravíssimas, se manifestaram em pleno fastígio mórbido, entre o 2.º e o 3.º dia de tratamento e ainda com dieta apertada.

Não seguimos nesses casos a crase sanguínea porque o perigo de morte exigiu imediata administração de coagulantes e repetidas transfusões, de sangue e plasma, que privavam os resultados laboratoriais de qualquer valor significativo.

Clínicamente nunca nos pudemos convencer que o antibiótico fosse responsável por essas complicações e isso por dois motivos: primeiro pela observação de vários casos (Obs.: 30, 48 e 55) que iniciaram cloromicetina depois de ter tido várias enterorragias e que, sem quaisquer precauções terapêuticas, não voltaram a repetir-se e, depois, porque nos doentes em tratamento com o antibiótico, quando surgiu essa complicação, nem por isso o suspendemos e as enterorragias acabaram por desaparecer.

Para podermos apreciar seguramente este aspecto do problema, falta-nos experiência mais larga e dados laboratoriais seguros sobre a influência da cloromicetina na crase sanguínea, pois os dados, até agora obtidos, estão dentro dos limites normais. Da bibliografia só temos conhecimento do trabalho de Macht e Forkas em 1949 em que afirma ter encontrado um aumento de coagulabilidade sanguínea chegando a propor o emprego de anticoagulantes para evitar a formação de trombozes.

Mais ainda a propósito das enterorragias desejamos chamar a atenção para um importantíssimo aspecto clínico que nos surgiu durante as Obs. N.º 38 e 53.

Como paradigma desse problema apresentaremos sucintamente a Obs. 53 — Série IIv (Gráfico III — Figura 9).

Trata-se da doente G. J. L., de 33 anos, trabalhadora rural.

Entra para o Serviço no 9.º dia de volução com um quadro típico e severo.

Iniciou a cloromicetina ao 14.º dia de evolução e ao 3.º dia de tratamento estava apirética, mas começou com tais fenómenos de intolerância gástrica que dificilmente levámos a cura até ao 5.º dia, data em que fomos obrigados a interromper o cloroanfenicol.

ENTRADA 29 DE DEZEMBRO DE 1949

ALTA 23 DE FEVEREIRO DE 1950

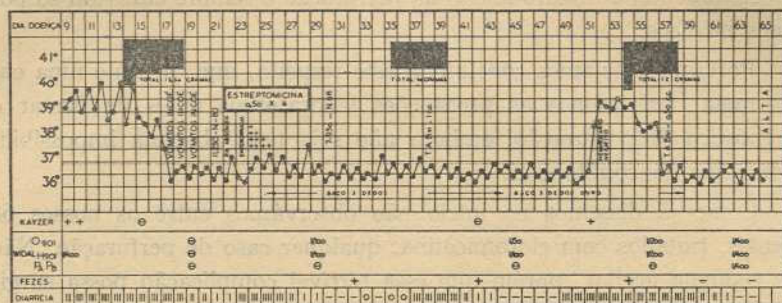


FIGURA 9

Quatro dias depois surge-nos bruscamente com intensas dores no ventre, facies peritoneal e acentuadas manifestações de colapso. Com a suspeita de perfuração intestinal requisitamos imediata execução duma radiografia simples do ventre e dum hemograma. A primeira além de acentuado meteorismo nada revelou que confirmasse o diagnóstico de perfuração mas o segundo deu os seguintes dados: Leucocitos 11.250 e 83 neutrófilos. Se o dado radiográfico depunha contra o diagnóstico de perfuração intestinal a informação laboratorial deixou-nos sérias dúvidas, pois a hiperleucocitose e neutrofilia moderadas, tanto podia corresponder a uma peritonite que se iniciava, como à reacção provocada por uma enterorragia que ainda não estava patente.

Apoiados na evolução de certo número de casos semelhantes, de que tínhamos tido conhecimento, e em que foi feita injustificadamente a laparotomia que nada revelou de anormal, encorajados pelo péssimo estado geral da doente que não suportaria a operação, decidimos não sujeitar a doente à intervenção operatória e aguardarmos os acontecimentos, recorrendo ao tratamento habitual do colapso post-hemorrágico, a que associamos a estreptomicina $0,50 \times 4$, diariamente, com o intuito de obviar os inconvenientes duma possível perfuração.

Realmente nessa noite a doente teve uma abundante enterorragia que se repetiu ainda vários dias seguidos, mas à verdade é que continuou durante mais 5 dias com intensa dor à palpação em todo o flanco direito, embora sem defesa muscular, que aliás costuma ser discreta na maioria das perfurações tíficas. Manteve-se a estreptomicina 7 dias e entretanto o estado foi melhorando progressivamente.

Queremos crer que a doente não tivesse tido qualquer perfuração mas o que desejamos salientar é o frequente embaraço na sua identificação precoce.

Observámos, várias vezes, enterorragias que semelhavam, mesmo objectivamente, o quadro inicial da perfuração e sempre curavam só por meios médicos.

Portanto desejamos concluir, a este respeito, que, perante uma enterorragia, redobramos as precauções laboratoriais antes de firmar o diagnóstico de perfuração, embora não seja uma absoluta impossibilidade a sua concomitância.

Como já dissemos no início não observámos entre os nossos 68 doentes, tratados com cloromicetina, qualquer caso de perfuração. Não nos repugna aceitar, porém que essa terrível complicação possa surgir em doentes já em tratamento adiantado, ou mesmo já na convalescença, pelas razões anatómicas já citadas.

Sobre as *complicações nervosas* diremos que apesar da grande maioria das nossas doentes apresentarem sinais intensíssimos de compromisso do sistema nervoso, tais como, obnubilação que chegava por vezes ao profundo estupor, excitação motora que ia do tremor fino vibratório das extremidades, até aos movimentos carfológicos, excitação psíquica que umas vezes era de tipo onírico e outras tomava o aspecto de intensas crises delirantes de base alucinatória, em nenhum dos casos observamos qualquer sinal focal de encefalite tífica. Os sintomas referidos, de patogenia tóxica, foram cedendo sempre de maneira parcimoniosa até desaparecerem por completo muitos dias após a suspensão da cloromicetina.

Inclui ainda a nossa série de doentes dois casos (Obs.: 25 e 61) cujo diagnóstico de admissão foi o de meningite, tal a intensidade do síndrome meníngeo, mas em que a análise do liquor foi normal, de molde a não podermos usar a denominação de meningotifo. Em ambos os casos toda a sintomatologia meníngea cedeu rapidamente ao tratamento.

E para terminarmos este rápido esboço sobre os resultados clínicos do emprego do cloranfenicol diremos algumas palavras sobre a sua acção no único caso de osteoperiostite tífica (Obs. N.º 16) por nós tratado.

Trata-se da doente I. V. D., de 28 anos, doméstica, que refere ter tido 6 meses antes uma F. T. grave.

Apresentava à observação uma osteo-periostite diafisária de ambas as tíbias, confirmada radiològicamente.

Executámos a punção de um dos focos em via de amolecimento para exame cultural do pús, que revelou a presença de *salmonella typhi*.

Fez o esquema I de tratamento mas, embora se notassem melhoras subjectivas, novo exame radiográfico passado um mês revelou a existência do mesmo espessamento periosteal nos dois focos diafisários com idêntica osteólise central.

Como era de esperar da experiência dos antibióticos na osteomielite crônica, também a cloromicetina não trouxe qualquer benefício nesta osteomielite crônica tífica.

Recaídas

Vejamos agora um dos aspectos clínicos mais importantes e o que levanta maior número de problemas — as recaídas.

Começaremos por apresentar o quadro-resumo das 29 observações da nossa Série I (Gráfico IV — Figura 10).

Por ele se verificam vários aspectos de alto interesse:

- 1) Que a percentagem de recaídas é nessa série de 55, 2 %;
- 2) Que todas as recaídas surgiram depois de 10 dias da suspensão do cloranfenicol;
- 3) Que as recaídas incidiram em todas as idades;
- 4) Que as recaídas surgiram indiferentemente do período de evolução em que se iniciou o tratamento;
- 5) Que em 5 desses casos a sintomatologia ressurgiu de tal maneira ameaçadora que empregámos de novo o antibiótico, sempre com o mesmo resultado espectacular.

Parece-nos indispensável comentar, com algum detalhe, cada um destes aspectos parciais.

É do conhecimento geral a relativa frequência das recaídas nos doentes de febre tifóide, mas em nenhuma estatística a percentagem excede 10 %, daí a necessidade de tentar explicar essa enorme frequência de 55 %.

A interpretação biológica da recaída não pode deixar de ser senão a insuficiente imunidade adquirida após o primeiro ciclo mórbido da doença. Se a recaída é mais frequente nos doentes tratados com cloromicetina, pareceu-nos legítimo pensar, que o antibiótico inibia, de alguma maneira, os mecanismos de imunidade.

Não pode ser nossa intenção abordar, neste momento, o complexo e ainda muito obscuro problema da imunidade na febre tifóide.

Diremos, simplesmente, que os anticorpos humorais conhecidos (aglutininas, opsoninas, etc.) e bacteriófagos não são suficientes para explicar a essência da imunidade e constituem simples aspectos parciais e nem sequer proporcionais, do aspecto total. Assim um enorme aumento dos anticorpos humorais específicos, traduzidos por um título alto de aglutinação, pode existir já na fase aguda da doença e nem por isso alguns doentes deixam de recair com terminus letal. Não há dúvida, portanto, que a presença dos anticorpos conhecidos não é o único, nem talvez o mais importante, factor da cura.

Modernamente insiste-se cada vez mais na importância decisiva dos factores teciduais, isto é, da capacidade de destruição das bactérias, adquirida pelas células fixas fagocitárias, sobretudo do sistema retículo-endotelial.

Vejamos agora qual a nossa hipótese de trabalho para explicar a estranha coincidência de a recaída só aparecer após 10 dias da suspensão da cloromicetina.

Dos trabalhos experimentais até agora publicados ressalta a opinião unânime de que o cloroanfenicol tem simplesmente uma acção bacteriostática sobre a *salmonella typhi* e quanto à acção bacteriolítica nada se provou (in vitro).

Mas no decurso das nossas observações verificámos sistematicamente o resultado negativo de todas hemoculturas a partir de 24 horas do início do tratamento e se esse facto não é de forma alguma demonstrativo de bactericidia, verdade é, que não conseguimos afastar a interpretação de que o agente mórbido é rapidamente destruído no sangue e fica ainda acantonado, e de certo modo protegido durante algum tempo, nas células do sistema retículo-endotelial.

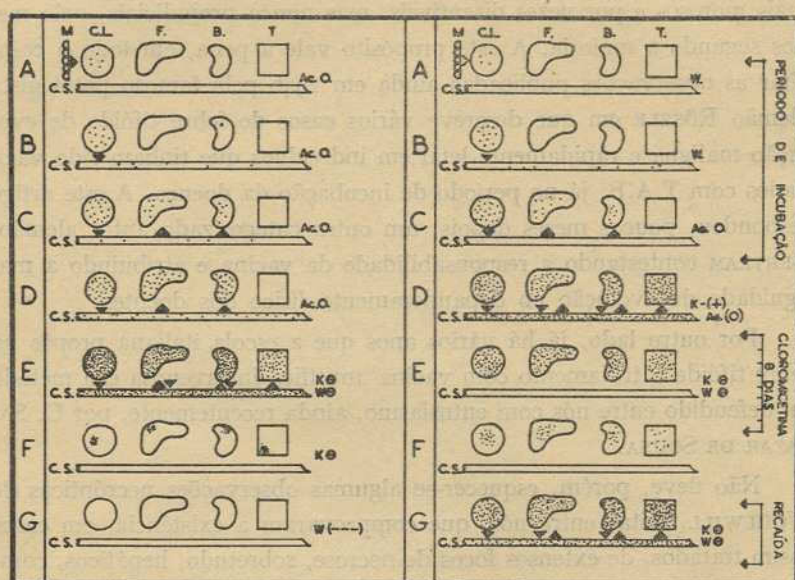
Se o tratamento se prolonga mais de 12 dias o agente mórbido é definitivamente dominado, mas se é demasiado curto, o doente fica em condições idênticas às do início da incubação e daí a razão porque a recaída exige um intervalo superior a 10 dias. A hipótese está figurada no esquema V adaptado da obra de TOPLEY e WILSON (Figura 11).

Verdadeira ou não a nossa interpretação dos factos observados, certo é, que interpretamos a recaída com motivada por deficiente formação dos mecanismos de imunidade, resultante de deficit de antigénio.

Por esse motivo passámos a executar a injeção I c.c. de vacina profiláctica T.A.B.vi logo no 2.º dia da apirexia.

Sob o aspecto teórico esta inoculação da vacina é digna de alguns reparos.

ESQUEMA V



(ADAPTAÇÃO DE TOPLEY E WILSON)

LEGENDA

- | | |
|-------------------------|---|
| M - SUPERFÍCIE MUCOSA | C.S. - CORRENTE SANGÜÍNEA |
| CL - CÂNCIOS LINFÁTICOS | Ac.O - AUSÊNCIA DE ANTICORPOS CIRCULANTES |
| F - FÍGADO | K - KAYZER |
| B - BAÇO | W - WIDAL |
| T - OUTROS TECIDOS | |

FIGURA 11

Logo após o advento da vacinação profiláctica, em múltiplas doenças, surgiram vozes autorizadas de múltiplos investigadores a avisar dos perigos da vacina quando inoculada no período de incubação da doença em que se dizia existir uma fase negativa, durante a qual não só não era possível prevenir a doença mas, pelo contrário, se agravava enormemente a evolução da mesma.

Nenhum conceito tem sido posteriormente mais combatido mas, apesar disso, continua perniciosamente fixado na mentalidade dos clínicos.

Dizemos perniciosamente, porque constitui o grande argumento para se cruzarem os braços, tanto perante a ameaça da difusão epidêmica de varíola, onde a vacinação na primeira semana de incubação

é absolutamente eficaz como no desenrolar duma campanha de vacinação antitífica ou antidiftérica, onde os resultados são realmente muito mais morosos e por vezes discutíveis, mas nunca prejudiciais, pelo menos segundo a maioria. A este propósito vale a pena, em todo o caso, citar as observações publicadas ainda em 1946 pelo famoso patologista alemão RÖSSLE em que descreve vários casos de febre tifóide de evolução maligna e rapidamente letal em indivíduos que tinham sido vacinados com T.A.B. já no período de incubação da doença. A este artigo respondeu, poucos meses depois, um outro categorizado autor alemão, BERTRAM contestando a responsabilidade da vacina e atribuindo a malignidade da evolução ao depauperamento físico dos doentes.

Por outro lado, já há vários anos que a escola italiana propôs na febre tifóide o tratamento com vacina antitífica intravenosa e o método foi defendido entre nós com entusiasmo, ainda recentemente, por C. SALAZAR DE SOUSA.

Não deve, porém, esquecer-se algumas observações necrópticas de WOHLWILL, feitas entre nós, que comprovaram a existência, em casos assim tratados, de extensos focos de necrose, sobretudo, hepáticos, completamente estranhos ao quadro histopatológico habitual da doença e que recordam as citadas observações de RÖSSLE. Por todas essas razões compreende-se a especial vigilância que nos tem merecido os casos injectados com vacina T.A.B. vi quando a evolução da doença ainda mal tem sido dominada pelo emprego do cloroanfenicol.

Era, não há dúvida, excelente a oportunidade para podermos avaliar pessoalmente a existência da tão discutida fase negativa.

O estudo deste importante pormenor, ainda em curso, foi por nós abordado sob dois aspectos:

- 1) Influência da vacina sobre a curva de formação de anticorpos específicos;
- 2) Rígida observação clínica e tanto quanto possível laboratorial, da repercussão da vacina sobre o organismo infectado com o bacilo tífico, mencionadamente sobre as provas de função hepática (HANGER, etc.) visto as lesões anatómicas incidirem, como dissemos, sobre o parenquima hepático, posto que no nosso caso não se tratasse de inoculação intravenosa, susceptível de encerrar essas lesões como consequência dum fenómeno de SCHWARTZ-MANN.

SERIE-I

DOENTES TRATADOS COM CLOROMICETINA DURANTE 8 DIAS

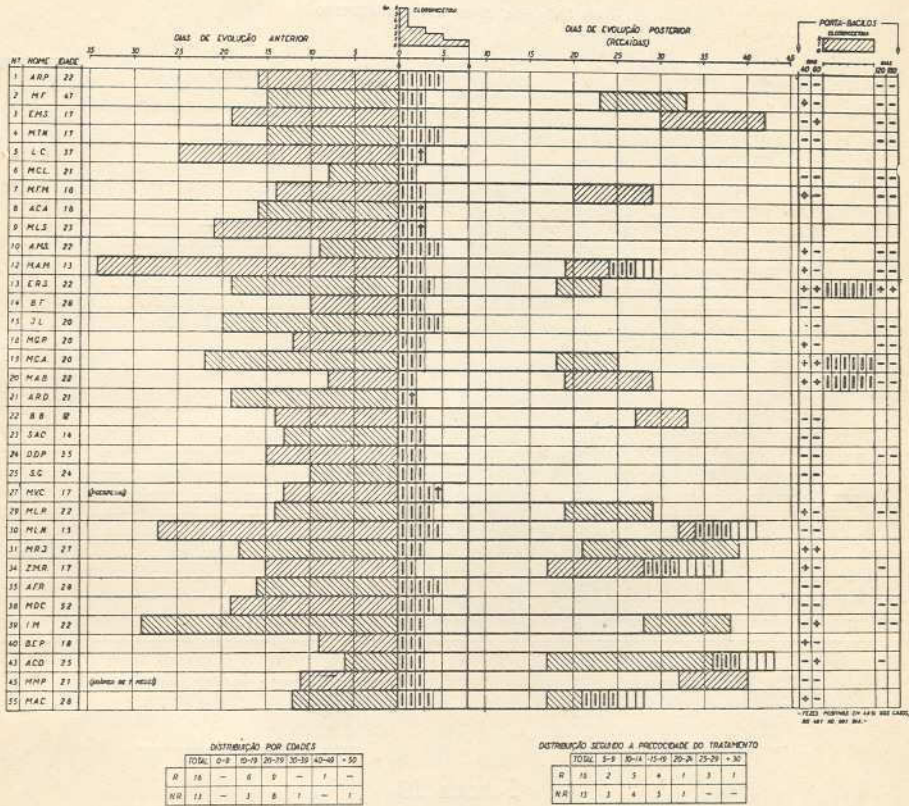


FIGURA 10

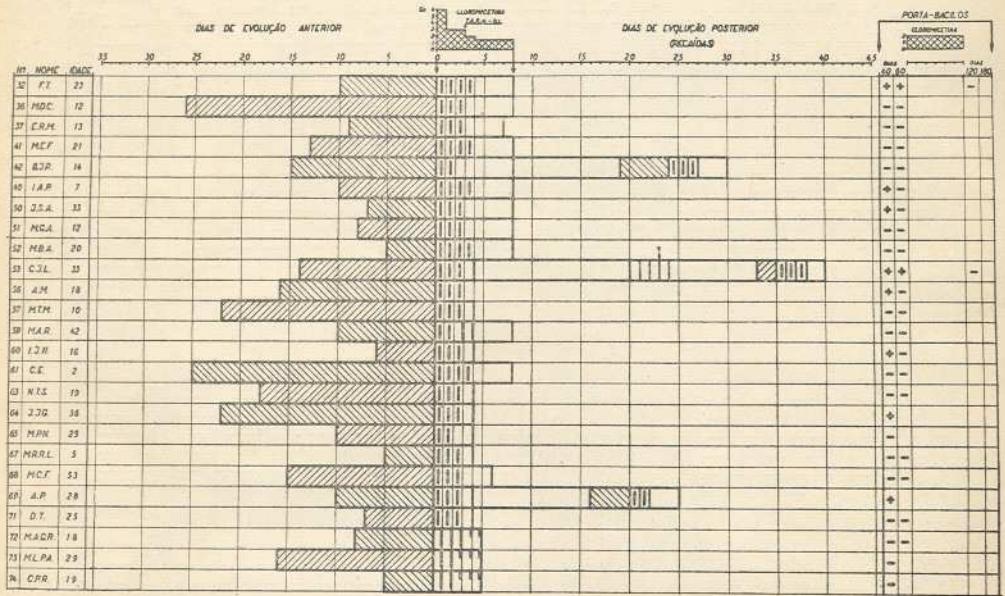
Traços oblíquos — febre
 Traços verticais finos — febre durante o tratamento com cloromicetina
 Traços verticais grossos — tratamento dos porta-bacilos com cloromicetina

SERIE - IIv

DOENTES TRATADOS COM CLOROMICETINA DURANTE 4 A 8 DIAS

5

VACINA TAB. VI - Icc AO 4º DIA DO TRATAMENTO



DISTRIBUIÇÃO POR IDADES						
TOTAL	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	
R	3	-	1	1	1	-
NR	22	3	9	6	2	1

DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO A PRECOCIDADE DO TRATAMENTO						
TOTAL	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	
R	1	-	2	1	-	-
NR	22	10	6	3	1	2

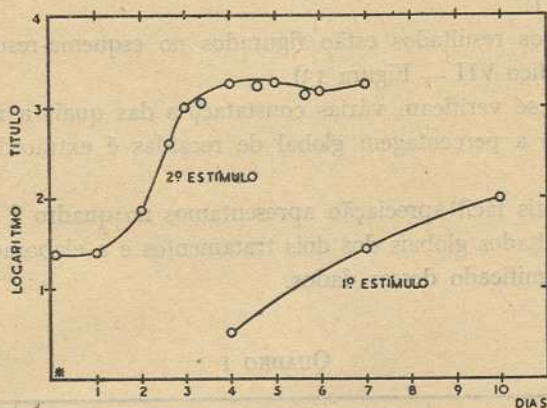
FIGURA 13

Traços oblíquos — febre

Traços verticais — febre durante o tratamento com cloromicetina

Para esclarecer o primeiro aspecto partimos dos conhecimentos clássicos acerca da habitual curva de formação de anticorpos, quando se ino-
cula periodicamente um animal com o mesmo antigénio, e que é a seguinte (Gráfico VI — Figura 12).

GRÁFICO VI



CURVAS MOSTRANDO OS TÍTULOS DE ANTICORPOS DEPOIS DO 1º E 2º ESTÍMULOS (SEGUNDO BURNET)
* — DIA DA INOCULAÇÃO

FIGURA 12

Aplicando esses dados, às condições do nosso trabalho e considerando o 1.º estímulo a infecção tífica interrompida pela cloromicetina, a injeção de vacina T.A.B. deve considerar-se como II estímulo. Se assim é e se o doente está em plena capacidade reaccional, o título de aglutininas específicas deve subir rapidamente.

A prova será pois tanto mais demonstrativa quanto é certo, que nos doentes tratados precocemente com cloromicetina a sero-aglutinação do Widal mantém-se frequentemente negativa durante toda a evolução da doença.

De facto verificámos, quase constantemente, uma rápida subida do título de aglutinação após a administração de vacina o que nos leva a contestar sob esse aspecto, a existência da fase negativa.

Pelo que diz respeito às repercussões gerais da vacina, sobre o organismo doente, diremos que, nem clínica, nem laboratorialmente observámos quaisquer sinais que denunciassem o mais ligeiro prejuízo orgânico.

O único facto constatado, em cerca de metade dos casos, foi uma subida fugaz da temperatura no próprio dia da inoculação.

Constatados esses factos nos primeiros doentes tratados com associação da vacina, seguros de que não adviriam, por isso, prejuízos dos doentes, e convencidos de que poderíamos evitar ou fazer rerrar as recaídas, decidimos continuar esse esquema de tratamento, até obtermos uma série de doentes tratados, comparável, tanto quanto possível, com a Série I.

Os nossos resultados estão figurados no esquema-resumo da Série IIv (Gráfico VII — Figura 13).

Por ele se verificam várias constatações das quais a mais importante é, que a percentagem global de recaídas é extraordinariamente menor.

Para mais fácil apreciação apresentamos no quadro I a comparação dos resultados globais dos dois tratamentos e a elaboração bioestatística do significado desses dados.

QUADRO I

ESQUEMA DE TRATAMENTO	TOTAL	RECAÍDAS		%
		Sím	Não	
Esquema-I	29	16	13	55,17
Esquema-IIv	25	3	22	12
Total	54	19	35	35,18

$$\chi^2 = 7,02; P_0 < 0,01$$

Parece assim indiscutível o significado das diferenças encontradas, em relação à maior ou menor incidência das recaídas, nos dois métodos de tratamento I e IIv.

Apesar disso, podem opor-se algumas objecções em relação à comparabilidade dos dois grupos e as principais são:

- 1) Sua composição em relação à idade.
- 2) Sua distribuição em relação à maior ou menor precocidade do tratamento.

Em relação à idade podemos verificar nos gráficos IV e VII a sua absoluta comparabilidade.

Vejamos o segundo aspecto.

«À priori» é de suspeitar que o contacto mais ou menos prolongado com o agente antigénico, isto é, a interrupção menos ou mais precoce do quadro mórbido pela acção do antibiótico, possa introduzir notáveis diferenças em relação à propensão à recaída. Para tentarmos esclarecer essa importante dúvida elaborámos o quadro II.

QUADRO II

DIAS DE EVOLUÇÃO ANTES DO TRATAMENTO	SÉRIE I			SÉRIE IIv		
	N.º Casos	N.º Recaídas	%	N.º Casos	N.º Recaídas	%
5-9	5	2	40	10	—	0
10-14	9	5	55,5	7	2	28,5
15-19	10	5	50	4	1	25
20-24	2	1	50	3	—	0
25-29	2	2	100	1	—	0
+ 30	1	1	100	—	—	—
Total	29	16	55,17	25	3	12

Por ele se verifica que dada a exiguidade dos números, em cada grupo, não é possível tirar quaisquer conclusões de significado bio-estatístico.

Podemos contudo afirmar, que, nas nossas pequenas séries, existiu sensível propensão para a recaída à medida que o tratamento se iniciou mais tardiamente, facto de certo modo incompreensível sob o aspecto imunológico, pois trata-se de doentes com maior contacto anterior com o agente antigénico e em que pareceria natural, que os mecanismos imunitários devessem estar mais adiantados e, portanto, com menor tendência à recaída.

Outro importante facto verificado no gráfico VII é que o encurtamento do tratamento para 5 dias não favoreceu a recaída. Tão impor-

tante é esta constatação sob o aspecto social e principalmente económico que, só por si, impõe a aquisição de maior experiência no sentido do seu esclarecimento.

E para terminarmos os nossos comentários sobre as observações colhidas, desejamos ainda chamar a atenção para um outro aspecto de notável interesse teórico e prático. Por várias vezes tivemos de administrar a cloromicetina por sonda nasal, tal o estado de estupor em que as doentes se encontravam, mas frequentes vezes foi impossível manter a sonda permanentemente de forma a executar a administração periódica prescrita, porque durante os períodos de excitação as doentes a retiravam. Decidimos então fazer nesses casos, em dose única, a administração da dose total diária até que a doente pudesse deglutir as cápsulas. A verdade é que a regressão dos sintomas clínicos foi inteiramente sobreponível à das outras doentes com a administração periódica do antibiótico. Foi o que se deu nas Obs. 58, 59, 72, 73 e 74.

Apresentamos como paradigma um dos casos mais graves o N.º 73. (Gráfico VIII — Figura 14).

Trata-se da doente M. L. P. A., de 29 anos.

Entra para o Serviço com um quadro tífico gravíssimo no 16.º dia de evolução.

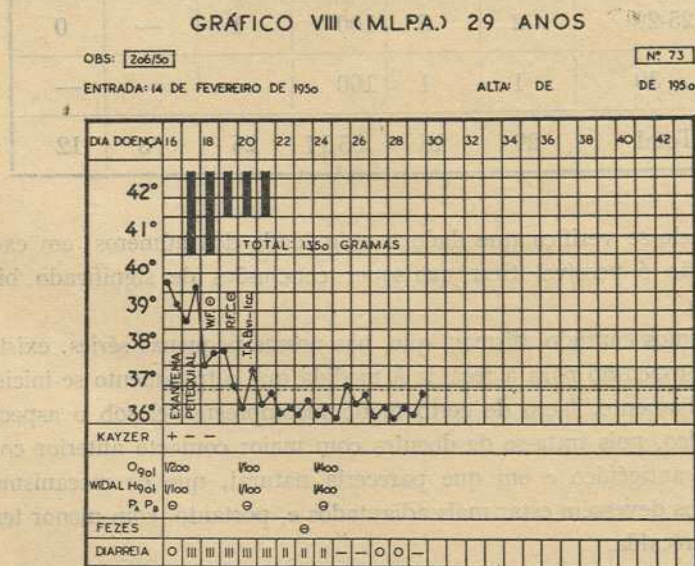


FIGURA 14

Apresentava-se profundamente obnubilada, pulso de 130/140 sem recorrência, tensão arterial 105/60 (Riva Rocci), língua seca, lábios fuliginosos.

No tronco e nos segmentos proximais dos membros, observava-se um exantema maculoso bastante confluyente de distribuição marcadamente centrípeta e com transformação petequial da maioria dos seus elementos mas sem mais nenhum sintoma de diatese hemorrágica. Notava-se, apesar da profunda obnubilção, intensa hiperestesia cutânea e muscular e o baço palpava-se dois dedos abaixo do rebordo costal. O exame sumário do sistema nervoso foi negativo.

A nossa primeira impressão foi que se tratava dum tifo exantemático ou, menos provavelmente, duma forma particularmente grave de febre tifóide e entretanto iniciámos o tratamento, por sonda nasal, com a administração duma dose única do conteúdo de 3 gramas (12 cápsulas) de cloromicetina, corticoesterona 5 miligramas de 6 em 6 horas e soro fisiológico em alta dose.

Passou todo o dia profundamente estuporosa e de noite apresentou frequentes crises de intensa excitação psico-motora com delírio onírico.

Na manhã seguinte o estado era sensivelmente o da véspera, só a tensão arterial havia baixado para 100/55. O laboratório informou: Weil-Felix negativo; R.F.C. para os tifos histórico e murino negativas; 5.200 leucocitos com 35 linocitos: Widal positivo a 1/200 para o Ogo1 e igualmente para o Hgo1. Administrámos então e ainda duma só vez, por sonda nasal, 3 gramas de cloromicetina, que voltámos a repetir no dia seguinte já com a informação de que o Kayzer era positivo e se tinha isolado uma estirpe de *salmonella typhi* do tipo V. Nese terceiro dia já a doente apresentava sensíveis melhoras; a temperatura desceu ao normal em crise rápida, sem qualquer repercussão circulatória e com sudção abundante, mas manifestava ainda múltiplos sinais psicóticos de base alucinatória.

Ao 4.º dia já com 24 horas de apirexia deglutiui 6 cápsulas de cloromicetina duma só vez e injectámos 1 c.c. de vacina T.A.B.vi.

Ao 5.º dia as melhoras acentuaram-se e tomou a última dose de 6 cápsulas duma só vez.

A convalescência tem sido especialmente morosa e a alimentação dificultada pela existência de intensa estomatite, desagradável efeito secundário, que temos registado com especial frequência, depois que empregámos o cloroanfenicol sintético e que parece nada beneficiar da administração de complexo B parenteral.

A doente continua ainda no Serviço, embora em convalescência adiantada.

De modo que, em presença da impossibilidade de deglutição voluntária das cápsulas, administraremos o conteúdo da dose total diária duma só vez, por sonda nasal e já não nos preocuparemos, nesses casos

desesperados, com a tradicional manutenção dum nível constante do antibiótico no sangue.

Esta atitude terapêutica tem, à face das modernas aquisições sobre a acção dos antibióticos, absoluta justificação e na patologia experimental segura confirmação.

É hoje opinião quase unânime, que se tem exagerado a importância da manutenção do teor constante o antibiótico no sangue, como condição de eficácia do tratamento.

Na realidade, se a condição imprescindível de eficácia do antibiótico é a existência de pleno metabolismo activo de crescimento da bactéria, compreende-se que a sua maior acção se exerça quando administrado sob a forma de «shocks» periódicos, num ritmo adaptado ao ciclo de crescimento dessa bactéria. Se a administração do antibiótico é feita de forma a obter-se uma taxa constante no sangue, a bactéria será inibida no seu desenvolvimento, mas então, por esse mesmo facto, aquele deixa de ter função activa e a liquidação final da infecção competirá às defesas orgânicas. Até então, as bactérias ficariam como que entorpecidas e neste facto residiria, para muitos investigadores, a explicação basilar não só da futura resistência aos antibióticos como das recidivas.

O problema longe de estar solucionado continua a ser largamente debatido na hora actual.

Por outro lado, em patologia experimental a administração da cloromicetina faz-se correntemente em dose única, diária, e nem por isso resulta menos activa, conforme nós próprios verificámos em murganhos infectados com *salmonella typhi murium*.

Parece-nos portanto aceitável, pelo menos nos casos em que se tenha de usar a sonda nasal, a administração da cloromicetina uma só vez diariamente.

Vejamos agora, sumariamente, o que se passou com os doentes da nossa Série III.

Inclui este agrupamento somente 7 doentes e entre eles 4 da clínica particular, que não puderam ser seguidos laboratorialmente de forma satisfatória.

Todos fizeram tratamento de 12 a 14 dias e nenhum recaiu, o que confirma a afirmação feita recentemente por SMADEL.

Para o nosso estudo este esquema de tratamento tem o particular interesse de permitir, como dissemos, averiguar melhor a inibição dos mecanismos imunitários, de que vimos suspeitando, e por outro lado seguir em melhores condições, a influência do antibiótico sobre a crase

sanguínea. Trata-se, porém, dum esquema de tratamento extraordinariamente dispendioso pois exige cerca de 32 a 36 gramas de cloromicetina e por isso o empregámos, até agora, unicamente em 3 casos hospitalares, dois dos quais por exigência vital (Obs.: 26, uma doente de 84 anos, e Obs.: 54, a que já fizemos referência, por localização laríngea). O terceiro (Obs.: 44) é o único desta Série tratado ao 5.º dia de doença e foi diagnosticado precocemente por se tratar dum caso secundário, num domicílio onde existia um doente de febre tifóide já confirmada.

O Widal manteve-se sempre negativo, assim como as múltiplas pesquisas nas fezes e os testes de protecção nos ratinhos serão apreciados, juntamente com outros em igualdade de condições, quando tratarmos dos dados laboratoriais.

É evidente a nossa falta de experiência sobre os resultados imunológicos tardios, nos doentes tratados precocemente, durante 14 dias e não sabemos se a poderemos aumentar, dentro de curto prazo, pois as nossas disponibilidades de cloromicetina tendem, infelizmente, a extinguir-se.

Mas, dos dados provisórios ao nosso dispor, ressalta a séria suspeita de que a medicação completa e precoce não deixa criar imunidade perdurável tal como acontece nos não tratados. Se assim é, os doentes ficarão desprotegidos perante novas reinfecções e, como muitos deles voltam para meios infectados, iremos assistir, ao facto até agora raro, de um indivíduo contrair nova febre tifóide passado curto espaço de tempo, já quando não é plausível admitir a hipótese de recaída. Para averiguar o fundamento desta profecia, estamos tratando de seguir, periódicamente, por intermédio das visitadoras sanitárias do nosso Serviço de Profilaxia de doenças contagiosas da Delegação de Saúde de Lisboa, todos os casos notificados pelos clínicos que tenham sido tratados com cloromicetina.

Já temos conhecimento de dois casos em que o quadro tífico ressurgiu, com idênticas características, passados 2 e 3 meses, respectivamente, do 1.º ciclo tífico. Não podemos garantir que nestes casos se trate de reinfecções e portanto a dúvida fica em aberto. Mas estamos tratando de arquivar e conservar todas as estirpes de *salmonella typhi* isoladas nos nossos doentes, para na hipótese de surgir novo ciclo tífico tardio, tentarmos averiguar por intermédio dos fagos-Vi se se trata ou não da mesma estirpe.

DADOS ANATOMO-PATOLÓGICOS

Como já dissemos, de entre as doentes por nós tratadas, 62 em que incidiu o nosso estudo, 6 que foram dele excluídas por motivos vários, ainda restam 6 que faleceram entre as 36 e 80 horas após o início da cloromicetina (Obs.: 5, 8, 9, 21, 27 e 47) e que decidimos, talvez um pouco arbitrariamente, excluir da apreciação dos resultados do antibiótico. Dizemos talvez arbitrariamente, porque partimos do facto, repetidas vezes confirmado experimental e clinicamente, de que a cloromicetina é completamente desprovida de acção tóxica, nas doses em que se emprega correntemente e não produz quaisquer fenómenos que possam ser atribuídos a lise bacteriana maciça com os consequentes sinais de libertação brutal de endotoxinas. Mas, entretanto, tivemos conhecimento, por resumida notícia, do debate realizado em 13 de Janeiro último, por MOLLARET, SEDALLIAN e seus colaboradores na Sociedade Médica dos Hospitais de Paris sobre este assunto e em que se atribuiu a morte, entre as 18 horas e o 3.º dia, de alguns casos tratados pela cloromicetina, ao colapso vascular desencadeado exactamente por essa libertação maciça de endotoxinas.

Afirmaremos, a este propósito, que pelo menos 28 dos nossos casos curados eram formas de tal modo graves que muitos deles teriam provavelmente falecido poucos dias depois, se não fora a intervenção do antibiótico.

Tão periclitante era o seu estado que qualquer pequena agressão tóxica adicional teria acarretado, com a maior probabilidade, a morte.

Recusamo-nos por essa e outras razões a admitir a explicação da causa da morte apresentada por esses autores franceses.

Dos nossos 6 casos falecidos, 3 (Obs.: 8, 9 e 27) tiveram exame necróptico, sempre executado pelo Dr. AMILCAR GONÇALVES e desses exames resultaram, como era de esperar, quadro histo-patológicos banais, que nos dispensamos de detalhar.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Da vigilância prolongada, a que procedemos, da eliminação de bacilos típicos nas fezes, em todos os nossos casos, resultou a verificação de que aos 60 dias de evolução a pesquisa era positiva em mais de $\frac{1}{3}$ dos doentes.

Em três desses casos (Obs.: 13, 19 e 20) voltámos a empregar a cloromicetina na dose diária de 8 cápsulas durante 6 dias e em dois deles (Obs.: 19 e 20) não voltou a observar-se, posteriormente em vários exames periódicos, a existência de bacilo tífico nas fezes, embora esse facto não seja demonstrativo da acção do antibiótico. No 3.º caso, porém, continuou a eliminação bacilar que persiste na actualidade embora já decorridos 7 meses após o início da doença.

Pensamos em a readmitir brevemente no Serviço para a sujeitar ao esquema de tratamento actualmente em ensaio nos portadores crónicos e que adiante referiremos.

De 18 casos seguidos na Delegação de Saúde e tratados com cloromicetina, pelos respectivos clínicos assistentes, em 8, persistia a eliminação bacilar pelas fezes ainda ao 40.º dia de evolução.

Assim se obtém, de certo modo, a confirmação bacteriológica de que a cloromicetina administrada tardiamente não consegue fazer abortar as lesões anatomo-patológicas cuja reparação exigirá tempo semelhante ao dos casos não tratados.

Desfavoravelmente impressionados por esses factos, abordamos então o estudo da acção da cloromicetina na solução do grave problema de saúde pública que é o dos portadores crónicos.

Influenciados pelos trabalhos de RUMBALL e MOORE em meados de 1949 em que verificaram a ineficácia da cloromicetina administrada por duas vezes em doses altas e prolongadas, num portador crónico e, por outro lado, a eficácia do tratamento, proposto em 1946 por BIGGER, com a associação em doses altas de Penicilina e Sulfamerazina, embora sem justificação farmacológica plausível, ensaiámos em 3 portadores crónicos a seguinte pauta de tratamento:

- 1) Uma semana seguida com 2 cápsulas de cloromicetina de 4 em 4 horas.
- 2) Concomitantemente 250.000 u. de penicilina de 6 em 6 horas.

Nesses 3 casos, talvez por coincidência feliz, as análises tornaram-se negativas, mas não sabemos se temporariamente e por isso as mantemos sob vigilância no Serviço de Profilaxia da D. S. L.

Este importantíssimo aspecto sanitário continua merecendo toda a nossa atenção e apresentaremos mais tarde, com mais ampla experiência, os resultados definitivos.

ESTUDOS EXPERIMENTAIS

Como é bem conhecido, nenhum dos animais de experiência habitualmente usados nos laboratórios, sofre após a inoculação da *salmonella typhi* um estado mórbido que se assemelhe à febre tifóide humana.

Sòmente com antropóides superiores (RHESUS, etc.) se consegue e nem sempre, provocar uma infecção semelhante. Pena é que a sua aquisição seja incomportável nas nossas condições de trabalho. Seria a única forma de solucionar directamente alguns dos problemas que desejamos esclarecer.

Na sua falta recorreremos a meios indirectos com séries de experiências para cada um dos problemas em estudo.

Dos dados clínicos e laboratoriais sobressaem, como dissemos, três problemas fundamentais:

- I) Ficam ou não imunizados os doentes tratados precoce e largamente com cloromicetina?
- II) Porque motivo o título de aglutininas não sobre nos doentes tratados precocemente?
- III) Qual será o método mais rápido e eficaz de aproveitar os 10 ou mais dias de intervalo entre a suspensão da cloromicetina e a recaída, de forma a evitar esta?

Consideremos cada uma das questões separadamente.

I

Quando se injecta uma dose maciça de bacilos tíficos num murganho este morre em poucas horas, em toxemia profunda. Se se vai diminuindo progressivamente o volume do inóculo atingimos uma dose com a qual o animal já não morre. Utilizando uma estirpe de virulência constante é possível, por múltiplas tentativas determinar para essa estirpe a chamada dose mínima letal (D.M.L.) para os murganhos de igual peso e da mesma raça.

Por outro lado, após minuciosos trabalhos, um grupo de investigadores do «Army Medical School» apresentou, em 1941, as normas de sero-protecção em ratinhos, para a comprovação das vacinas.

Seguindo essas normas, tão rigorosamente quanto nos permitiam as nossas condições de trabalho, tratámos de executar testes de sero-protecção em ratinhos, utilizando soros de convalescentes tratados pre-

cocemente com cloromicetina, outras tantas testemunhas, com soros de convalescentes cuja febre tifóide evoluciona espontaneamente e igual número de ratinhos somente injectados com a D.M.L.

Protocolo dos testes de protecção

(Estirpe usada TY2)

Determinação da D.M.L.:

Os ratinhos brancos que conseguimos difficilmente adquirir eram de proveniência diferente e o seu peso oscilava entre limites intoleráveis em biologia experimental (18 a 32 gramas).

Inoculámos em lotes de 3 animais doses degressivas de TY2 e verificámos que a D.M.L. era de 150.000.000 de bacilos.

Repetimos várias vezes a mesma experiência e obtida a sua constante confirmação, tomámos essa dose com a D.M.L.

Por difficuldades que no momento não pudemos vencer, não fizemos as suspensões dos bacilos tíficos em mucina, mas sim em soro fisiológico como nas experiências de Félix e este foi um dos motivos porque não obtivemos resultados concludentes.

Técnica usada:

Usaram-se lotes de 6 ratinhos para cada doente. A cada lote foi injectado 0,1 c.c. de soro do doente em estudo e uma hora depois a D.M.L. TY2. Em cada experiência tínhamos como controle um lote de 6 ratinhos aos quais injectámos a D.M.L. somente. Os soros dos doentes eram colhidos 15 dias após a apirexia.

Os ratinhos eram examinados 2 vezes ao dia até às 72 horas, depois do que eram abandonados e considerados como resistentes à D.M.L. Os ratinhos mortos, durante este período eram autopsiados e feitas culturas a partir do sangue do coração para o isolamento da *S. typhi*. De todos os ratinhos foi isolada a *S. typhi*. Os ratinhos que receberam só TY2, morreram sempre dentro do período de observação.

Até à presente data só nos foi possível executar 12 testes de protecção:

6 — dois em cada um de 3 doentes tratados com cloromicetina segundo o esquema I: um antes da recaída e outro 15 dias depois dessa recaída com evolução espontânea.

- 3 — em doentes tratados precocemente segundo o esquema III de tratamento.
- 3 — em doentes tratados sem cloromicetina.

Infelizmente os resultados até agora obtidos não são concludentes.

A falta de uniformidade de origem e de peso dos ratinhos empregados, a falta de mucina apropriada, que nos levou a ter de empregar a técnica de FELIX (grande número de bactérias), o reduzido número de testes e de contrôles de doentes não tratados com cloromicetina, por escassez de animais, foram os principais motivos da insegurança desses resultados.

Já de posse dos elementos necessários para execução da técnica do «Army Medical School» estamos tratando de repetir estes testes de sero-protecção, sòmente nos doentes tratados precocemente e durante 14 dias, com cloromicetina, de modo a tentarmos obter resultados concludentes, que serão apresentados oportunamente em 2.^a comunicação, juntamente com os dados experimentais obtidos pelo estudo do problema da imunidade nos ratinhos infectados com *S. typhi murium* e tratados com cloromicetina.

II

Para explicar o compromisso da formação de aglutininas nos doentes tratados com cloromicetina admitimos duas hipóteses de trabalho:

- A) — Bloqueio dos órgãos formadores de anticorpos;
B) — Deficiente estímulo antigénico.

A) — Injectámos 8 coelhos com uma dose de 50.000.000 bacilos vivos da estirpe TY2, por via intravenosa, de 4 em 4 dias (5 estímulos); 4 serviram de testemunhas e os restantes foram tratados com cloromicetina «per os» na dose diária de 50 miligramas por quilograma de peso a partir do 1.^o dia do início das inoculações.

Seguimos as curvas de formação de aglutininas O e H em todos os animais e verificámos a sua completa semelhança (Figura 15).

Pareceu-nos, por isso, poder concluir que a cloromicetina não impede a formação de anticorpos.

B) — Sabe-se que existe para cada bactéria um número, chamado limiar de estímulo antigénico, abaixo do qual não se produz qualquer formação de anticorpos.

GRÁFICO VIII

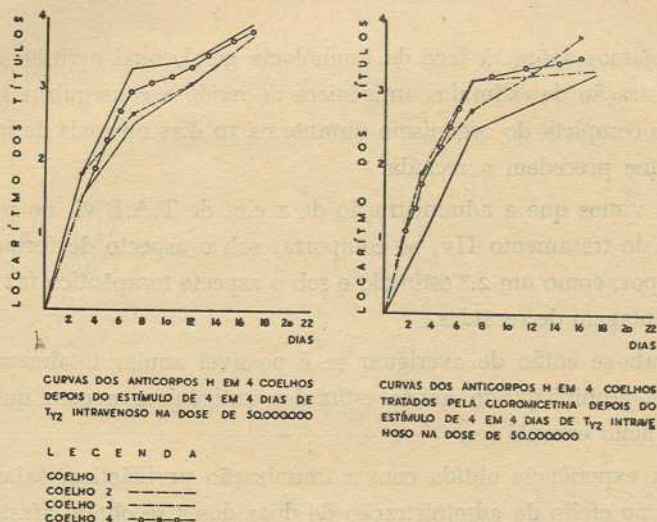


FIGURA 15

Assim para o b. tífico uma dose de 10.000 bacilos, por quilograma de peso, não produz, quando injectada em coelhos, qualquer formação de anticorpos. Se aumentamos a dose 10 vezes obtemos um título médio de 1/330. Acima da dose limiar obtem-se um título de aglutininas que aumenta em proporção aritmética à medida que a dose injectada sobe em proporção geométrica, até se atingir um limite além do qual já não é possível estimular mais a formação de anticorpos, mesmo que se continue a aumentar o volume do inóculo.

Baseados nestes dados experimentais pensámos que a cloromicetina, privando o organismo infectado da maioria dos agentes microbianos, reduz o estímulo antigénico a valores inferiores ao limiar da excitação e, por isso, não se formam anticorpos ou diminui o ritmo da sua formação.

Concluiremos então, provisoriamente, que de facto a cloromicetina interrompe o estímulo antigénico.

Se o doente é tratado precocemente e durante 14 dias, não recai, mas suspeitamos que não fica imune. Se faz um tratamento parcial tem grandes probabilidades de recair passados 10 ou meias dias da suspensão do tratamento.

III

Vejamos agora, à face da imunologia geral, qual o ritmo ideal de administração de estímulos antigénicos de modo a conseguirmos a imunização completa do organismo durante os 10 dias ou mais de intervalo livre, que precedem a recaída.

Já vimos que a administração de 1 c.c. de T.A.B.vi, no nosso esquema de tratamento IIv, se comporta, sob o aspecto de formação de anticorpos, como um 2.º estímulo e sob o aspecto terapêutico faz baixar, a percentagem de recaídas.

Trata-se então de averiguar se é possível anular totalmente essas recaídas administrando novos estímulos antigénicos e com que intervalo é lícito executá-los.

Da experiência obtida com a imunização profiláctica, sabe-se que o máximo efeito da administração de duas doses se obtém afastando-as entre si 3 a 5 semanas.

Mas o nosso problema é exactamente o inverso, isto é, o de obter o máximo efeito imunizante dentro do mais curto prazo de tempo, embora recorrendo a múltiplos estímulos.

Das inoculações periódicas, com intervalos de 4 dias, por nós executadas em coelhos e a que já fizemos referência, resultaram curvas de aglutininas que subiram em escada até ao 4.º estímulo.

Será lícito fazer o mesmo nos doentes?

Eis o principal problema cuja solução estamos tratando de investigar.

Desejamos somente recordar a este respeito, que constituiu norma durante a última guerra, no exército americano, imunizar contra o tétano todos os recrutas e no caso de acidente traumático ocorrido anos depois, limitavam-se a administrar nova dose de vacina, em vez de recorrer ao clássico soro antitetânico. Isto é possível com o tétano, que tem uma incubação mais ou menos larga, mas não podemos esquecer que no nosso caso temos também uma *«espécie de incubação»* de, pelo menos, 10 dias.

MÉTODOS LABORATORIAIS

Determinação da sensibilidade à cloromicetina das estirpes de b. tífico isoladas por hemocultura antes do tratamento e das fezes depois do tratamento

I — MÉTODO

Utilizou-se o método de difusão em placas de gelose-anéis. Fez-se um soluto mãe de cloromicetina em álcool a 10 % na concentração de 2,5 microg./c.c. Deste soluto fizeram-se solutos de concentrações decrescentes.

Verificou-se que a zona de trabalho nas condições em que operávamos estava compreendida entre as concentrações de 0,31 microg./c.c. e 0,035 microg./c.c.

Diâmetro dos anéis empregados — 8 mm.

II — RESULTADOS

Nome	Estirpe N.º	Tempo em relação aos trat.	Diâmetro das zonas de inibição produzidas pelas concentrações			
			0,3/cc.	0,15 mg./cc.	0,07 mg./cc.	0,035 mg./cc.
Z. M. R.	5976	Antes	22	21,5	17	16
	6280	Depois	23,5	22,5	17,5	16,5
M. A. B.	5873	Antes	37	21,5	21,5	15
	6244	Depois	23,5	18	19	13
E. R. S.	4221	Antes	23,5	20	18	15,5
	6037	Depois	29,5	25	25	22,5
M. R. J.	5846	Antes	21	21	—	19
	6996	Depois	24	24	22	19,5

III — CONCLUSÕES

Parece poder afirmar-se que a sensibilidade das estipes ensaiadas não se modifica pelo tratamento.

Pesquisa dos bacilos tíficos

I) Fezes colhidas e colocadas num tubo com o conservador de SACHS

II) Sementeira directa em meios { WILSON BLAIR
S. S. AGAR

III) Sementeira em meios de en- { Selenito F. { WILSON BLAIR
riquecimento { Tetracionato { S. S. AGAR
de sódio { WILSON BLAIR
S. S. AGAR

As colónias suspeitas eram passadas para o meio de KLIGER e depois identificadas pelas suas características bioquímicas e serológicas.

RESUMO E CONCLUSÕES

- 1) O tratamento com cloromicetina de 62 casos de febre tifóide, 28 dos quais muito graves, foi sempre de resultados imediatos espectaculares. A apirexia surgiu em média às 70 horas.
- 2) Em nenhum caso se observaram manifestações tóxicas ou sinais clínicos de lise bacteriana maciça, mas o cloroanfenicol sintético produziu, frequentemente, desagradáveis manifestações secundárias (estomatites, vômitos e diarreia). Por este motivo várias vezes foi necessário interromper o medicamento.
- 3) Empregando a cloromicetina durante 8 dias, segundo a pauta aconselhada pelo fabricante, obtivemos em 29 doentes 55 %, de recaídas.
- 4) Prolongando essa pauta durante 14 dias, em 7 doentes, não observámos recaídas.
- 5) Todas as recaídas apareceram pelo menos 10 dias depois da interrupção do medicamento.
- 6) As recaídas incidiram em todas as idades e talvez com maior frequência nos doentes que iniciaram tardiamente a medicação.
- 7) O encurtamento da pauta para 5 dias e a aplicação de vacina T.A.B.vi, no 1.º dia de apirexia, reduziu a percentagem de recaídas para 12 %. Tratando-se dum medicamento dispendioso é de registar a importante economia, de cerca de 150 %, obtida com esta pauta de tratamento.
- 8) O tratamento precoce faz baixar provavelmente o estímulo antigénico, provocado pela infecção, a valores infra-limiare e impede a formação de anticorpos doseáveis.
- 9) O tratamento precoce e durante 14 dias, faz abortar as lesões anátomo-patológicas, mas evita provavelmente a criação de imunidade perdurável. Aconselha-se por isso a vacinação específica concomitante.
- 10) O tratamento depois da 1.ª semana de evolução da doença não faz abortar as lesões anátomo-patológicas e assim se compreende que possam surgir complicações tardias (enterorragias, perfurações, etc.).
- 11) Em cerca de $\frac{1}{2}$ dos doentes tratados tardiamente persistiu a eliminação do b. tífico nas fezes aos 40 dias de evolução.
- 12) A administração da cloromicetina numa só dose total diária conduziu a resultados perfeitamente sobreponíveis aos da pauta fraccionada.
- 13) A associação penicilina-cloromicetina em alta dose durante 8 dias parece ter acção eficaz na esterilização dos portadores crónicos.
- 14) Até agora não foi possível sequer suspeitar, tanto «in vivo» como «in vitro» aumento de resistência da *S. typhi* pelo contacto prolongado e repetido com a cloromicetina.
- 15) Dos factos por nós verificados pode tirar-se a conclusão de que apesar dos resultados clínicos espectaculares podemos desvanecer a esperança da erradicação da febre tifóide pelo uso da cloromicetina.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

- 1) L'application de la chloromycétine à 62 cas de fièvre typhoïde, dont 28 graves, a donné des résultats immédiats et frappants. L'apiréxie a surgi en moyenne, au bout de 70 heures.
- 2) En aucun il n'y a eu des manifestations d'intoxication, produite soit par le médicament soit par la bactériolise massive. Le Chloroanphenicol synthétique cependant, à fréquemment produit des réactions secondaires fort désagréables: stomatites, vomissements et diarrées. Par suite de ces accidents il a souvent été nécessaire d'interrompre le traitement.
- 3) En employant la chloromycétine pendant 8 jours, selon le schéma conseillé par le fabricant, nous avons eu avec 29 malades, 55 % de rechutes.
- 4) En prolongeant le traitement pendant 14 jours, nous n'avons pas observé de rechutes, sur 7 malades.
- 5) Toutes les rechutes se sont manifestées au moins 10 jours après l'interruption du traitement.
- 6) Les rechutes se sont produites chez des patients de tout âge, possiblement avec plus de fréquence chez des malades qui n'avaient été soumis que tardivement au traitement de chloromycétine.
- 7) L'abréviation du traitement à une période d'à peine 5 jours, avec en plus l'application de vaccine de T.A.B.vi, dès le premier jour d'apiréxie, a réduit le pourcentage de rechutes 12 %. Étant donné le prix élevé du médicament en question, cette réduction de la période d'application a fait baisser d'une façon notable le coût du traitement, de 150 % environ.
- 8) Il est probable que le traitement précoce réduise la réaction antigène, provoquée par l'infection, à des limites infra-limaires et empêche que les anticorps soient produits en quantités décelables.
- 9) Le traitement précoce et prolongé pendant 14 jours empêche l'apparition de lésions anatomo-pathologiques mais par contraire il est probable qu'il inhibe l'établissement d'une immunité durable. On recommande à cause de cela de compléter le traitement à la chloromycétine par une vaccination spécifique concomitante.
- 10) Le traitement tardif, initié seulement au bout d'une semaine de maladie, n'empêche pas les lésions anatomo-pathologiques, ce qui explique que des complications puissent surgir tardivement, telles que enterorragies, perforations, etc.
- 11) Chez un tiers des patients soumis seulement tardivement au traitement, le *S. typhi* persistait dans les fèces au 40ème jour de la maladie.
- 12) L'administration de la chloromycétine en une dose quotidienne massive, a produit des résultats exactement superposables, à ceux des schémas fractionnés.
- 13) L'association pénicilline-chloromycétine en doses élevées, durant 8 jours, semble produire une stérilisation effective des porteurs chroniques.

- 14) Jusqu'à présent une augmentation de résistance du *S. typhi*, en conséquence d'un contact prolongé avec la chloromycétine, n'a été observé ni «in vivo», ni «in vitro».
- 15) Des faits observés et rapportés ci-dessus, il faut conclure que les résultats cliniques du traitement à la chloromycétine sont remarquables mais on ne peut pas compter sur lui pour éradiquer la fièvre typhoïde.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

- 1) The treatment with chloromycetin of sixty-two (62) cases of typhoid fever, twenty eight (28) of which very severe, showed persistent, immediate and spectacular results — The apyrexia appeared after seventy hours in mean.
- 2) No toxic symptoms or clinical signs of mass bacteriolysis were observed in any case, but synthetic chloroanfenicol, produced, frequently, disagreeable secondary troubles (stomatitis, vomiting and diarrhoea) on account of this the treatment had to be suspended several times.
- 3) When chloromycetin was given during eight days according to directions given by manufacturer's schedule 55 % relapses were observed on twenty nine (29) patients.
- 4) When the schedule was extended to fourteen days on seven patients, no relapses were observed.
- 5) Every relapse appeared at least ten days after the interruption of the treatment.
- 6) The relapses affected patients of all ages, perhaps more frequently those who had begun treatment rather late.
- 7) The shortening of the schedule to five days and the use of the vaccine T.A.B.vi, on the first day of apyrexia, reduced the percentage of relapses to 12 % — As the drug is an expensive one, it is most important to note that expenses were reduced 150 % when this schedule was followed.
- 8) Early treatment probably lowers the antigenic stimulus, caused by infection, to infraliminary value and hinders the formation of measurable antibodies.
- 9) Early treatment given during fourteen (14) days prevents the appearance of anatomo-pathological lesions, but probably prevents the creation of lasting immunity: It is advisable therefore to administer the specific vaccine as an accompanying treatment.
- 10) The treatment initiated at the end of one week's illness does not prevent the anatomo-pathological lesions to appear and so it is understandable that complications may turn up later (intestinal hemorrhage, perforations, etc.).
- 11) In about $\frac{1}{3}$ of the patients submitted late to the treatment, *S. typhi* persisted in the stool on the 40th (fortieth) day of the illness.

- 12) Administration of chloromycetin in one single massive daily dose, produced results exactly similar to those of the fractioned schedule.
- 13) The association penicillin-chloromycetin in high doses during eight days, seems to produce an effective sterilisation of chronic carriers.
- 14) An increase of resistance of *S. typhi* in consequence of a prolonged contact with chloromycetin has not been observed up till now either «in vivo» or «in vitro».
- 15) By what has been observed, the conclusion is that, in spite of the remarkable clinical results, the eradication of typhoid fever with chloromycetin is not possible.

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

- 1) Bei 62 Typhusfällen, davon 28 sehr schwierigen Fällen, war das Ergebnis der Behandlung mit Cloromycetin immer unmittelbar und auffallend; nach ungefähr 70 Stunden waren die Kranken fieberfrei.
- 2) In keinem Fall wurden Vergiftungszeichen oder Symptome massiver bakterianischer Lysis wahrgenommen; aber das Cloroanfenicol hatte oft unangenehme sekundäre Äusserungen (Mundschleimhautentzündung, Erbrechen und Durchfall). Deswegen musste oft die Behandlung unterbrochen werden.
- 3) Bei 8tägiger Anwendung des Cloromycetin, nach der vom Hersteller angegebenen Tabelle, hatten wir, bei 29 Kranken, 55 % Rückfälle.
- 4) Bei 7 Kranken, wo die Tabelle 14 Tage länger eingehalten wurde, beobachtete man keine Rückfälle.
- 5) Alle Rückfälle erschienen mindestens 10 Tage nach Unterbrechung der Behandlung.
- 6) Bei allen Altersstufen kamen Rückfälle und vielleicht mehr bei den Kranken, die spät mit der Behandlung begonnen hatten.
- 7) Die Verkürzung der Tabelle auf 5 Tage und die Anwendung der T.A.B.Vi Impfung am ersten fieberfreien Tag brachte die Rückfälle auf 12 %. Da es sich um eine kostspielige Arznei handelt, ist diese wichtige Ersparnis von ungefähr 150 %, die so erreicht wird, bemerkenswert.
- 8) Eine frühzeitige Behandlung hat wahrscheinlich zur Folge, dass der antigene Reiz, den die Krankheit hervorruft, auf einem unter der Norm liegenden Wert gebracht wird und verhindert somit die Bildung von quantitativ bestimmbareren Antikörpern.
- 9) Eine 14tägige frühzeitige Behandlung verursacht, dass die anatomisch-pathologischen Schäden wegfallen, verhinderte aber wahrscheinlich die Bildung von andauernder Immunität; darum wird gleichzeitige spezifische Impfung angeraten.

- 10) Falls die Behandlung erst eine Woche nach Beginn der Krankheit stattfindet, wird das Erscheinen der anatomisch-pathologischen Schäden nicht verhindert und so ist es zu erklären, dass spätere Komplikationen auftreten können (Darmblutungen, Perforationen, usw.).
- 11) Ungefähr $\frac{1}{3}$ der Kranken, die spät mit der Behandlung begannen, sonderten noch nach 40 Tagen Typhusbacillen im Stuhl ab.
- 12) Eine täglich einmalige Totaldosis Cloromycetin führte zu gleichwertigen Ergebnissen wie die bei Anwendung der Bruchtablette erreichten.
- 13) Eine 8tägige Penicillin-Cloromycetinbehandlung in hoher Dosis scheint einen wirksamen sterilisierenden Einfluss auf die chronischen Bacillenträger zu haben.
- 14) Bis jetzt hatten wir keinen Grund, weder «in vivo» noch «in vitro», zu glauben, dass der Widerstand der Salmonelle Typhi durch einen langwährenden und wiederholten Kontakt mit Cloromycetin wächst.
- 15) Diesen unseren Beobachtungen ist zu entnehmen, dass wir, trotz den auffallenden klinischen Ergebnissen, nicht hoffen dürfen, der Gebrauch von Cloromycetin werde den Typhus ausrotten.

BIBLIOGRAFIA

I) Livros de texto:

- 1) BOYD W. C. — *Fundamentals of Immunology* — 2.^a edição, 1947.
- 2) DUBOS, R. J. — *Bacterial and Mycotic Infections of Man* — 1948.
- 3) LANDSTEINER, K. — *The specificity of Serological Reactions* — (Edição revista), 1947.
- 4) MAC LEOD — *Evaluation of chemotherapeutic agents* — 1949.
- 5) TOPLEY and WILSON ... *Principles of Bacteriology and Immunity* — 3.^a edição, 1946.
- 6) *Monographic Series* — Am. J. of Hyg., N.º 17, Set. 1941.

II) Outra bibliografia:

- 7) BARTZ, Y. R. — J. Biol. Chem., 1948, Fev., 172: 445.
- 8) BRADLEY, W. H. — Lancet, 1949, i, 869.
- 9) COOK, A. T. e MARMION, D. E. — Lancet, 1948, Nov., 26: 975.
- 10) CUTILEIRO, J. e SAMPAIO, A. — J. da Soc. das Ciências Méd. de Lisboa, 1949, tomo CXIII.
- 11) DOUGLAS, A. D. M. — Lancet, 1949, i, 105.
- 12) EHRLICH, J. and al. — J. Bact., 1948, 56, 467.
- 13) LEY, H. L., JR., SMADEL, J. E. e CORCKER, T. T. — Proc. Soc. Exp. Biol. e Med., 1948, 68: 9.
- 14) MURGATROYD, F. — Brit. med. J., 1949, i, 851.

- 15) RUMBALL, C. A. e MOORE, L. G. — Brit. M. Jour., 1949, 615.
- 16) RUMBALL, C. A. e MOORE, L. G. — Brit. M. Jour., 1949, 943.
- 17) SCHULTZE, H. — Lancet, 1939, ii, 643.
- 18) SCHULTZE, H. — J. Path., 53, 443.
- 19) SMADEL, J. E., LEWTHWAITE, R., SAVOOR, R. — Science, 1948, 108, 160.
- 20) SMADEL, J. E., WOODWARD, T. E., BAILEY, C. a. — Jour. Am. M. A., 1949, 129.
- 21) SMADEL, J. E., — Jour. Am. M. A., 1950, 315.
- 22) WONG, S. M., COX, H. R. — Annals of the New Acad. of Sciences, 1948, Vol. 51, 412.
- 23) WOODWARD, T. E., SMADEL, J. E., LEE, H. L., GREEN, R., MANKIKAS, D. S. — Ann. intern. Med., 1948, 29, 131.

1898

LUGARES SELECTOS

Prefácio da

«Demografia e Higiene da Cidade do Porto»

Ao peregrino leitor que por amor de estudo compulsar com poisado fôlego este livro, não faz minguia espevitar-lhe a atenção e a curiosidade em antelóquios. A esse, sem refolhos prolongais, bastará a rubrica ingênua dum velho autor: «O livro é do que vai escrito nele»; e mais não há a dizer.

Quais e quantos sejam os que neste meio juxta-europeu se comprazam na lição de coisas, tão ignotas entre nós que quase jazem no domínio das ciências ocultas, talvez depressa se contassem. Bem mais serão os que, folheando, fitem os olhos nas primeiras páginas deste livro aberrante, que se propôs fazer falar aos algarismos e aos documentos a história vital da nossa comunidade, tanto quanto possível averbada no teor das que possuem os grupos sociais mais civilizados. A esses que talvez estranhem a obra, se endereça este estranho prefácio que se antecipa aos olhares ou misericordiosos ou desapiedados que por ventura incidam sobre esta massa benedictina.

Tem-se-nos antolhado que alguns feitores de trabalhos compendiosos sobre matéria manifestamente digna de conhecimento e divulgação, na crença ingênua de que prestam um serviço assinalado, e na perdoável vaidade de quem aporfiou uma empresa útil, vêm a lume na demanda do acolhimento condigno de obras penosamente forjadas com devoção e desinteresse. Depois, ao sentirem-se engolfados numa quarta-feira de trevas, onde nem soa às vezes a matraca surda do noticiário, doem-se em silêncio, e muito repesos acabam mesmo por deixar cair o braço atonizado.

Ora o autor, até com o risco de impertinência, pede vénia para fazer a declaração sincera de que, embora lhe pese não ter de quê, se julga isento dessa gota serena; nem por um momento lhe candeiou

dentro dos olhos a fofena duma ilusão gloriolosa. Tal presunção, por muito solapada que a houvesse, seria um desasiso miserando; quem se possuir de ambições, não é por este escuro atalho que há-de enveredar cubiças.

Muito mais do que tal megalomania, se temeu o autor de que espíritos bem temperados o acoimassem pelo tempo e cabedal desbastados em tarefa, alheia com certeza tanto à utilidade pessoal — única mira de esforços para a gente compostamente ajuizada — como à utilidade colectiva, por erro de meio, uma vez que o público, mesmo o ilustrado, de bom grado a refugará.

Se, para qualquer lado que me volte, topo por força com a cominação de desacerto de espírito, sempre ao menos explicarei as causas, sem pretensão nenhuma de absolvição ou de cura já agora improvável.

Quando em fins de 1892 se instalou a Repartição Municipal de Saúde e Higiene, um dos serviços que a excelentíssima Câmara nos autorizou logo a criar, foi o da estatística demográfica da cidade. Era literalmente uma vergonha que uma grande cidade como o Porto não tivesse um registo seu do movimento da sua gente.

Tínhamos acusado já vivamente esta deplorável deficiência anos antes ⁽¹⁾. «Cidade que cuide cientemente do seu grau de salubridade, precisa de ter contas saldas com a estatística demográfica e sanitária. As finanças da vida urbana dependem duma organização regular de estatística. Ora o nosso país já tem por carácter lendário ser terra avessa às algoritmias de Achenwall. O Porto vive no esquecimento dessas cifras; se a semana foi boa ou ruim no mercado dos géneros ou nas operações bancárias, há muito quem esculpise em sabê-lo; mas se os cemitérios enguliram mais cadáveres, se a tísica ou a febre tifóide diminuem o rebanho, a quem se lhe dá disso? !»

Despendida alguma canseira para amercear boas vontades, instituíram-se os registos do movimento da população e da estatística obituária; editaram-se as cifras mensais em Boletim cuja publicação se encarreirou. E o nosso papel de colector estatístico estaria findo, se periodicamente, anual ou quinquenalmente, sumariássemos toda a massa algarismal inscrita. As obrigações do nosso serviço ficavam saldas.

Mas como o minério, arrancado à lavra, de nada serve enquanto o não defeca e trata a manipulação metalúrgica, assim a massa algarismal por nós abatida ou carregada clamava as reduções e apuros da conta demo-estatística. Pruá-nos o exemplo picante dos centros europeus, onde

(1) Saneamento do Porto, relatório de 1888.

a demografia se integrou zelosamente nos cuidados da administração pública e congregou as actividades mais diversas de todos a quem preocupa a vida e os destinos da colectividade. Engolfámo-nos pouco e pouco nessa via escura, a princípio com incertezas, depois rasgadamente, à medida que o horizonte se aclarava.

A harmonia e a regência dos números, de que falava Pitágoras, ressaltaram a cada passo. As regras e as leis fenoménicas, que lá por fora a demografia tem rastreado na na estática e na dinâmica sociais aqui ressurgiam em repetição de fórmula. Mais uma vez se confirmava o dito de Goethe: «Não é preciso còrrer o mundo inteiro para saber que por toda a parte o céu é azul». Mas o que os lugares imprimem, são diferenças e modalidades, às vezes bem curiosas e paradoxais; e de caminho nos surgia assim, como e em quê, quanto e de que modo, a população portuense e portuguesa se ajusta ou diversifica das vizinhas gentes da Europa.

Todo este caboucar e architectar números, médias, relações, diferenças e proporções, que põe à prova, tanto a vontade pela brutalidade do trabalho, como a reflexão pelo requinte de dificuldades de toda a ordem — toda esta excursão demorada por um terreno quase virgem em que os dados e as conclusões se sucediam com a novidade dum descobrimento — tudo isso nos serviu de ocupação tão grata e plena que a divulgação do livro não pode dar, mesmo no caso mais extraordinariamente lisongeiro, fruição maior do que foi o prazer solitário da sua feitura.

Basta porém de egotismos; o espírito de quem escreve vale menos do que o espírito dum escrito.

E o espírito, em que este e a série tentaram inspirar-se, é o da medicina social — o da fórmula profissional adaptada ao momento decorrente de transformação de ideias, fórmula ainda rebatida pela rotina velha do *formularum prescriptor*, contra a qual já se insurgir o grande Sydenham, o venerando criador do patologia colectiva.

Avassalado estreitamente ao pulso, à fórmula e ao ferro, mal se compreende que o médico se soerga dessa trilha, a que o forcem a estreiteza de ideias do público e as necessidades ou ambições do comércio profissional. A obsecção chega a ponto de, fora e dentro da classe, tantas vezes se entender inscientissimamente, direi até quase caluniosamente, que deroga ao seu mister quem propôs o serviço immediato de enfermos ao exercício duma missão que exactamente por interessar a todos vê diluído o seu prestígio.

Pois, quaisquer que sejam os entraves postos, é uma verdade pura e conquistante que o reinado da demo-medicina avança impetuoso e por

ele a nossa ciência e a nossa arte entrarão, entraram já, na hegemonia intelectual e moral que domina a mole humana, em busca de melhor futuro.

Criada primeiro perante o grandes males demóticos — as epidemias — revigorada pela etiologia e pela profilaxia, a medicina popular atingiu a plena consciência do seu papel pela higiene pública; por ela rasgou as peias tradicionais, alcançando-se, a princípio subsidiariamente, e depois fraternalmente, até às ciências sociais. A higiene, do campo ideativo ao prático, está hoje a cavaleiro da medicina e da sociologia; vive com esta paredes meias, dizia-nos há muitos anos com notável lucidez o economista Rodrigues de Freitas. Mais exacto seria hoje dizer que vivem irmãmente abraçadas.

Estudar os males físicos da unidade social em si e nas suas causas, atalhá-los e preveni-los, aguentar e revigorar o homem colectivo de modo a fazê-lo alcançar a máxima felicidade física, aqui está o objectivo da grande higiene, tanto quanto é possível abrangê-lo. Mas todo esse lema tem de descansar fundamentalmente sobre o conhecimento da estrutura e movimento da população. Importa saber a anatomia e fisiologia do agregado, como elemento básico para a patologia, profilaxia e terapêutica sociais. Ora essa anatomo-fisiologia colectiva começa precisamente pelo numeramento dos radicais humanos, pela estatística vital. A demografia constitui pois a base da higiene — é a sua contabilidade, como frizantemente lhe chamava Arnould.

E assim se fundem logo a higiene e a sociologia na sua palavra inicial — a estatística. «Todos os elementos da sociedade, diz expressamente o sociologista Giddings, estão contidos na sua base física, a população social. É pelo estudo da população, primeiro no seu aspecto exterior ou físico, que deve começar a análise descritiva da sociedade». Olhadas como a medição quantitativa dos fenómenos sociais, a demografia e a estatística abarcaram uma boa parte da sociologia e identificaram-se com ela.

Aqui está como a análise demográfica serve de par os interesses sanitários e os interesses sociais, políticos e morais. Muitas das nossas páginas o provam. Porque no homem social tudo converge e se enleia; tal causa moral se expressa rudemente por um fenómeno numeral demográfico; tal causa económica é capaz de perturbar a fundo toda a demogenia.

eríamos de repetir aqui em larga enumeração sintética muitos trechos do nosso trabalho, se quiséssemos comprová-lo. O leitor que com esta orientação se dê ao trabalho de lêr-nos, ajuizará, e por si próprio

fabricará essas ilações. Uma só, e essa capital, anteciparemos — a influência depressiva da crise económica desta década sobre o incremento e movimento da população. Desceram os câmbios, e com eles o crescimento, os nascimentos, os casamentos e os óbitos. Houve uma crise demográfica paralela à crise financeira.

Nosce te ipsum — é uma máxima de velha filosofia. Em ninguém assenta melhor, como divisa de esforços, do que neste pobre povo português que tanto se ignora a si próprio. Um trato pequeno de terra, e tão pouca gente, — é uma triste maravilha que tanto se desconheça; mal sabe do chão que pisa, dos costumes a que se habituou, das manifestações mais comezinhas da sua actividade e raça; mal sabe quantos e quais são. Como há-de ver para onde vai e o que faz, se nem de si mesmo tem ciência e consciência ilustrada? Quer o queiram quer não os médicos improvisados dos seus males, bem que lhe preste e dure só daí há-de provir.

Um humílino e pequenino contingente — e tanto que quase vexa dizê-lo — para essa obra da consciência pública talvez vá envolto neste impresso. Bem que nem ouse recomendar-se como tal, ressalve-se a intenção com que esta parquíssima pogeia se lança a medo no gazofilácio da coisa pública.

Quem me levou a mão foi esta benemerente municipalidade que não temeu despendar em matéria que transcende as vistas comuns. Não me perdoaria se não aproveitasse uma monção de boa vontade, tão rara entre nós. E foi assim que esta candeia bruxoleante saiu de debaixo do alqueire, como manda o Evangelho, muito embora pouco alumie.

As vicissitudes por que passou a escrita do livro interessam à explicação do seu contexto.

Dêmos-lhe comecinho em fins de 94 pelo capítulo da *meteorologia*; daí o alcançarem apenas os dados climáticos do Porto o ano de 93. O nosso propósito era ao tempo um trabalho mais escasso, que se iria completando em publicações sucessivas.

A *demografia* encetou-se em 95. Tentou-nos, como preliminar, a história populacional do Porto, as causas e a marcha do seu desenvolvimento, rastreadas principalmente através dos documentos arquivados no cartório municipal ⁽²⁾. É um ensaio de demogenia local e estatística

(2) Toda esta parte foi publicada já em separata em 1897, sob o título de *Origens e desenvolvimento da população do Porto — Notas históricas e estatísticas*. Alguns espíritos eleitos dignaram-se deitar sobre essas modestas páginas um olhar lisongeiro que elas nunca esperaram, e significar até essa impressão dum modo inolvidável.

histórica, e ao mesmo tempo um esboço da evolução social desta cidade que a história tão ingratamente tem despercebido, esta cidade do Porto tão digna de rememoração como «velha burguesa, mãe de Portugal, que ela criou, vestiu de ferro, e fez nação, robusta e destemida, entre os seus braços e sobre a amurada das suas naus» (Camilo).

culdade a causa da demora, mas sim largas interrupções de doença que então e depois, até ao fim, tantas vezes nos fizeram suspender a obra e recluir de que nunca lhe veríamos o remate. Verdade seja também que, como todo o mal traz o seu bem, as estiradas convalescenças com folga forçada dos deveres profissionais, eram integralmente aproveitadas no trabalho que nos serviu de remédio e alívio.

A prossecução do livro exigia um elemento fundamental: — o alicerce de toda a demografia é um recenseamento. O primeiro volume do último censo de 1890 era publicado em 1896, fornecendo a estatística do aglomerado nacional até às paróquias, estremado por sexos, estado civil, naturalidade e instrução.

O que valeu a aparição deste volume, tão honroso para a Repartição de Estatística geral, cifra-se nisto: sem ele era impossível entre nós qualquer tentativa séria de estudo demográfico. Faltava-nos ainda o censo por idades, ainda não publicado até agora, mas que o meu velho amigo o Sr. Conselheiro Eduardo Vilaça nos liberalizou amabilíssimamente.

E assim completámos a demografia estática com a análise minudente da composição censuárias por idades, tanto do Porto, como do país e Lisboa. Aqui como em todo o decurso restante do trabalho irmámos, sempre que nos foi possível, a nossa cidade com a capital e o reino. Era um confronto que se impunha, muito embora nos sujeitasse por vezes a uma quase triplicação de tarefa, visto que, sem pretensões de penetrar em domínio alheio, tivemos de operar por necessidade de paralelização sobre os números brutos de Lisboa e continente que pude obter, e de submetê-los à técnica estatística. O resultado foi — e por certo não será desatendível — que este livro, visando essencialmente à demografia do Porto, encerra também subsidiariamente a demografia do Portugal continental e da sua capital. Significa uma antecipação de mais compendiosos trabalhos, antecipação que talvez seja julgada vir em hora de préstimo, enquanto não surgir coisa melhor por parte de quem mais competência tenha para fazê-lo.

A demografia dinâmica tinha de abrir por um cômputo anual da população, como base para a determinação das taxas. Operámos pelo método conhecido da interpolação geométrica, pressupondo um incremento progressivo de população à mesma razão geométrica encontrada

entre os censos de 78 e 90. Ora o movimento dos nascimentos, casamentos e óbitos denunciou-nos abertamente uma queda na intensidade demográfica àquém de 90. Menos nascidos, menos casados e menos falecidos; tudo isto se acordava para demonstrar uma falência populacional, evidentemente ligada à crise económica e financeira que estalou em 91 e desde então nos tem assoberbado. Este reflexo de um fenómeno de ordem social sobre os fenómenos demográficos é uma das revelações mais interessantes do estudo estatístico.

Mas, se o crescimento da gente já não obedece às normas anteriores do tempo da prosperidade, todas as cifras sobre elas esteiadas eram grandemente erradas por excesso. Tivemos de reformá-las — e é este um ponto nodal do trabalho — ao fazer o balanço da população, engendrando um método particular de cômputo que consistiu em combinar os dados da interpolação geométrica com os da natalidade, o índice menos variável do estado da população. Foi sobre estas avaliações que corrigimos as taxas demográficas e estribámos todo o estudo da mortalidade.

Os materiais referentes ao Porto desde o ano de 93 — início da publicação do Boletim Mensal de Estatística Sanitária — foram por esta repartição directamente colhidos da própria fonte. Graças à intervenção prestante, que muito agradecemos, do então governador civil o Sr. Conselheiro Campos Henriques, do secretário geral o Sr. Conselheiro Ferreira Lima, dos administradores dos dois bairros Srs. Carvalho Jalles e Mendes Araújo, e dos funcionários das administrações os Srs. Firmino Pereira e Ferreira da Cunha, todas as peças do registo oficial, quer paroquial, quer regedorial, confluem às nossas mãos para a elaboração estatística. Quisemos ainda novas espécies demográficas relativas a casamentos, pela primeira vez apuradas para fim estatístico, e houvêmo-las da condescendência ilustrada dos Rev.^{mos} Párcos do Porto, a todos os quais devemos essa extrema fineza. Do Hospital da Misericórdia solicitámos também notas subsidiárias sobre nascimentos que nos têm sido fornecidas, graças à intervenção das administrações respectivas e à obsequiosidade do Sr. António A. Leal. Conseguimos assim editar um Boletim mensal, que de ano para ano ampliamos e corrigimos, sempre cubiçosos de alcançar a plenitude e exactidão exigidas pela melhor praxe demológica ⁽³⁾.

As espécies capitais, embora sem as minudências do nosso quinqué-

⁽³⁾ Nos trabalhos da feitura do Boletim, assim como em muitas operações subsidiárias para a obtenção das tabelas deste livro, o escriturário da Repartição Armindo Vilela serviu-nos com inteligência e desvelado zelo, serviços que merecem ser aqui registados e louvados.

nio de 93-97, anteriores a 93, respigámo-las nos Anuários oficiais que fornecem dados desde 82 a 90. De 91 a 93 não havia ainda publicação, só agora editada, mas os materiais requisitados foram-nos mais uma vez comunicados pela Repartição de Estatística. Desejavamos, para ter um largo período de comparação, as cifras de nascimentos, casamentos e óbitos, tão longe quanto possível. O Sr. Jorge Cruz, da repartição de saúde do governo civil, muito gratamente nos preencheu esta lacuna até ao ano de 1870, o que nos permitiu estudar o movimento demogénico do Porto num período de 27 anos.

O material de Lisboa e Continente extraímos-lo dos Anuários; o de 91 a 96 foi outro obséquio da Direcção de Estatística. Lavro aqui mais uma vez o meu protesto de agradecimento e consideração pelo Sr. Eduardo Vilaça e seus colaboradores, que tanto a peito têm tomado o levantamento da estatística portuguesa, no meio da indiferença pública, de onde raro se desentranha escasso louvor à sua obra perseverante, desventuradamente retardada e tolhida por todos os modos num país, o derradeiro da Europa estatística, onde a demografia corre ininteligível como grego que é, e se entende que contar gente não importa a ninguém.

Actualizar e paralelizar as nossas cifras e quotas com as dos países e cidades estrangeiras, não se nos afastou da vista; esses cotejos acompanharam-nos sempre, aproveitando-os das mais recentes e autorizadas publicações estranhas. Os tratadistas e autores de mais tomo e peso nos dirigiram na técnica, métodos e inferências estatísticas; a demologia é ciência arrevesada, longe ainda duma boa sistematização didáctica; todas as luzes são poucas para guiar quem se aventure pelo seu terreno escabroso e escorregadio como ainda não conheci outro em matéria de ciência aplicada. Aproveitámo-nos do melhor e mais derradeiro que se nos deparou e à medida que nos veio às mãos — na França e Bélgica, de Levasseur, Bertillon, Janssens — na Inglaterra e na América, de Newsholme, Mayo Smith — na Alemanha, de Korosi, Böckh, Von Mayr — na Itália, de Bodio, e dos trabalhos do Instituto Internacional de Estatística, etc.

Alguns destes ilustres mestres, que tão amavelmente têm recebido o nosso Boletim, levaram a sua sábia e esclarecida bondade a ponto de nos escutarem; doutrinaram-nos em lances dificultosos, ofereceram-nos trabalhos seus, e atçaram até com o incentivo de palavras animosas a nossa obra obscura. Tais foram Janssens, Korosi, Bertillon e sobretudo Luigi Bodio. Deixamos-lhes aqui nesta ignota língua portuguesa, o que já por outro modo lhes transmitimos, a expressão grata do nosso reconhecimento de discípulo e admirador.

Do material estatístico, colhido ou fornecido, procurámos extrair todos os dados apuráveis, em face do método estatístico. Esta obstinação, e digo assim porque só com a mais pertinaz paciência se derrubam a cálculo montes de algarismos, levou-nos até à palavra final da mortalidade — a construção dumas tábuas de vida, mortalidade e sobrevivência, raro tentada lá fora em grupo urbano, e pela primeira ensaiada para um grupo social português.

Mais que uma vez deplorámos esta praga que assola o Porto — a sua excessiva mortalidade, que a oito lhe dizima crianças e adultos — mal tamanho que grita por pronto remédio. Tínhamos já apontado o mal, mas só agora lhe medimos a horrorosa profundidade.

Fomos tabelando as cifras directas e manipuladas em quadros numerais seriados. Alguns deles reduzimo-los a figuras, no intuito de fazer estatística gráfica, complemento e ilustração da algarismal. Os gráficos, uns são simples traçados ageitados tipograficamente, outros diagramas e cartogramas reduzidos a zincografia pelos actuais processos de fotogravura ⁽⁴⁾.

Obra estatística absolutamente limpa de erros, ou por mácula original ou de reprodução, talvez se não conte ainda nenhuma. Esta estará eivada mais que qualquer outra de tal pecado ⁽⁵⁾; basta ser a primeira. O que asseguramos é que, sabe Deus às vezes com que sacrifício, fizemos e refizemos, vimos e revimos, com o desejo de pôr certo e direito.

Diremos com o professor Mayo-Smith e com mais sobeja razão: «É impossível que aqui se não tenham dado enganos: o autor ficará muito grato a quem lhe endereçar as correcções, e mesmo a quem lhe indicar o que mereça considerar-se uma inferência errada.»

Repartição Municipal de Saúde e Higiene do Porto.

30 - 12 - 98.

RICARDO JORGE

(4) Os cálculos principais estavam feitos em meados do ano, seguindo-se a redacção e o acabamento. Ainda assim não estamos decontentes com as datas que seriam abreviadas, se interrupções forçadas de trabalho o não impedissem; os Anuários de Paris, Budapest e Berlim, referentes a 96, saíram em 12-98. A aparição do volume é que foi retardada pela estampa dos gráficos e sobretudo pela impressão.

(5) Alguns dos enganos vão ressalvados nas erratas in fine. Atenda-se particularmente a três erros referentes a Lisboa.

PRÉMIOS POR MONOGRAFIAS DE INTERESSE SANITÁRIO

No dia 4 de Fevereiro de 1950 procedeu o Subsecretário de Estado da Assistência Social, Sr. Dr. Trigo de Negreiros, no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge à distribuição de prémios aos alunos do Curso de Medicina Sanitária, dos anos lectivos de 1946-1947 e 1947-1948 que apresentaram monografias de interesse sanitário consideradas de maior valor por um júri presidido pelo Director do Instituto e de que faziam parte os professores do mesmo Curso, Srs. Drs. Bernardino de Pinho e António de Carvalho Dias.

Foi a primeira vez que tais prémios foram atribuídos, devendo-se àquele membro do Governo a sua instituição, cujo regulamento, aprovado por despacho de 19 de Janeiro de 1949 é o seguinte:

Regulamento para a concessão de prémios por estudos sobre Topografias Médicas e outras monografias de interesse sanitário

Para estimular o gosto dos alunos dos Cursos de *Medicina Sanitária* pelo estudo dos problemas que interessam ao conhecimento da sanidade nacional, são instituídos três prémios anuais, a conceder aos autores dos melhores trabalhos sobre topografias médicas ou outras monografias de interesse sanitário, apresentados nos termos do presente regulamento.

ART.º 1.º — Em cada ano serão concedidos três prémios, respectivamente, de dois mil escudos, mil e quinhentos escudos e mil escudos, aos melhores trabalhos elaborados por alunos do CURSO DE MEDICINA SANITARIA que hajam feito exames finais durante o mesmo ano.

ART.º 2.º — Só podem concorrer aos prémios os alunos que no final do CURSO DE MEDICINA SANITÁRIA tenham obtido a classificação final de catorze ou mais valores e cujos trabalhos se ocupem de topografias médicas ou outras monografias de interesse sanitário.

§ ÚNICO — Os alunos do CURSO de 1946-47, que estejam em condições de o fazer, podem concorrer aos prémios referidos, no corrente ano.

ART.º 3.º — O Júri para classificação dos referidos trabalhos será anualmente nomeado pelo Subsecretário de Estado da Assistência Social, sendo presidido pelo Director do CURSO DE MEDICINA SANITÁRIA e devendo apresentar o seu parecer dentro do prazo de seis meses a contar da data do último exame final dos alunos do CURSO a que disserem respeito.

ART.º 4.º — Além dos prémios pode o Júri conceder menções honrosas.

ART.º 5.º — O INSTITUTO reserva-se o direito de promover a publicação dos trabalhos apresentados a concurso, que sejam considerados de util divulgação, como estímulo a estudos da mesma natureza.

ART.º 6.º — As despesas exigidas pela concessão destes prémios serão custeadas pelo INSTITUTO SUPERIOR DE HIGIENE DR. RICARDO JORGE.

Aprovado por despacho de Sua Ex.^a o Subsecretário de Estado da Assistência Social de 19 de Janeiro de 1949 (Ofício N.º 123, de 20 de Janeiro de 1949, da Direcção-Geral de Saúde).

Os trabalhos apreciados pelo júri foram em número de 74, dos quais 42 do ano lectivo de 1946-1947 e 32 do de 1947-1948, quase todos tendo um só autor, mas alguns de dois autores.

No primeiro ano 7 ocuparam-se de topografias médicas e 35 de vários outros assuntos; no segundo ano as topografias médicas eram 22, versando 10 outros assuntos.

Dum modo geral foram as topografias médicas os estudos que se revelaram de mais valor.

*

* *

Como se sabe, as monografias sobre qualquer assunto de *topografia* ou *geografia médica*, são actualmente exigidas na maior parte das escolas de Higiene e Saúde Pública dos diversos países, tendo estimulado a sua elaboração a Organização de Higiene da Sociedade das Nações.

O mais antigo estudo no género foi o livro de Híprocates *De Aëre, Locis et Aquis*. Entre aqueles que lhe seguiram as pisadas, procurando no estudo do meio natural e social o que quere que podia influir na saúde humana, há notícia de Alpini ter feito um estudo no género sobre o *Egipto* em 1591, Bondt outro, sobre as *Índias Orientais* em 1642, João Baptista Codronchi (1547-1628) sobre *Imola* (Itália), Willem Piso um sobre o *Brasil* em 1648, Clermont sobre a *Inglaterra*, em 1672, Cleyer sobre a *China*, em 1682, Kaempfer sobre o *Japão*, em 1712. Burggrave Júnior, médico da família de Goethe, sobre *Francfort*, em 1751, escrevendo sobre o mesmo assunto, em 1771, Behrends, Jaegerschmidt, em 1760 sobre *várias aldeias*, realizando-se diversas no *Estado de Bade*, as de *Koenigsberg*, em 1786, de *Berlim*, em 1796, *Wurzbourg* em 1805, *Viena* em 1810, *Ettingen* em 1817, *Carolina do Sul*, feita por Lionel Chalmers, em 1776, sobre o conjunto dos *Estados Unidos*, por Currie, em 1792, sobre *Lima*, em 1806, recentemente reeditada pelo prestigioso higienista peruano Paz Soldan, sobre *Flandres*, no fim do século XVIII, devida a Van Beverghem, *Anvers*, a Van Elsacker, sem contar capítulos de obras várias devidas a médicos ou a leigos na Medicina, que forneceram através dos séculos, nos seus livros, subsídios para topografias médicas.

A elaboração metódica de trabalhos desta natureza pode dizer-se que recebeu o seu maior impulso quando a Sociedade Real de Medicina de Paris publicou um plano para a sua execução em 1786. Mais ou menos, começaram a ser publicados trabalhos sobre o assunto, de conjunto ou referindo-se apenas a problemas especiais a ele ligados, todos tendentes a esclarecer os aspectos sociais das doenças, em quase todos os países civilizados.

Citaremos pelo que influíram na remodelação sanitária inglesa os que publicou em Inglaterra o jurista Edwin Chadwick, a partir de 1828, que tanto contribuíram para o progresso sanitário deste país.

Em Portugal, deve-se à Academia Real das Ciências a iniciativa das Topografias Médicas, seguindo o modelo da Sociedade de Medicina de Paris, tendo sido seu principal arauto o notável higienista Francisco Inácio dos Santos Cruz. A lei de Saúde de Passos Manuel, publicada em 1837, exigia dos Delegados de Saúde distritais a elaboração semestral de Topografias Médicas, sendo publicadas nos Anais do Conselho de Saúde Pública do Reino, a que presidia Santos Cruz, primeiro o plano e depois muitas topografias médicas.

As mais valiosas que se publicaram foram a de *Constancia*, de 1839, e a de *Lisboa*, de 1843, ambas devidas a Santos Cruz, a de *Bragança*,

feita por Macedo Pinto, a das *Cinco Vilas e Arega*, por Costa Simões, publicada em 1860, a do *Porto*, iniciada em 1899, feita por Ricardo Jorge, que se ocupou notavelmente da Demografia e Higiene, seguindo-lhe *Sobral Cid* as pisadas sobre *Coimbra* e António de Melo Ferrari sobre *Viseu*, em 1904.

O trabalho português mais completo no género foi o que Geraldino Brites publicou em 1914, no Boletim da Academia das Ciências de Lisboa com o título de *Febres Infecciosas — Notas sobre o Concelho de Loulé*.

O método positivo, procurando colher dados concretos segundo os princípios preconizados por Descartes, Claude Bernard, Augusto Comte, Le Play, Tourville, Demolins, Poinsard, Wilbois e Paul Descamps, entre outros, creou grandes entusiastas nalguns países.

Em Inglaterra o Estado tem organizado, seguindo o exemplo de Chadwick, um serviço permanente de inquéritos, o *Social Survey*.

Nos Estados Unidos desde 1875 que, devido a John Bilings, se iniciou a elaboração metódica de «inventários sanitários» no mesmo género, contando-se algumas centenas deles, verdadeiros subsídios, de maior ou menor valor, para o estudo de Topografias Médicas locais.

Em França o eminente higienista Jacques Parisot, director do Instituto de Higiene de Nancy, exige aos seus alunos que pretendem seguir a carreira sanitária, Topografias Médicas, tendo reunido duzentas até 1948.

Em Espanha e no Brasil igualmente estão a ser elaborados trabalhos desta natureza. Citaremos a publicada em 1942, da autoria do Dr. Antonio Castillo de Lucas, «*Geografia Medica de El Alamo*» (Madrid), premiada pela Real Academia de Medicina com o Prémio Garcia Roel, que merece ser lida pelos que se dedicam a estes estudos.

*

* *

José Bento Lopes foi quem publicou o mais antigo estudo português sobre o assunto de que temos conhecimento, no Jornal Enciclopédico de 1792, com o título de *Observações Meteorológicas e Médicas, feitas na cidade do Porto*.

No *Jornal de Coimbra*, dirigido por José Feliciano de Castilho, lente de Medicina e pai do Poeta, do Vol. I ao Vol. VI, de 1812 a 1820, foram publicados estudos sobre topografias médicas referentes à *Moita*,

por J. B. Antunes, a *Aveiro*, a *Santarém*, por L. Gonzaga da Silva, *Vacariça* por L. A. Travassos, *Montalegre* ou *Barroso*, por M. S. de Moraes Mendonça, *Alvito*, por J. M. Bustamante, *Golegã*, por C. M. Garcia, *Viana do Castelo*, por Frei M. do Bom Jesus, *Benavente* e *Samora Correia* por J. P. A. Caminha, *Monchique*, por M. Gascon, *Vila Franca de Xira* e *Povos* por N. J. Vidal, *Peniche* por Paulino da Rocha, *Ovar* por T. Pinto da Cunha, *Odemira* por J. F. da Costa Herrera, *Torrão* por G. Lopes da Trindade, *Lagos* por F. Gomes da Mota, *Mirandela* por M. J. de Carvalho Salazar, *Palmela* por L. de Paula Pinuela, *Alpedrinha* por J. de Oliveira Rollão, *Leiria* por L. S. Barbosa, *Elvas* por J. A. Benasol, *Pederneira* por J. A. de Lemos, *Grandola* por J. M. Chaves, *Estarreja* por A. C. Freire, *Loulé* por M. A. Vieira, *Batalha* por J. Teixeira de Lima, *Cano* por F. M. Roldão.

Nas *Memórias da Academia Real das Sciências de Lisboa* desde o tomo I ao tomo X, foram publicados trabalhos sobre *Longroiva*, por J. P. Rebelo de Carvalho, *Penafiel*, por A. de Almeida, *Tomar*, por F. I. dos Santos Cruz, *Seia*, por António de Mendonça Falcão, *Torres Vedras*, por Torres, *Montemor-o-Novo*, por Varela, *Algarve*, *Coimbra*, por M. D. Baptista, *Paúl de Ota*, por Estevão Cabral, *Marinha Grande*, pelo Visconde de Balsemão.

Nos *Annaes de Saúde Pública do Reino*, do tomo I ao tomo VII, de 1838 a 1841, foram publicados trabalhos sobre *Bragança*, por A. F. de Macedo Pinto, *Caldas da Rainha*, *Cadaval* e *Óbidos*, etc., por A. P. Barreto, *Constância*, por F. I. dos Santos Cruz, *Estarreja*, por L. de Moraes Calado, *Évora*, por J. H. da Cunha Rivara, *Viana* por A. L. Ribeiro da Silva, *Braga*, por J. J. da Costa, *Lisboa* por F. I. dos Santos Cruz, *Guarda* por F. A. da Cunha, *Faro*, por M. R. de Sousa Piedade e *Viana* por A. J. de Carvalho.

Na *Gazeta Médica do Porto*, foi publicada uma topografia médica sobre o *Lugar da Cova* por Carlos José Pinheiro, em 1837.

No *Jornal da Sociedade Pharmacêutica Lusitana*, foi publicado o estudo sobre as *Caldas de Vizela*, por J. J. da Silva Pereira Caldas.

Nos *Annaes da Sociedade Promotora da Indústria Nacional*, a topografia de *Lafões*.

No *Escholiaste Médico*, sobre *D. Pedro V* (Angola), por A. J. dos Santos e *Caldas das Taipas*, por J. T. Ribeiro Forte.

Na *Revista Militar* sobre *Vendas Novas*, por J. P. da Mata Pacheco.

No *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, sobre a *Ilha da Madeira*, por A. Mason e J. Pereira Mendes (1851), *Costa Ocidental de África* por Joaquim Moreira (1842), *Lisboa*, por F. I. dos Santos Cruz (1843), *Montalegre*, por J. dos Santos Dias (1844), *Sines*, por J. F. Lopes (1850), *Funchal*, por Francisco António Barral (1854), *Portalegre*, por F. A. R. de Gusmão (1857), *Coimbra*, *Elvas*, *Lagos*, *Lisboa*, *Portalegre*, *Porto*, *Silves*, *Tavira*, *Mirandela*, este por J. S. Rodrigues Cardoso (1860) e *Cinco Vilas e Arega*, por A. A. da Costa Simões (1860).

*
* *

Subsídios preciosos para topografias médicas se reuniram nas *Notícias dos Inquéritos de Higiene Rural e sobre Águas e Esgotos*, feitos respectivamente em 1931-32, 1939 e 1942, os dois primeiros publicados em 1934-35 e 1942, e o terceiro pronto a entrar no prelo e esperado com o maior interesse.

Devem-se esses Inquéritos ao Director-Geral de Saúde Dr. José Alberto de Faria, como se lhe deve o inquérito que, com o título de *A Higiene Municipal em Portugal em 1929* foi publicado nos n.ºs 33-34 e 35-36 do Boletim da Assistência Social, de 1945 e 1946.

A comparação das respostas obtidas e os documentos que lhes dizem respeito mostram claramente o valor das obras de interesse sanitário realizadas nos últimos 20 anos.

*
* *

Os alunos do Curso de Medicina Sanitária do *Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge* já contribuíram até hoje com 60 estudos sobre Topografias Médicas. 31 deles ainda não foram apreciados pelo júri, visto referirem-se ao ano escolar de 1948-1949.

Além das Topografias Médicas outras monografias de valor têm sido elaboradas, particularmente por alunos médicos-veterinários e por um engenheiro. A lista dos seus títulos pode ler-se no *Boletim* do Instituto, nos N.ºs 9 e 16, onde veem todos os títulos e autores dos trabalhos agora premiados.

O programa seguido nas Topografias Médicas é o seguinte:

Programa da Topografia Médica dum Concelho

- 1.º — Situação. Latitude. Longitude. Superfície. Limites. Costas (em regiões marítimas). Orografia. Altitudes. Exposição aos ventos de cada localidade. Hidrografia — natureza das águas

nascentes, fontes, cisternas, poços, minas, etc. e modos usados na utilização das águas (bicas, baldes, bombas, etc.). Descrição geológica do solo e do sub-solo. Clima. Elementos climatéricos colhidos dos observatórios mais próximos e da observação local. Águas mínero-medicinais. Lagos. Pântanos. Albufeiras. Vegetação. Plantas medicinais e tóxicas. Árvores e abrigos que elas dêem contra os ventos. Plantas alimentares. Fauna. Animais ferozes e peçonhentos. Produtos alimentares de origem animal. Animais alimentares terrestres ou marítimos.

- 2.º — Esboço histórico do concelho, em especial no que possa interessar à Higiene (origem de pântanos e plantações, alteração de cursos de rios, efeitos de terremotos, epidemias, intoxicações, posturas antigas, costumes e leis, etc.).
- 3.º — Descrição geral das povoações, sua situação e modo de urbanização. Largura das ruas em relação à altura dos prédios, materiais de construção destes, suas características (pé direito, janelas e sua superfície e tipo, existência de caixa de ar no rés-do-chão, cubagem dos compartimentos, existência de latrinas e modo como se fazem os esgotos, etc.). Existência de esmolas nas proximidades e de pocilgas, estábulos, cavalariças, capoeiras, etc., nos baixos das casas. Cemitérios e sua situação. Vias de comunicação e suas dificuldades no inverno. Direcção das ruas dos povoados, natureza dos pavimentos. Iluminação e limpeza públicas. Latrinas e urinóis públicos. Sistema de abastecimento de águas, origem destas, garantias da sua pureza. Quantidade de água disponível. Banhos, aproveitamento de águas de rios, de lagos ou do mar.
- 4.º — Género de população (agrícola, industrial, pastoril, etc.). Censos populacionais. Distribuição pelas diferentes freguesias e povoações principais. Densidade de população, seu aumento ou diminuição e causas respectivas. Estatísticas demográficas. Proporção dos sexos, influência da idade, número de cegos, surdos-mudos, loucos, anormais de qualquer natureza (anões, cretinos, tiroideus, casos de bócio exoftálmico, etc.). Percentagem de casados, solteiros, divorciados, amancebados, viúvos. Percentagem de filhos ilegítimos e de crianças abandonadas.
- 5.º — Modo de alimentação. Alimentos preferidos. Abusos de certos alimentos. Tempêros mais usados. Indústrias alimentares. Bebidas usadas. Bebidas tóxicas. Vinho, aguardente, cerveja, café. Vícios. O fumo.
- 6.º — O vestuário. Usos e costumes, entretenimentos, jogos. Idade em que costumam fazer-se os casamentos. Idade dos pais quando nasce o primeiro filho. Práticas abortivas.
- 7.º — Características anatómicas e fisiológicas gerais da população. Seu psiquismo. Temperamentos. Constituição. Índole. Carácter. Criminalidade. Prostituição. Infracções mais vulgares. In-

fluência do alcoolismo, sífilis, etc. Religiosidade. Superstições. Costumes típicos.

- 8.º — Endemias e epidemias registadas no concelho. Carbúnculo. Paludismo. Febre tifoide. Febre ondulante. Epizootias, sua importância em relação às populações.
- 9.º — Indústrias do concelho e de cada freguesia. Higiene dos operários. Trabalho das mulheres e das crianças. Indústrias agrícolas. Interesses, costumes e vícios que se opõem ao saneamento. Focos insalubres.
- 10.º — Lugares de reunião (igrejas, associações, clubes, cinemas, teatros, etc.). Cadeias, estabelecimentos de ensino e beneficência (escolas, hospícios, asilos, hospitais, sanatórios, etc.).
- 11.º — Número de médicos, farmácias, parteiras, enfermeiras, veterinários, e sua distribuição e habilitações. Dispensários. Acção que desenvolvem. Assistência na doença, na invalidez, etc. Centros de Saúde.
- 12.º — O município, sua vida económica, bens e interesses. Orçamento municipal. Verbas destinadas a defesa da saúde pública.
- 13.º — A sub-delegação de Saúde. Auxiliares. Obstáculos que se opõem à sua acção. Comissão Municipal de Higiene. Movimento geral da sub-delegação. Higiene social.
- 14.º — Síntese das condições gerais do concelho que de qualquer modo influem no individuo e na raça, contribuindo para o seu depauperamento (alcoolismo, sífilis, etc.). Crítica geral debaixo do ponto de vista sanitário e eugénico. Plano de melhoramentos.
- 15.º — Bibliografia geral referente a tudo o que interesse ao estudo do concelho. Plantas, mapas, fotografias, etc.

Os prémios agora distribuídos foram concedidos pela seguinte ordem:

- 1.º prémio ao Dr. Arquimínio Rogério Simões Eliseu, pelo seu trabalho *Esboço duma Topografia Médica do Concelho de Sousel*.
- 2.º prémio (em partes iguais) aos Drs. António Pires Carrondo e Mário Vieira de Sá, respectivamente pelos seus trabalhos sobre *Matadouros Portugueses e Abastecimento de Leite à Cidade de Lisboa*.
- 3.º prémio ao Dr. Luís Vaz Tecedeiro, pelo seu trabalho *Esboço da Topografia Médica da Chamusca*.

*
* *

Foram já publicadas, das monografias feitas por alunos do Curso de Medicina Sanitária, as seguintes:

De que se morre no Ribatejo, por Renato Simões Gameiro.

Elementos para a Topografia Médica do Sabugal, por Joaquim Gerardo Pinção Crujo e Raul Francisco Xambre Bento.

A Raiva, por António Oscar Carmona Rodrigues (médico veterinário).

Elementos para a Topografia Médica de Sousel, por Arquimínio Rogério Simões Eliseu, todos quatro publicados na *Medicina Contemporânea*, nos n.ºs 7, 9 e 11, de 1947 e 2 e seguintes, de 1948.

Bioquímica das Águas Residuais, pelo Engenheiro José Falagueiro Pinto Fonseca, publicada no n.º 10 do Boletim do Instituto Ricardo Jorge, em 1947.

Instituições de Assistência do Ribatejo, por César Levy Marques Guimarães, publicado no Livro do II Congresso Ribatejano em 1948.

Características Médico-Sociais da Tuberculose, por Nuno Álvaro Barata de Oliveira e Carmo Botelho de Medeiros, publicado no *Jornal do Médico* (n.º 621/625), em 1948.

Educação e Higiene Mental Infantil, publicado num jornal noticioso em 1947.

Bruceloses, por Mário Júlio de Oliveira Teixeira, médico-veterinário, publicado na *Medicina Contemporânea* a partir do n.º 1 de 1950.

*
* *

Além dos quatro trabalhos premiados, outros houve que mereceram as atenções do júri.

Foram eles: *Elementos para a Topografia Médica do Concelho de Aveiro* por Mário José Pires e José Mário de Barros e Sá, *Elementos para a Topografia Médica do Concelho de Mação*, por Samuel Canas, *Elementos para a Topografia Médica do Concelho do Sabugal*, por Joaquim Gerardo Pinção Crujo e Raul Xambre Bento, *Elementos para a Topografia Médica do Concelho de Aviz*, por D. Odette Mota, *Bioquímica das Águas Residuais*, pelo engenheiro José Falagueiro Pinto Fonseca, *Bruceloses*, por Mário Júlio de Oliveira Teixeira (médico-veterinário), *A Raiva*, por António Oscar Carmona Rodrigues (médico-veterinário) e *Elementos para a Topografia Médica de Grandola*, por Otilio Cabrita.

*
* *
*

Entre os estudos de topografias médicas feitos por alunos do Curso de Medicina Sanitária contam-se, além dos referidos, os dedicados a *Alvito*, *Almada**, *Alenquer**, *Porto de Moz*, *Santa Marta de Penaguião*, *Covilhã* (concelho e cidade em separado), *Oliveira de Frades*, *Alfândega da Fé*, *Vila Verde*, *Óbidos*, *Fornos de Algodres*, *Matosinhos*, *Bombarral*, *Albergaria-a-Velha*, *Pedrógão Grande*, *Vale de Cambra*, *Grandola*, *Arcos de Val-de-Vez*, *Espinho*, *Ermezinde*, *Ilhas (Goa)*, *Bardez (Goa)*, *Cadaval*, *Sintra*, *Cascais*, *Vila Franca de Xira*, *Setúbal*, *Santiago do Cacém*, *Silves*, *Portimão*, *Odemira*, *Seixal*, *Montijo*, *Alcochete*, *Mangualde*, *Oeiras*, *Sesimbra*, *Loures*, *Azambuja*, *Lourinhã*, *Abrantes*, *Elvas*, *Beja*, *Mora*, *Torres Vedras*, *Tomar*, *Cartaxo*, *Mirandela*, *Mafra*, *Loulé* e *Arruda dos Vinhos*.

(Os arceriscos indicam que sobre os concelhos cujos nomes vão marcados com eles foram escritas duas monografias).

NOTA BIBLIOGRÁFICA — Sobre o assunto deve ler-se o livro de René Sand — *Vers la Médecine Sociale* e o de J. F. de Macedo Pinto — *Medicina Administrativa e Legislativa*.

F. S. C.

A estatística ao serviço da Medicina Preventiva ⁽¹⁾

Ex.^{mos} Senhores

Quis o Sr. Dr. Fernando da Silva Correia, ilustre Director do Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge, que o Professor de Higiene da Universidade de Coimbra aqui viesse fazer uma lição, dando-lhe para tema «A ESTATÍSTICA AO SERVIÇO DA MEDICINA PREVENTIVA».

Aceitei pronta e reconhecidamente o convite gentil, mas confesso sinceramente que só depois disso comecei a medir as responsabilidades da minha atitude. Na verdade que poderia eu vir dizer a esta Casa que pudesse merecer a atenção de sanitaristas tão distintos e com tão larga e brilhante folha de serviços prestados à Saúde Pública?

Que novidades poderia eu trazer aqui, onde durante tantos anos refulgiu o talento excepcional desse Homem que foi honra e glória dos sanitaristas portugueses de todos os tempos!

Por outro lado o assunto a versar, tão árido e tão delicado de expor e fazendo parte duma ciência em que tantos e tão grandes progressos se têm realizado nos últimos tempos, que poderia vir aqui dizer um profano dessas matérias, que pudesse merecer algum interesse?

No espírito do Sr. Dr. Fernando Correia certamente deve ter imperado, para a escolha deste assunto, a circunstância de ter havido na minha preparação profissional uns laivos, já longínquos e esbatidos, de Ciências exactas. Não deixo de reconhecer que essas pequenas noções me tem sempre prestado bastantes serviços, mas a estatística tem-se desenvolvido tanto nos últimos tempos que eu, sem nada dizer

(1) Conferência proferida no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge em 20 de Abril de 1950 no dia do encerramento da II Reunião dos Delegados de Saúde.

de novo, dar-me-ia por satisfeito se conseguisse ao menos vincar um pouco mais no espírito de V. Ex.^{as}, o seu alto interesse no estudo dos problemas da nossa especialidade. Referir-nos-emos portanto, no decurso desta despretenciosa palestra, despida de roupagens literárias e apresentada apenas com a preocupação da descrição exacta dos factos e da precisão e rigor na interpretação dos seus resultados, aos métodos fundamentais da estatística que tem aplicação no estudo de problemas sanitários de colectividades humanas, ilustrando por meio de alguns exemplos, os valiosos ensinamentos que ela nos pode fornecer.

Em estatística estudam-se conjuntos de dados quantitativos afectados por uma multiplicidade de causas. Chamam-se métodos estatísticos aqueles métodos especialmente adaptados para esclarecer esses dados quantitativos, e, nesta ordem de ideias, poderemos ainda chamar teoria estatística à exposição ordenada desses métodos.

Estes métodos e esta teoria têm aplicação em numerosas ciências, sendo talvez a astronomia aquela ciência que primeiro colheu os seus valiosos frutos.

Durante muitos anos os astrónomos de vários países acumularam notas e registaram posições sobre o movimento dos corpos celestes e, sabe-se que com elas puderam prever eclipses e determinar as posições das estrelas. As leis a que obedecem os movimentos dos planetas (lei

das áreas, $\frac{T_2}{T'_2} = \frac{a_3}{a'_3} \dots$) e sobre as quais Newton fundou a sua

célebre teoria da gravitação universal foram descobertas por Kepler, que para isso se serviu dos numerosos dados estatísticos que pacientemente foram recolhidos, durante toda a vida, pelo astrónomo Ticho Brahé (1546-1601). Kepler demonstrou que tais conjuntos de dados estatísticos se não coadunavam com a teoria geocêntrica, até então admitida para explicar o sistema solar, mas sim e unicamente, com a teoria heliocêntrica, que de então para cá passou a ser admitida.

Este método científico de estudo foi mais tarde aproveitado por investigadores de outros domínios científicos, sobretudo depois que Francisco Bacon (1561-1626) afirmou que o conhecimento da natureza sòmente podia adquirir-se pelo estudo dos dados colhidos da observação da própria natureza. E, ao reconhecer-se que estes métodos eram de resultados surpreendentes no estudo das ciências físicas, outros investigadores começaram a adoptá-los nos domínios demográfico, político, económico e social.

A medicina social visto ser constituída à custa de subsídios fornecidos por diversas ciências utilizará, como é óbvio, os métodos de estudo próprios destas ciências. Assim, das disciplinas médicas aproveita o exame clínico ou anátomo-clínico de doentes e sãos (quer no domicílio, na escola, na oficina, nos hospitais, dispensários, serviços médico-desportivos, de orientação e selecção profissionais). Por outro lado, verificando o que acontece a determinadas camadas da sociedade vivendo em dadas condições de existência (desempregados, etc.) ou submetidos a determinada alimentação, faz o investigador verdadeiras observações ou mesmo experiências científicas e utiliza então os chamados métodos estatísticos. Realizando mensurações e pesagens em antropometria e em psico-física (método dos tests), promovendo inquéritos, etc., emprega ainda os métodos estatísticos. Organizando monografias com a descrição numérica dos diversos elementos que caracterizam o estado sanitário e o esforço desenvolvido por uma ou outra colectividade ou região, determinando índices demográficos, económicos e sociais, ou ainda índices relativos às condições de meio, índices profiláticos, terapêuticos, de organização higiénica e social, é sempre ao emprego dos métodos estatísticos que temos necessidades de recorrer. Desnecessário se torna encarecer que é a estatística que nos dá a medida exacta dos fenómenos sociais, o rendimento de instituições sanitárias, pondo em evidência os defeitos a corrigir, as lacunas a fazer desaparecer, orientando com precisão os programas de acção a desenvolver e os planos de reforma que convém executar.

Mas os métodos estatísticos não interessam somente ao sanitarista; interessam de igual modo a todo aquele que trabalha no laboratório e mesmo ao médico em geral, como teremos ocasião de apreciar por meio de alguns exemplos.

Tratando-se por exemplo de medir a resistência de um animal de dada espécie a uma toxina microbiana, não é em geral com um só animal que poderemos resolver o problema.

Quer se trate de uma toxina muito ou pouco enérgica, nós temos que recorrer em geral a vários animais.

Com efeito, se a dose é pequena e o animal não morre com uma só injeção no período considerado, já não poderemos voltar a usar o mesmo animal, utilizando agora doses maiores de toxina, porque a resistência desse animal tornou-se diferente depois que foi injectado uma vez.

Se pelo contrário a dose é grande e o animal morre antes do período considerado é evidente que teremos de proceder a diluições pro-

gressivas da toxina em questão para experimentar depois o seu efeito numa série de animais.

Em qualquer das hipóteses, portanto, temos que utilizar o método estatístico.

Mas há mais. Por toda a parte se procede, presentemente, ao contrôle biológico de medicamentos, experimentando estes em vários animais e reputando-se este método estatístico muito mais sensível do que os métodos químico e físico-químico.

Embora as palavras «demografia e estatística» sejam de emprego relativamente recente, não indo a mais antiga além dos meados do século XVIII, a contagem da população é muito anterior aos começos da era cristã. Era já praticada pelos povos da antiguidade (chineses, egypcios, hebreus, gregos e romanos) com objectivos de aplicações fiscaes, ou para fins bélicos (para conhecimento dos indivíduos que poderiam pegar em armas). Até aos fins do século XVIII pode dizer-se que quasi todos os estudos sobre a população eram feitos por particulares, muito embora utilizassem dados administrativos ainda não publicados.

A partir desta data começam a ser criados por toda a parte serviços especiais de estatística, determinando-se tabuas de mortalidade, procurando-se as suas relações com cálculo das probabilidades para melhor facilitar a interpretação desses dados. Começam na *Suécia* (1686) os registos obrigatórios do movimento da população (nascimentos, casamentos e óbitos) seguidamente em *França* (1781), *Prússia* (1816), *Austria* (1819) *Dinamarca* (1831) *Inglaterra* (1838) e um pouco mais tarde em *U. S. A.* A criação e a extensão que as estatísticas oficiais regulares tiveram a partir do século XIX foram dando aos estudos demográficos um desenvolvimento científico progressivamente crescente. Distinguiram-se nesse campo, em *França*, Laplace, Fourier, Poisson, Cournot; em *Inglaterra* Gompertz, Makeham, Carlile, J. Finlaison e W. Farr e Westergaard.

Mas de todos os estatistas o maior nome deste período (1800-1850) foi sem dúvida o de Quetelet (belga) que no seu livro «Física social» fez a afirmação de que as regularidades verificadas pelos métodos estatísticos são afinal os reflexos das leis que dominam os fenómenos, quer na ordem física, quer na ordem moral. O conceito do homem médio, com os caracteres típicos da observação estatística, aparece pela primeira vez defendido por Quetelet.

A partir de 1850 a estatística demográfica entra numa nova fase com a realização de congressos internacionais (o primeiro foi em Bruxelas em 1853) a que se seguem a breve trecho a criação de institutos

internacionais, a publicação de anuários e numerosas revistas da especialidade. Esta fase de colaboração internacional de estatistas teóricos com demógrafos e economistas, foi de acentuado progresso em demografia, sobretudo nas suas relações com os factores de ordem económica e social (indústrias, profissões e habitação). As estatísticas tornam-se cada vez mais pormenorizadas analisando-se detalhadamente todos os factores susceptíveis de exercer sobre elas quaisquer influências (quer as de natalidade, nupcialidade, fecundidade e de óbito). Estudam-se os índices de nado-mortalidade legítima e ilegítima, o problema da fecundidade é apreciado nas suas relações com a idade da mãe e do pai, com a duração do casamento, com a profissão, etc. A fim de facilitar a comparação de índices semelhantes em povos diferentes têm eles sido rectificadados sobre a base da população tipo, como por exemplo nós tivemos ocasião de estudar em relação ao problema da mortalidade geral que referimos ao tipo populacional padrão aconselhado pela Secção de Higiene da Sociedade das Nações.*

O problema da fecundidade passou a ser estudado, como também nós fizemos, em relação não só à população geral como e mais racionalmente em relação aos indivíduos do sexo feminino nas idades de 15 a 45 anos. Constroem-se tabuas de mortalidade (em Portugal foram feitas pelo Dr. Pais Morais, técnico distinto do Instituto Nacional de Estatística) por combinação do resultado do recenseamento por idades com os respectivos registos da mortalidade. Os métodos de cálculo que no período anterior tinham progredido graças aos trabalhos de W. Farr (Inglaterra) e de Quetelet (Bélgica) tomam agora uma orientação nova reclamada pelos estatistas Van Pesch e Kapp. Há necessidade de uma dupla classificação da mortalidade por anos de idade e por anos de nascimento, problema que veio a ser resolvido pelos trabalhos do matemático Zeuner (1865) e a que Lexis mais tarde, em 1878, deu a conveniente representação gráfica. E, já nos nossos dias, temos os trabalhos notáveis de Lotka e Kucznski com a introdução de novos coeficientes tais como os *chamados índices de reprodução*, que tem ajudado alguns estatistas americanos (Notestein e colaboradores) a fazer trabalhos de previsão dentro de prazos de vinte a trinta anos.

Como acaba de ser visto, os progressos da demografia andam intimamente ligados aos da estatística. Se esta se desenvolveu e se tornou

* Este trabalho foi publicado nos números 3, 4 e 5 da Revista do Centro de Estudos Demográficos (Inst. Nac. de Estatística).

mais científica (sempre em contacto com as teorias das probabilidades) resolvendo os problemas presentes pelos demógrafos, estes por sua vez lucraram muito com a aplicação aos problemas demográficos de métodos, fórmulas e resultados necessários apresentados pelos estatistas e que até então lhes era vedado conhecer. Adquiriram assim um maior domínio sobre os problemas tratados.

É às investigações de F. Galton sobre a hereditariedade que se deve o início do magnífico desenvolvimento que tomou em Inglaterra sobre o impulso de Karl Pearson, a teoria das correlações (cálculo de correlação). A par da biometria, ou seja o estudo estatístico dos caracteres físicos, se desenvolve também a estatística das medidas mentais com a análise dos diversos tests psicológicos. A estatística alargou agora o seu âmbito a um conjunto de disciplinas científicas pois se tornou aplicável todas as vezes que os factos são considerados, *não isoladamente*, mas em grupos numerosos, qualquer que seja a natureza das unidades que os formem (seres vivos, objectos ou mesmo quaisquer conceitos).

Na aplicação da estatística às colectividades humanas nunca se deve perder de vista que os seres ou factos pertencentes a essa colectividade devem apresentar traços comuns, apresentar-se logicamente ordenados, muito embora possam divergir uns dos outros por apresentarem quaisquer outros caracteres ou atributos diferentes. Os métodos estatísticos dividem-se em duas categorias: a) métodos de elaboração; b) métodos de utilização, consistindo respectivamente os primeiros na colheita de dados e os segundos na sua interpretação.

Métodos de elaboração — Estes métodos são essencialmente descritivos e consistem na observação e recolha de dados, apresentados por forma clara e simples em quadros ou gráficos. Podem por sua vez ser divididos em métodos directos e indirectos. Nos métodos directos faz-se a observação pessoal de cada unidade da colectividade num dado instante ou no decurso de certo tempo (recenseamentos, registo do estado civil), etc. É evidente que são estes os melhores e a eles se deve recorrer sempre que seja possível. Usaremos métodos indirectos sempre que tenhamos de utilizar estimativas, inquéritos sobre grupos de população com valor significativo, para apreciação de uma colectividade estatística. As unidades estatísticas usadas em demografia são: 1) o *indivíduo*, podendo diferenciar-se por caracteres de ordem física ou mental (sexo, idade, raça, saúde. . .) de ordem legal ou adminis-

trativa (estado, naturalidade, etc.) de ordem social ou cultural (profissão, língua, cultura, etc.). 2) a *família* (pai, mãe, filhos), podendo diferenciar-se conforme o número dos filhos, a idade dos cônjuges, tempo de casamento dos mesmos, etc. 3) *pensões*, agregando a si indivíduos de diversas famílias. 4) estabelecimentos ou *lugares de trabalho* (fábricas e oficinas) etc. nos diversos ramos da actividade industrial, comercial e agrícola; 5) *geração*, conjunto de indivíduos nascidos num determinado espaço de anos.

Erros das informações estatísticas — O descrédito que para certas pessoas tomou a estatística é proveniente de duas ordens de factores: por um lado o reduzido número de observações utilizadas (sem se lembrarem que os raciocínios estatísticos são baseados nas analogias entre frequências estatísticas e a noção de probabilidade e, esta última, é deduzida, como se sabe, a partir da lei dos grandes números; por outro lado, é ainda devido à indiferença com que o público acolhe por vezes, embora sem razões sérias, os resultados e trabalhos desta natureza. Biraud diz que os números não são mais do que expressões dos factos e se estes não existem, estão mal agrupados, ou representam fenómenos heterogeneos, certo é que dão lugar a juízos errados, mas a culpa não é dos números, mas sim daquele que os utilizou sem conhecer o seu verdadeiro significado.

Convém observar sempre as conhecidas regras de Quetelet: 1.^a, não ter ideias preconcebidas acerca dos resultados que hão de dar os números; 2.^a, não afastar qualquer número pelo facto de parecer contrário àquilo que se pretende demonstrar; 3.^a, não comparar aquilo que não é de forma alguma comparável.

Procedendo-se assim, já não há lugar para repetir a frase injusta que alguém com responsabilidade proferiu um dia em público: «há três modalidades de mentira — a mentira propriamente dita; a calúnia e a estatística».

Recolhidos os valores das diferentes unidades estatísticas, em trabalhos de maior envergadura (por exemplo recenseamentos) há que proceder ao apuramento de todos esses dados, serviço que está a cargo de indivíduos especializados e que consta de: a) contróle de documentos recebidos eliminando-se alguns por inexactos e incompletos; b) classificação em unidades estatísticas e contagem das unidades de cada grupo; c) adopção de uma nomenclatura uniforme; d) ordenação destas unidades no sentido crescente ou decrescente.

MÉTODOS DE UTILIZAÇÃO ESTATÍSTICA

Vejamos agora o caminho que se deve seguir para interpretar estes dados e quais os resultados que tais observações nos permitem conhecer. Trata-se agora de analisar estas séries definindo por meio de alguns coeficientes típicos (médias, índices diversos de frequência, etc). as regularidades, as permanências ou as variações constatadas, investigar as suas causas, comparar com outras séries que digam respeito a factos semelhantes, ou até diferentes, para descobrir, nesta última hipótese, as relações que porventura possam existir entre esses factos. Há duas noções que são análogas e, nesta analogia, se funda o corpo de doutrinas que a estatística oferece à demografia. *São elas a frequência estatística e a noção de probabilidade.*

Ensina-nos o cálculo das probabilidades que por probabilidade de um acontecimento se deve entender a relação entre o número de casos favoráveis e o número de casos possíveis desse acontecimento. Por outro lado em estatística, nós entendemos por frequência estatística a relação entre o número de unidades estatísticas que satisfazem a uma dada condição previamente fixada e o número de unidades estatísticas susceptíveis de satisfazer eventualmente a essa mesma condição.

Tem portanto a frequência estatística também o valor de uma probabilidade. Nos dois casos o denominador é sempre formado por todos os casos possíveis e só por esses. Mas, diz-se no cálculo das probabilidades, que, para que uma probabilidade seja bem definida, é necessário não só que o denominador contenha todos os casos possíveis como ainda que esses casos sejam igualmente possíveis. O mesmo se deve dar com a frequência estatística. Com efeito, a relação $\frac{M}{P}$ pode representar a mortalidade geral de um povo, mas, como a frequência de mortes varia com a idade, ter-se-á uma imagem mais exacta da realidade, a frequência estatística será melhor definida, calculando a mortalidade, não em relação à população geral, mas sim por idades da vida. Para que o cálculo de frequência estatística conduza a resultados significativos duas condições são então essenciais: a) que a colectividade considerada apresente um número suficiente de unidades estatísticas para se poder raciocinar como na lei dos grandes números (grande número de casos); b) que a colectividade seja suficientemente homogênea para dar o valor típico aos coeficientes calculados.

Referindo-se ao clássico exemplo da tiragem repetida de bolas brancas e pretas numa urna, Laplace afirmou: a probabilidade definida pela relação entre o número de bolas brancas e o número total de bolas extraídas aproximar-se-há tanto quanto nós quisermos da relação entre o número de bolas brancas e o número total de bolas existentes realmente na urna». Factos semelhantes se podem observar com as séries de frequências de estatísticas demográficas (por exemplo, a relação entre os sexos dos recém-nascidos, verifica-se que se torna igual a *um* se as séries de que nos servimos forem muito numerosas).

Outra condição necessária é a da homogeneidade dos grupos: assim por exemplo o índice de mortalidade de um dado grupo populacional só poderá fornecer indicações significativas quando esse grupo apresentar uma composição por idades tão vizinha quanto possível do chamado tipo normal. Sabe-se mais que a composição do grupo por idades ainda não basta e se quisermos valores mais significativos para esse índice, temos que, além das idades, considerar a mortalidade por estados (solteiro, casado, viuvo), por profissões, etc. Fraccionam-se deste modo os grupos estatísticos a fim de os tornar homogêneos mas, claro está, isso só pode fazer-se até certos limites, porque além deles, deixavam já de ser suficientemente numerosos, que é a primeira condição a que têm de satisfazer. Há séries estatísticas simples (de uma só variável) e há séries estatísticas complexas quando o número de variáveis é igual ou superior a 2. Analisemos agora uma série estatística simples: para a representarmos em coordenadas cartesianas, marcaremos os valores variáveis da escala da intensidade do carácter a observar sobre o eixo das abcissas e os valores correspondentes das frequências estatísticas sobre os eixos dos yy' (em ordenadas). Obteremos assim o poligno, ou curvas de frequência, conforme o carácter estudado não varia, ou varia, de modo contínuo.

Na descrição desta curva devemos pôr em evidência todas as particularidades dignas de menção; assim haverá um valor central ou típico dessa distribuição que pode ser a média aritmética ou geométrica (simples ou pesada), uma mediana (número que tem antes de si tantos termos como tem depois), uma moda (que é o valor mais frequente ou dominante dessa série).

Convém frisar desde já que nenhum destes valores centrais caracteriza a distribuição dos valores da série em questão. Outro tanto se poderá dizer da amplitude de variação, ou seja o afastamento entre os valores extremos da série e ainda do coeficiente de variação, ou seja a grandeza relativa do afastamento normal em relação à média

aritmética, referido a 100, nenhum dos quais dará ideia exacta da maneira como os valores da série de frequência são distribuídos em volta da média. Essa distribuição somente pode ser avaliada pela determinação do afastamento médio ou melhor, pelo *afastamento quadrático médio*, também chamado afastamento tipo. A analogia entre uma frequência estatística e a lei das probabilidades é tão estreita que ambas podem ser representadas por uma mesma curva e por uma mesma função. Chama-se distribuição normal aquela que corresponde à curva de Gausse-Laplace, curva simétrica, típica e com um único vértice. Foi a representação da frequência estatística por esta curva que levou Quetelet a falar da noção do homem médio.

Muitas distribuições estatísticas porém afectam formas diferentes da lei normal. Por vezes a curva de distribuição ajusta-se bem à equação duma curva, cujos coeficientes nós podemos determinar então por diversos métodos (métodos dos menores quadrados, interpolação, métodos dos momentos, desenvolvimentos em série, etc.). O cálculo das probabilidades permite-nos assim resolver os problemas da representação analítica duma distribuição estatística e da descrição duma série de observações. Mas estes métodos são susceptíveis ainda de outras aplicações desta ciência. Entre os problemas que não podem ser resolvidos sem o seu auxílio figura o problema dos grupos de Sampling, também chamado método representativo. Quando uma observação estatística não pode por motivos óbvios generalizar-se a todos os elementos dum conjunto, mas apenas a uma parte, importa saber qual é a probabilidade para que as observações feitas sobre essa parte possam aplicar-se a todo o conjunto.

APLICAÇÕES DA ESTATISTICA A PROBLEMAS CORRENTES DEMOGRÁFICO-SANITARIOS

CRESCIMENTO POPULACIONAL

Um dos problemas que interessa de modo especial o sanitaria e o demógrafo é o crescimento da população. Admitem uns que ele obedece à lei das progressões aritméticas, outros opinam que se aproxima mais da lei das progressões geométricas e ainda outros julgam que esse crescimento pode melhor ser traduzido por uma curva conhecida pelo nome de logística. O critério mais seguro consiste então em

fazer a contagem pelo método directo cada cinco ou dez anos — recenseamento da população — e, nos intervalos, calcular a população com a ajuda de uma das leis atrás indicadas.

Progressão aritmética

Seja $a_1 \cdot a_2 \cdot a_3 \dots a_n$ uma progressão aritmética; será por definição

$$\begin{aligned} a_2 &= a_1 + r \\ a_3 &= a_2 + r = a_1 + 2r \\ a_4 &= a_3 + r = a_1 + 3r \\ &\dots\dots\dots \\ a_n &= a_1 + (n-1)r \quad (1) \end{aligned}$$

Fazendo corresponder aos termos a_1 e a_n os valores de dois recenseamentos consecutivos, a fórmula (1) dá $r = \frac{a_n - a_1}{n - 1}$ expressão que representará o crescimento anual da população.

Progressão geométrica

Seja $A_1 : A_2 : A_3 \dots : A_n$ uma progressão geométrica; por definição será

$$\begin{aligned} A_2 &= A_1 q \\ A_3 &= A_2 q = A_1 q^2 \\ A_4 &= A_3 q = A_1 q^3 \\ &\dots\dots\dots \\ A_n &= A_1 q^{n-1} \quad (2) \end{aligned}$$

Da fórmula geral (2) tira-se $q = \sqrt[n-1]{\frac{A_n}{A_1}}$

onde

$$\log q = \frac{\log A_n - \log A_1}{n - 1}$$

que nos dá o valor de q .

Fazendo então corresponder aos termos A_1 e A_n os valores de dois recenseamentos consecutivos, a fórmula anterior dar-nos-á a razão, ou seja, o crescimento anual da população.

Por comodidade adopta-se no I. N. E. a fórmula das progressões aritméticas, mas verifica-se, por altura dos recenseamentos, que existe uma diferença acentuada entre a população calculada e a população contada.

Segundo alguns estatistas, o crescimento populacional obedece a uma curva cuja equação é $y = \frac{K}{1 + b e^{ax}}$ e que é designada pelo nome de logística.

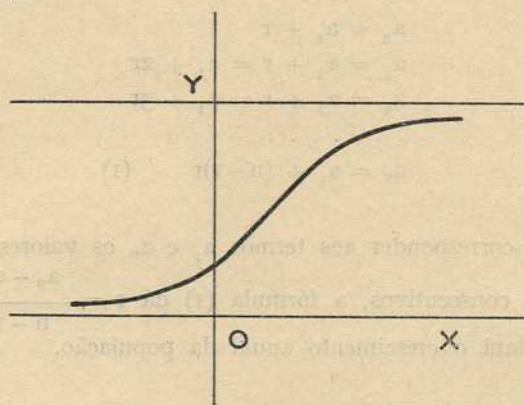


FIGURA 16 — Logística

O conhecimento dos valores que vai atingindo a população torna-se indispensável ao sanitarista para determinar, como deve, os índices de mortalidade e de morbilidade anuais da área que lhe é confiada.

MÉDIAS

Uma expressão frequentemente usada em estatística é a de *médias* de séries numéricas (média aritmética, simples e média aritmética pesada, média geométrica simples e média geométrica pesada) e a minha observação diz-me que não conhece muitas vezes, o médico, a vantagem de uma ou de outra dessas médias, nem mesmo, por vezes, sabe fazer a sua determinação.

Média aritmética duma série é por definição

$$\text{M.A.} = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + \dots}{n} = \frac{\sum x_n}{n}$$

Se em lugar de uma só série dispusermos das 2 séries I e II :

$$\begin{array}{l} \text{(I)} \quad 6 \quad 5 \quad 8 \quad 4 \quad 8 \quad 6 \\ \text{(II)} \quad 10 \quad 14 \quad 13 \quad 15 \end{array} \quad \text{cujas médias são} \quad \left\{ \begin{array}{l} \text{m.a.} = 6,16 \\ \text{m.a.} = 13 \end{array} \right.$$

e quisermos agora obter a média do conjunto das duas séries, muitos dirão, imediatamente, que é $\frac{6,16 + 13}{2} = 9,58$

quando, afinal de contas, a verdadeira média desse conjunto é

$$\frac{6 + 5 + 8 + 4 + 8 + 6 + 10 + 14 + 13 + 15}{10} = 8,9$$

De um modo geral, uma média de outras médias não representa a média formada pelo conjunto das séries a que dizem respeito essas médias; pode no entanto calcular-se a partir delas, depois de multiplicar cada uma pelo número de termos com que foi calculada, somar esses produtos e dividir depois pelo número total de termos. A uma média assim calculada chama-se média aritmética pesada.

Ex. Se um delegado de saúde tem na sua área

4	povoações com uma natalidade de 20	
2	»	»
7	»	»
5	»	»
4	»	»
		22
		21
		25
		27

e quiser calcular a natalidade média de toda a área, não deve somar os cinco números da última coluna e dividir por 5 (o que daria 23), mas sim efectuar as operações seguintes:

$$\frac{8 \times 20 + 2 \times 22 + 7 \times 21 + 2 \times 25 + 2 \times 27}{21} = 21,6$$

Por vezes a diferença é ainda mais acentuada.

Média geométrica da série x_1, x_2, x_n é por definição

$$\text{M.g.} = \sqrt[n]{x_1 x_2 x_3 \dots x_n}$$

Se o número de termos for superior a 2 a determinação desta média obriga-nos já a recorrer ao cálculo logarítmico, mas isso não importa visto que esta média goza de vantagens superiores às da média aritmética, uma das quais é ser pouco influenciada pelas oscilações extremas dos valores da série a que diz respeito, o que não acontece com a média aritmética.

Se obtivermos as médias geométricas de várias séries e quisermos calcular, a partir delas, a média geométrica da série total, raciocinando por analogia, chegar-se-ia à fórmula:

$$M.g. = \sqrt[n]{x^{n'} \times y^{n''} \times z^{n'''}}$$

sendo x y z as médias parciais e n', n'' e n''' os números de termos de cada uma das séries parciais consideradas.

Além das médias atrás referidas há outros conceitos estatísticos de grande interesse, tais como as medianas e as modas.

Dispersões ou desvios

Desvios simples

Este conceito de desvio simples exprime a amplitude das oscilações de termos de uma série em relação a determinados termos da mesma, particularmente à média. Desvio médio de uma série será então a média aritmética dos desvios simples dos termos dessa série em relação à média.

Desvio padrão é, por definição, a raiz quadrada da média aritmética dos quadrados dos desvios simples e representa-se por

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (d)^2}{n}}$$

Exemplo — Um funcionário sanitário tem na sua área, por cada 100 mortes, uma mortalidade por afecções tuberculosas variando do seguinte modo:

3 povoações	21	por af. tuberc.
6 »	14	» » »
8 »	10	» » »
8 »	8	» » »
2 »	5	» » »

Calcular a média aritmética e o respectivo desvio padrão

$$\frac{3 \times 20 + 6 \times 14 + 8 \times 10 + 8 \times 8 + 2 \times 5}{27} = \frac{301}{27} = 11,1$$

Os desvios e os quadrados dos desvios em relação à média, serão

	Desvio	Quadrados
21	- 3,1	98,01
14	- 6,1	8,41
10	+ 9,9	1,21
8	+ 2,9	9,61
8	- 1,1	9,61
5	- 3,1	37,21

Multiplicando estes quadrados dos desvios pelo número de povoações a que cada um diz respeito e somando e dividindo pelo número total, vem

$$\frac{505,47}{27} = 18,72$$

$$\sqrt{18,72} = 4,3$$

Para efeitos de comparação a estabelecer com outras séries, o desvio padrão costuma referir-se a 100 e teremos então nesse caso, o chamado coeficiente de variação da série.

Índices

Muitas vezes o sanitarista trabalha, não com séries de valores absolutos mas sim com determinados índices (mortalidade, de morbilidade, de natalidade, de nupcialidade. . .). Todos estes índices procuram caracterizar um dado fenómeno não por valores absolutos mas referindo-se em geral a uma potência de 10 (que pode ser 1.000, 10.000, 100.000).

É desnecessário encarecer as vantagens de tais índices. Procuramos, por exemplo, avaliar as condições higiénicas duma dada localidade pelo valor dos seus índices de morbilidade ou de mortalidade geral ou específicas, mas, muitas vezes, tais índices induzem-nos em

erros graves, porque abstraímos assim da estrutura demográfica da população em questão, o que é fundamental para o fim em vista.

Exemplo: imaginemos duas cidades P e P' nas seguintes condições:

	P	Cidade P 565.000 h	Mort.		P'	Cidade P' 565.000 h	Mort.
A	(5 a)	55.000	2.805	A'	30.000	1.760	
B	(5- 9 a)	45.000	215	B'	15.000	60	
C	(10-19 a)	110.000	415	C'	70.000	240	
D	(20-39 a)	245.000	1.755	D'	280.000	2.055	
E	(40-59 a)	95.000	760	E'	130.000	1.125	
F	(60- a)	15.000	1.280	F'	40.000	2.925	
		565.000	7.230			565.000	8.165

$$\text{Mortalidade geral} \left\{ \begin{array}{l} P) \frac{7.230 \times 1.000}{565.000} = 12,7 \% \\ P') \frac{8.165 \times 1.000}{565.000} = 14,4 \% \end{array} \right.$$

Se, como sanitaristas nos pronunciássemos apenas pelos valores da mortalidade geral, para apreciarmos a sanidade destas duas cidades, seríamos levados a afirmar que a cidade P se encontra em melhores condições higiênicas que a cidade P', o que não é verdade, como vamos já demonstrar.

Com efeito se repararmos nos números de indivíduos que existem em cada grupo de idades das duas cidades consideradas verificaremos que elas representam duas estruturas demográficas muito diferentes.

Determinando então a mortalidade etária das duas cidades referindo-as a uma estrutura ideal — milhão padrão

	Milhão padrão
A	83.168
B	79.194
C	162.315
D	289.654
E	238.333
F	147.336
	1.000.000

(média das estruturas demográficas dos povos da Europa num dado ano) teremos:

Se, de 55.000 morrem 2.805
de 83.000 morrerão x

$$\text{donde } x = \frac{2.805 \times 83.168}{55.000} = 4.241$$

E seguindo raciocínios semelhantes para todos os grupos A, B, C. . . A', B', C'. . . das duas cidades, formar-se-ia, com os resultados obtidos, o quadro

	P Mort.		P' Mort.
A	4.241	A'	4.873
B	377	B'	316
C	611	C'	555
D	2.073	D'	2.123
E	1.906	E'	2.049
F	12.567	F'	10.770
	21.775		20.686

que nos dão os valores da mortalidade que teriam as duas cidades se ambas tivessem a estrutura padrão.

Referidos a 1.000, esses índices de mortalidade corrigida em função da estrutura, serão então

$$\text{Ind. P} = 21,77 \text{ ‰}$$

$$\text{Ind. P'} = 20,68 \text{ ‰}$$

Quere dizer, das duas cidades em questão, é a segunda, ou seja a cidade P', que realmente se encontra em melhores condições higiénicas e não a primeira, como há pouco nos pareciam indicar os valores da mortalidade geral.

CURVAS DE FREQUÊNCIA

Estudando a distribuição das séries numéricas de muitos fenómenos naturais que variam no espaço e no tempo verificam-se muitas vezes certas relações ou melhor certas características traduzidas por uma curva típica — curva de Gauss-Laplace, ou seja a curva que representa os fenómenos que variam exclusivamente sob a acção do

acaso. No eixo do xx' marcam-se as diferentes intensidades do fenómeno em estudo e em perpendiculares levantadas nesses pontos marcam-se os correspondentes valores de frequência do referido fenómeno, correspondendo a maior frequência à média.

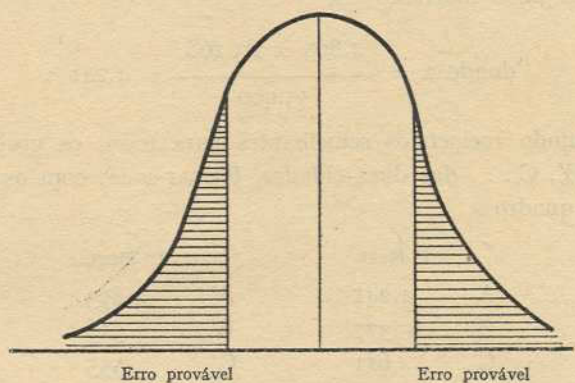


FIGURA 17

Com a maior ou menor regularidade nos aparece esta curva, por exemplo, na representação gráfica de diversas epidemias, nas variações quer ponderais quer estaturais observadas em indivíduos da mesma idade, da mesma raça e nas mesmas condições de vida e ainda em

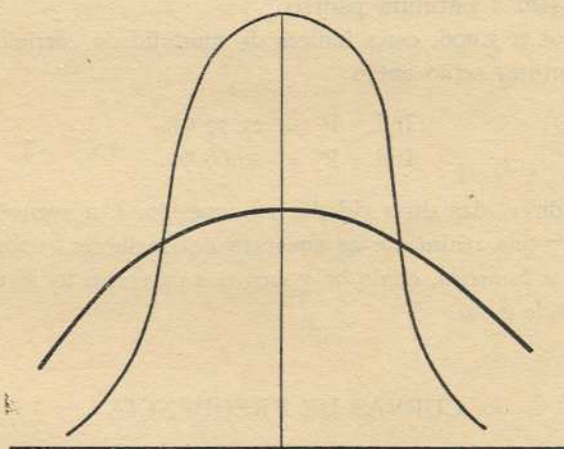


FIGURA 18

muitos outros fenómenos demográficos e sanitários. Foi Quetelet quem primeiro verificou que os valores representativos das frequências da curva de Gauss são precisamente os mesmos coeficientes que aparecem

no desenvolvimento do binómio de Newton e que nós sabemos que se podem determinar com o auxílio do triangulo de Pascal. A parte que diz respeito ao acaso na distribuição dos fenómenos naturais é, nem mais nem menos, de que aquela que é representada pela curva de Gauss. Todos os afastamentos, todos os desvios, maiores ou menores, em relação a essa curva, são devidos a causas determinadas, que nada têm já com o acaso e sobre as quais poderemos porventura exercer acção eficaz. Nos gráficos (Figs. 17 e 18) estão representadas duas séries numéricas diferentes (com distribuição diferente) mas tendo ambas a mesma média aritmética, a mesma mediana e a mesma moda. Portanto estes três conceitos relativos às séries numéricas nada nos podem dizer quanto à distribuição dos valores dessas séries em relação às suas médias; não poderemos portanto por eles saber se estão muito ou pouco afastados delas. Para se conseguir esse objectivo há que determinar o desvio quadrático médio, o desvio padrão, ou o erro provável.

DESVIO OU ERRO PROVÁVEL

Outros conceitos existem que são porém de maior aplicação e interesse em estatística. Estudando as necessidades energéticas de adultos do sexo masculino e sujeitos às mesmas condições de trabalho moderado, encontrou Slosse (Bruxelas), em 97 indivíduos escolhidos ao acaso dentro das condições indicadas, os seguintes resultados, em hectocalorias.

Hectocal.	Freq.	Hectocal.	Freq.	Hectocal.	Freq.
18	1	31	5	40	2
19	1	32	9	41	2
24	4	33	8	42	2
25	1	34	3	44	1
25	4	35	5	47	2
27	1	36	3	48	2
28	1	37	7	49	1
29	4	38	7	61	1
30	13	39	6	64	1

A média aritmética pesada será:

$$\frac{(1 \times 18) + (1 \times 19) + (4 \times 24) + (1 \times 25) + \dots}{97} = 34.31$$

calculemos agora os desvios de cada um dos termos da série em relação à média, para depois serem levados ao quadrado e formemos quatro colunas (a dos desvios, dos quadrados dos desvios, a das frequências e a dos produtos das frequências pelos quadrados dos desvios) somando e extraindo a raiz quadrada, obteremos o desvio quadrático médio. A fim de simplificarmos as operações determinaremos os desvios em relação à média arbitrária 30. Designando por x_0 esse desvio arbitrário, por m_0 a média arbitrária e por m a média verdadeira, a fórmula do desvio quadrático médio torna-se

$$\sigma^1 = \sigma \sqrt{\frac{\sum x_0^2}{n} - (m - m_0)^2} = 7,19$$

$$\text{em que } (m - m_0)^2 = (34,31 - 30)^2 = 4,31^2 = 18,58$$

$$\text{O coeficiente de variação será } \frac{7,19}{34,31} \times 100 = 20,95 \%$$

Quando o número de observações recolhidas é suficientemente grande os valores encontrados são sensivelmente os mesmos que corresponderiam à população total; porém, quando o número de observações é pequeno, o desvio quadrático médio da população total tem, com o valor encontrado a seguinte relação:

$$\sigma^1 = \sigma \sqrt{\frac{n}{n-1}} = 7,19 \quad \sqrt{\frac{97}{96}} = 7,19 \times 1,005 = 7,22$$

que não apresenta diferença apreciável do valor acima encontrado no nosso problema; confirma-se assim que o número de observações recolhidas foi suficiente para definir o grupo total da população.

Além do problema da distribuição dos valores numa série numérica em volta da sua média, outro problema se nos apresenta por vezes em estatística e que o cálculo das probabilidades nos ajuda ainda a resolver. Quando é que um valor médio encontrado em parte dum grupo (m) será significativo, isto é, quando poderá ele representar a média correspondente à totalidade do grupo (M)? Recorre-se para isso ao desvio quadrático médio e calcula-se a partir dele o chamado erro padrão (e) pela fórmula

$$e = \frac{\sigma}{\sqrt{n}} = \frac{7,22}{\sqrt{97}} = \frac{7,22}{9,85} = 0,733$$

Demonstra-se no cálculo das probabilidades que:

- em 68 % dos casos, M está compreendido nos limites $M \pm e$;
- em 95 % dos casos, M está compreendido entre $M \pm 2 e$;
- em 99,7 % dos casos, M está compreendido entre $M \pm 3 e$;

no exemplo acima escolhido estes limites serão:

3.358 ^{cal.} (M)	3.504 ^{cal.}	(68 %)
3.284 ^{cal.} (M)	3.578 ^{cal.}	(95 %)
3.211 ^{cal.} (M)	3.651 ^{cal.}	(99,7 %)

Pode portanto afirmar-se que a média (m) acima encontrada tem valor significativo visto que em 99,7 % dos casos a média da população total (M) não difere dela em mais de 200 calorias. Em lugar do erro padrão calcula-se ainda muito mais vezes o chamado erro provável que é igual ao anterior multiplicado pelo coeficiente 0,6745.

No exemplo acima escolhido será então o erro provável igual a $0,6745 \times 0,733 = 0,49$.

Diz-nos ainda o cálculo das probabilidades que dentro dos limites $m \pm \text{erro provável}$, há tantas probabilidades de se encontrar como de se não encontrar, a média M. Dentro dos limites $m \pm 3 \text{ erro provável}$ há 95 % de probabilidades de se encontrar M. Daqui se conclue que duas vezes o erro padrão correspondem a 3 vezes o erro provável.

APLICAÇÕES PRATICAS DESTES CONCEITOS

São 3 as fórmulas usadas para o erro provável:

- 1) erro provável = $0,6745 \sqrt{\frac{\sum (d)^2}{n}}$
- 2) erro provável = $0,6745 \sqrt{n p q}$ (fórmula de Poisson)
- 3) erro provável = $\sqrt{n p q}$ (fórmula de Bernouilli)

A primeira das quais é aplicada à série de valores numéricos e a segunda e a terceira a quaisquer coeficientes estatísticos.

Exemplo: Suponhamos três grupos de 1.000 doentes cada, todos com a mesma doença e em dois dos quais resolvemos experimentar

dois medicamentos diferentes, ficando o terceiro para grupo testemunha. Supunhamos ainda que depois de feitos os tratamentos se obtinham os resultados expressos no quadro seguinte:

	T	A	B
Casos	1.000	1.000	1.000
Mortal. %	100	63	9,8

que conclusões poderemos tirar sobre a eficiência desses medicamentos?

Aplicando a primeira fórmula, vem

$$0,6745 \times \sqrt{\frac{100 \times 900}{1000}} = 6,3$$

$$0,6745 \times \sqrt{\frac{63 \times 937}{1000}} = 5,1$$

$$0,6745 \times \sqrt{\frac{9,8 \times 990,2}{1000}} = 2,09$$

Juntando e subtraindo 3 vezes o respectivo erro provável a cada um dos índices acima indicados, temos:

118,9	81,1
78,3	47,7
15,8	3,8

As flutuações devidas ao acaso podem portanto fazer variar o índice de mortalidade de 81,1 %o a 118,9 %o no grupo testemunha. Como nos dois grupos A e B os limites não interferem com os do grupo testemunha podemos afirmar que o índice de mortalidade do grupo A já é significativo e que o índice de mortalidade do grupo B é francamente significativo.

Exemplo : Ensaaiou-se um medicamento em 8 doentes dois dos quais melhoraram e 6 ficaram na mesma, haverá porventura, como alguns têm afirmado, o direito de dizer que houve 25 % de melhorias? Este caso é análogo ao daquele cirurgião que tendo praticado durante 1 ano, 8 vezes apenas, uma certa operação e tendo tido 6 casos bons,

apresentou uma estatística de êxitos obtidos de 75 % (muito superior às estatísticas de cirurgiões consumados e de larga prática).

A fórmula Bernoulli dará neste caso

$$\sqrt{8 \times \frac{25}{100} \times \frac{75}{100}} = \sqrt{1,5} = 1,2$$

referindo a 100 verifica-se que a este índice corresponde *uma variação devida ao acaso* que vai até 15 %.

$$\frac{8}{100} \frac{1,2}{x} \quad X = 15 \%$$

Exemplo : o abastecimento de leite a uma cidade de 100.000 habitantes é feito por 3 vacarias a primeira das quais abastece 60.000 habitantes (A) a segunda 25.000 (B) e a terceira (C) abastece a população restante.

Surgindo uma epidemia de febre tifoide com 440 casos nessa cidade, pretende-se saber agora dentro de que limites pode oscilar a morbilidade, de cada um dos grupos da cidade, para não suspeitarmos da inquinação do leite como veículo da epidemia?

A fórmula de Bernoulli dará

$$\sqrt{60.000 \times \frac{440}{100.000} \times \frac{99.560}{100.000}} = \sqrt{262} = 16$$

$$\sqrt{25.000 \times \frac{440}{100.000} \times \frac{99.560}{100.000}} = \sqrt{99,5} = 9,9$$

$$\sqrt{15.000 \times \frac{440}{100.000} \times \frac{99.560}{100.000}} = \sqrt{59} = 7,6$$

Distribuindo os doentes proporcionalmente pelos 3 grupos da população, vem

A)	264	$100.000 - 440$	$100.000 - 440$	$100.000 - 440$
B)	110	$60.000 - x$	$25.000 - y$	$15.000 - z$
C)	66	$x = 264$	$y = 110$	$z = 66$

juntando e subtraindo agora a estes números os valores acima encontrados, temos

$$A \left\{ \begin{array}{l} 280 \\ 248 \end{array} \right. \quad B \left\{ \begin{array}{l} 119,9 \\ 100,1 \end{array} \right. \quad C \left\{ \begin{array}{l} 73,6 \\ 58,4 \end{array} \right.$$

que marcam os limites dentro dos quais pode variar o número de doentes em cada grupo A, B e C somente pela influência do acaso ⁽¹⁾, isto é, sem que possamos suspeitar da poluição do leite respectivo. Saindo fora destes limites, num ou noutro dos grupos, teremos então razões para assim afirmar a poluição do leite de abastecimento em questão. Aí temos pois, um problema epidemiológico em que a estatística pode esclarecer o respectivo inquérito a que somos obrigados a proceder na qualidade de médicos sanitaristas.

CÁLCULO DE CORRELAÇÃO

Em medicina preventiva, bem como em ciências biológicas em geral, não interessa apenas conhecer os fenómenos em si com as suas leis e com aquelas características que nós lhes podemos descobrir pelo emprego dos métodos e dos conceitos atrás indicados; de muito maior valor é, por vezes, o conhecimento dos factores ou causas que os podem modificar, das influências a que estão sujeitos e que nós possamos demonstrar e até exprimir analiticamente. A investigação destas influências e relações constitue objecto dum vasto e interessantíssimo domínio estatístico que hoje já é conhecido pelo nome de cálculo de correlação.

Entre duas ou mais séries de fenómenos pode haver relações traduzidas por uma expressão que varia de 0 a 1, o que manifesta existir entre as duas séries nos dois casos extremos ou uma absoluta independência ou a completa dependência. Sempre que a correlação varie dentro desses limites, diz-se que estamos em face da correlação directa. Se porém esse coeficiente variar de 0 a menos 1 então, quando uma das séries aumenta, diminue a outra e a correlação tomará em tais casos o nome de correlação inversa. No cálculo de correlação podemos considerar correlação linear ou parcial e a correlação total com fórmulas adequadas e sobre as quais não discorreremos já para não alongar demasiadamente esta exposição.

São 3 esses conceitos:

Índice de dependência, coeficiente de dependência e o chamado coeficiente de correlação que é de todos eles sem dúvida o conceito mais importante e sobre o qual diremos apenas duas palavras. Limitar-nos-emos pois a apresentar um problema em que se demonstra a

(1) Em estatística, designa-se por «acaso» o conjunto de causas desconhecidas de um dado fenómeno.

correlação existente entre dois fenómenos demográficos — decréscimo da mortalidade infantil e decréscimo da natalidade.

Exemplo: com os dados relativos à mortalidade infantil e à natalidade durante os anos de 1931 a 1940, um Delegado de Saúde formou o quadro das três primeiras colunas.

	Óbitos (3 anos)	Nasc.	Desvio (a)	Quadr. (a)	Desvio (b)	Quadr. (b)	Prov. Desvio
1931	80	296	13,8	190,44	32,6	1.062,76	449,88
1932	78	293	11,8	139,24	29,6	876,16	349,28
1933	74	279	7,8	60,84	15,6	243,36	121,68
1934	72	278	5,8	33,64	14,6	213,16	84,68
1935	73	264	6,8	46,24	0,6	0,36	4,08
1936	68	256	1,8	3,24	- 7,4	54,76	- 13,32
1937	65	248	- 1,2	1,44	- 15,4	237,16	18,42
1938	57	242	- 9,2	84,64	- 21,4	457,96	196,88
1939	50	240	16,2	262,44	- 23,4	547,56	379,08
1940	45	238	- 21,2	449,44	- 25,4	645,16	30,48
				1.271,60		4.388,40	1.621,14

Examinando estes dados o Delegado de Saúde fez os seus cálculos e concluiu que tinha poupado durante esses dez anos 178 vidas infantis. Poderá porventura afirmar que tais resultados foram devidos à sua acção sanitária? É fácil de demonstrar que não. Com efeito, determinando as médias, os desvios em relação às médias, os quadrados desses desvios e ainda os respectivos produtos, o quadro anterior fica adicionado de mais cinco colunas

$$\begin{aligned}
 M. A. (a) &= 66,2 \\
 M. A. (b) &= 263,4 \\
 1.271,6 \div 10 &= 127,16 & \sqrt{127,16} &= 11,2 \\
 4.338 \div 10 &= 433,84 & \sqrt{433,84} &= 20,8 \\
 r &= \frac{\sum (d_a d_b)}{N. \sigma_a \times \sigma_b} = \frac{1.621,14}{10 \times 11,2 \times 20,8} = 0,69 \\
 0,6745 \times \frac{1 - r^2}{\sqrt{n}} &= 0,6745 \times \frac{1 - 0,69^2}{\sqrt{10}} = \frac{0,3534}{3,33} = 0,1 \\
 \text{médias:} & & 3 \times 0,1 &= 0,3 \\
 1920-1930 \left\{ \begin{array}{l} \text{Óbitos} \rightarrow 84 \\ \text{Nasc.} \rightarrow 300 \end{array} \right. & & 1930-1940 \left\{ \begin{array}{l} \text{Óbitos} \rightarrow 66,2 \\ \text{Nasc.} \rightarrow 263,4 \end{array} \right. \\
 84 - 66,2 &= 17,8 & \text{em } 10^a &\rightarrow 178^{\text{or.}}
 \end{aligned}$$

Aplicando a fórmula do coeficiente Pearson, bem como a fórmula do respectivo erro provável, nós demonstramos que há uma evidente correlação visto que esse coeficiente *é superior a 3 vezes o erro provável* entre os dois fenómenos atrás apontados e, por conseguinte, podemos afirmar que a melhoria obtida não foi somente devida à intervenção do respectivo funcionário sanitário. Devemos acentuar ainda que em rigor ele não deveria ter apresentado números absolutos mas sim índices, visto que aumentando progressivamente a população durante esses 10 anos diminuem já consequentemente os respectivos índices. No problema da nado-mortalidade há também observações a fazer visto que os critérios admitidos para a classificação de nado-mortos variam bastante de autor para autor (alguns consideram ainda nado-mortos os que morrem dentro dos 3 primeiros dias de vida em que a lei permite que se faça a comunicação do nascimento, critério que não é aceite por muitos outros estatistas). Erros desta natureza, encontram-se, pode dizer-se, com bastante frequência.

A classe médica, classe a que me honro e me orgulho de pertencer tem sempre procurado, através das mil dificuldades que lhe estorvam o caminho, cumprir com dedicação, até ao sacrifício, a sua nobre e elevada missão social. Esforça-se dentro das suas possibilidades por cumprir cada vez melhor aperfeiçoando-se pelo estudo, pelo estágio em estabelecimentos hospitalares, clínicas, dispensários, etc., mas, no capítulo da sua formação cultural, temos de reconhecer que apresenta em geral, uma escassa preparação em Ciências exactas (Matemática, Física, Química) e em Biologia geral; existe na sua cultura uma lacuna que não é muito fácil de desaparecer. Na vida post-escolar pode o médico adquirir por si e muitas vezes adquire até de um modo notável, cultura literária, histórica, sociológica, artística, etc., mas já lhe não é tão fácil adquirir, por essa espécie de autodidactismo, a cultura que a escola lhe não deu no domínio das ciências exactas. Além das ciências estatísticas tornar-se-lhe-ha difícil a aquisição de importantes conhecimentos no domínio das ciências físicas e químicas sem que possua bases seguras da ciência dos números (por exemplo: nos domínios da física nuclear as descobertas dos isotopos radioactivos e estáveis que revolucionaram a ciência em geral e que grande repercussão vão tendo já no domínio das ciências médicas). Mas nem sempre assim foi. O médico formado até aqui há 30 anos adquiria na escola uma cultura científica muito superior à do médico de hoje. Era obrigado a frequentar durante três anos de preparatórios a antiga faculdade de Filosofia e hoje toda essa cultura, que

já ao tempo não era demais, é adquirida em dois semestres, tendo ao mesmo tempo que estudar as cadeiras de Histologia, Embriologia e História da Medicina. . .

A cultura que o médico então trazia da escola era de tal ordem que muitos deles ficavam aptos a ocupar, com brilho, Cátedras estranhas à Medicina (Física, Química, Botânica, Zoologia e Antropologia).

Ainda hoje, em Universidades Portuguesas, desempenham com elevada distinção lugares de Professor Catedrático de Química, Botânica, e de Filosofia, médicos formados à moda antiga, com os três anos de preparatórios tirados na antiga Faculdade de Filosofia.

Aguardemos que, superiormente, seja reconhecida, na cultura do médico, a necessidade dessa preparação.

ANTÓNIO MELIÇO SILVESTRE

Relatório sobre o estado actual da Profilaxia da Raiva em Portugal

A emergência do recrudesimento actual da enzootia de Raiva determina que o facto seja superiormente relatado. Contudo porque o tempo nos não sobra e também nos não parece conveniente avolumar excessivamente o Relatório, fugimos a longas descrições no aspecto científico do problema, em ânsia de o tornar completo. Limitamo-nos assim à apresentação do assunto em 3 capítulos:

- I — *Apreciação objectiva do problema* — com relato dos factos conhecidos em relação ao seu estado actual.
- II — *Profilaxia da Raiva* — encarando factos concretos, sem preocupação de pormenores discutíveis. Apenas pormenorizamos os aspectos práticos que nos parecem mais importantes e nos deem idea do existente e dalgumas orientações a estabelecer.
- III — *Conclusões gerais* — comportam crítica construtiva de ordem geral e algumas ideias concretas para solução do problema.
- IV — Propostas.

I — APRECIACÃO OBJECTIVA DO PROBLEMA

O justo alarme causado pela sucessiva comunicação de 5 casos fatais de Raiva humana durante o mês de Maio último, obriga a uma revisão do estado actual da Profilaxia da Raiva no País. Com efeito a situação demonstrada é verdadeiramente alarmante, tanto

mais que se vivia na doce ilusão de que tal doença estava dominada entre nós.

De facto, sabendo-se que cerca de 90 % dos casos desta zoonose são transmitidos pelos caninos e iniciada em Maio de 1940 a vacinação anti-rábica obrigatória destes animais instituída pelo Decreto-lei n.º 29:441, de 11-2-39, verificou-se que desde 1943 o número de casos positivos de raiva, em cães, decrescia de maneira notável. Só temos que louvar esta iniciativa da Direcção-Geral dos Serviços Pecuários e felicitá-la pelos resultados obtidos.

Acontece porém que em Abril de 1948, aparece o primeiro grito de alarme a abalar um estado de modorra em que instintivamente se tinha caído. Vem ele de Évora, informando o respectivo Delegado de Saúde do aparecimento, perto dessa cidade, de um cão suspeito de raiva, que causou alarme e suscitou o desenrolar das medidas profiláticas indicadas. A suspeita transformava-se em realidade, porque a 17 de Maio o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, confirmava a positividade do diagnóstico pelo exame da cabeça do animal que lhe tinha sido enviada.

Soube-se então que tinha sido suspensa a obrigatoriedade de vacinação aos caninos no distrito de Évora, com excepção apenas dos concelhos fronteiriços (Alandroal, Borba, Mourão, Reguengos de Monsaraz e Vila Viçosa). Com efeito a Direcção-Geral dos Serviços Pecuários, informou em 29 de Abril que «considerando que o estado sanitário do País no que respeita à raiva é agora excelente, resolveu esta Direcção-Geral suspender a obrigatoriedade de vacinação nos concelhos em que reconhece não haver razões que a justifiquem, e mantê-la ainda, como medida de prudência, nos concelhos vizinhos de Espanha — onde, como se sabe, a raiva grassa com carácter enzootico. . .»

Era portanto uma medida de ordem geral.

Insiste-se da Direcção-Geral de Saúde pela necessidade de manter a obrigatoriedade de vacinação.

Em 17 de Maio a Intendência de Pecuária de Évora informou o Delegado de Saúde que «acabou de ser abatido outro cão suspeito de raiva, tendo-se também conhecimento que no concelho de Mora transitou um cão muito suspeito».

Estes factos são comunicados em 22 de Junho à Direcção-Geral dos Serviços Pecuários, bem como o aparecimento de casos de raiva canina no Distrito de Viana do Castelo.

Na sua resposta de 26 de Junho diz-se que «tais ocorrências não

são de molde a provocar a mudança do critério adoptado por esta Direcção-Geral. . . » «os casos de raiva ou de suspeição verificaram-se em cães vadios ou errantes» e ainda «o lamentável do facto reside, portanto, não na determinação que ainda se não efectivou, mas tão somente no desleixo ou falta de rigor na aplicação ou fiscalização dos preceitos estabelecidos relativamente à posse e circulação de cães e caça aos caninos e felinos errantes, o que está sob a alçada das Câmaras Municipais».

O diagnóstico laboratorial de raiva é confirmado no 2.º cão acima referido e o Delegado de Saúde de Évora insiste pela obrigatoriedade de revacinação, comunicando em 6 de Julho, parte da acta da Comissão Municipal de Higiene, na qual se preconizam medidas profiláticas contra a raiva.

Em 7 de Setembro a Direcção-Geral de Saúde insiste junto da Direcção-Geral dos Serviços Pecuários e lembra que «se pode agravar a situação sanitária se não for prolongada a obrigatoriedade de vacinação. . . » referindo-se o «perigo que representa a entrada de cães vadios, oriundos de Espanha, que agrava o perigo e dificulta a acção sanitária das autoridades».

Em 8 de Outubro, recebe-se novo officio do Delegado de Saúde de Évora, com recortes do Jornal de Notícias de Évora os quais informam que a Câmara Municipal na sua sessão de 1 de Outubro resolveu, por virtude de um officio do Intendente de Pecuária de Évora, suspender a sua anterior deliberação de não passar licenças de cães sem que estes estivessem vacinados contra a raiva, declarando que ao suspender a deliberação então tomada não assume a responsabilidade pelo que possa succeder que, como no officio se diz, pertence à Direcção-Geral dos Serviços Pecuários.

A mesma Direcção-Geral, em seu officio de 12 de Outubro, manteve o seu ponto de vista insistindo em que a raiva não pode ser evitada somente pela vacinação e que se torna necessário que as Câmaras Municipais redobrem nos seus esforços de Polícia Sanitária dos Cães.

Volta a Direcção-Geral de Saúde, em 10 de Dezembro, a dirigir-se à Direcção-Geral dos Serviços Pecuários, reconhecendo os excelentes resultados da campanha de vacinação até então realizada, mas insistindo pela sua continuação. Como fecho das razões aduzidas diz-se «A não ser assim, quere-nos parecer que progressivamente se perderão os benefícios da valiosa campanha a que, com tão brilhantes resultados, se dedicou a Direcção-Geral dos Serviços Pecuários».

Finalmente, em 16 de Dezembro, somos informados que «Esta Direcção-Geral, por isso, tomando na devida consideração as judiciosas e oportunas razões expendidas por V. Ex.^a, vai desde já providenciar para que no próximo ano a campanha de vacinação Anti-Rábica dos caninos retome o desenvolvimento anteriormente verificado».

Novos factos vieram porém demonstrar que a realidade era bem diferente. Assim o Chefe do Gabinete de S. Ex.^a o Ministro do Interior envia em 7 de Setembro de 1949, um officio da Direcção dos Serviços de Censura que acompanha o recorte de uma local do jornal «O Século» intitulada «Recrudescer o flagelo». Sobre esta local, informou o Delegado de Saúde de Viana do Castelo a cujo distrito o caso se referia: «Todas as Câmaras se têm empenhado nessa tarefa, embora nalgumas não tenha sido feita a vacinação dos caninos nos dois últimos anos, sobretudo naqueles concelhos que não mantêm fronteiras terrestres com o país vizinho. Creio mesmo que foi determinado superiormente esta orientação, dada a convicção de estar extinta a raiva entre nós». Soube-se então da existência de casos de raiva canina nos concelhos de Valença, Caminha e Cerveira que motivaram a intensificação das medidas profiláticas nessa região.

Em 1 de Janeiro de 1950, inicia o seu funcionamento o Dispensário Anti-Rábico do Porto e logo em 20 do mesmo mês o seu Director, Delegado de Saúde do Porto informou que o Director da Delegação de Pecuária do Porto lhe comunicou: «o propósito de intensificar a vacinação anti-rábica dos caninos no distrito, tornando-a também obrigatória na cidade do Porto, onde, até agora, tal medida nunca foi tomada, em virtude do óptimo funcionamento dos serviços do canil municipal».

Tal propósito fundamenta-se no facto de o número de animais com diagnóstico positivo de raiva analisados nos serviços laboratoriais da sua Delegação serem assustadoramente elevados, com 7 animais averiguados positivos em Dezembro findo e já um no corrente mês, todos do Porto e concelhos do distrito (excepto 2 do concelho de Braga). Autoriza-se a publicação de uma nota subscrita pelas duas entidades em colaboração.

O Director do Dispensário oficia em 13 de Maio, pedindo os elementos indispensáveis (admissão de 1 analista) para iniciar urgentemente o «serviço laboratorial de diagnóstico» porque «o aumento sempre crescente de pessoas inscritas neste Dispensário, cuja frequência actual oscila pelo elevado número de 300, se por um lado é conse-

quência do excepcional número de animais positivamente raivosos verificado na cidade e no distrito, por outro lado também é reflexo das dificuldades e demoras consequentes de ter sido concentrado no Instituto Câmara Pestana o serviço de diagnóstico que era igualmente feito na Intendência de Pecuária do Porto». *Com efeito em fins de Fevereiro e por determinação superior, foi suspenso o serviço de diagnóstico no Porto.*

Comunica ao mesmo tempo o primeiro caso de raiva humana, ocorrido numa mulher, que não fizera tratamento preventivo e falecera nessa manhã.

Em 15 de Maio, somos informados de que a proposta do Intendente de Pecuária, dos primeiros dias de Janeiro, para a vacinação obrigatória dos caninos foi finalmente aprovada pela Direcção-Geral dos Serviços Pecuários e se irá iniciar essa vacinação, para o que se publica um Edital da Intendência de Pecuária. No mesmo dia toma-se conhecimento do 2.º caso mortal de raiva humana, num menor de 3 anos, mordido no dia 29 de Abril, com uma intensidade e violência fora do vulgar, principalmente na face e que só iniciou o tratamento no dia 9 de Maio. Faleceu ao 4.º dia de tratamento.

Tomou-se conhecimento, por informação do Intendente de Pecuária que no ano corrente e até à suspensão do Serviço de Diagnóstico se tinham verificado 26 casos positivos de raiva em cães (dos quais 10 no concelho do Porto) e 4 casos positivos em gatos.

Perante a gravidade da situação o Delegado de Saúde reúne-se com o Intendente de Pecuária, Governador Civil e Comandante da Polícia, para os pôr ao corrente dos factos e serem tomadas as medidas profiláticas enérgicas necessárias.

A Delegação de Saúde publica em 20 de Maio uma Nota oficiosa, reforçando o Edital da Intendência de Pecuária.

O 3.º caso de raiva humana, em uma mulher de 24 anos, é notificado a 18 de Maio. Mordida no dia 28 de Abril, numa mão, iniciou o tratamento no dia imediato no Dispensário, que concluiu no dia 9 de Maio. Adoeceu no dia seguinte e faleceu a 17.

A Câmara Municipal do Porto publica no dia 21 de Maio uma nota sobre Profilaxia da Raiva, aconselhando o registo e vacinação dos cães e indicando instruções relativas à raiva.

Por ofício de 23 de Maio o Director do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana comunica que «diferentemente do que tem acontecido nos anos anteriores, o número de diagnósticos positivos de raiva nos animais enviados a este Instituto tem aumentado muito este ano.

Assim, enquanto no ano de 1949 a totalidade dos casos positivos de raiva nos animais enviados foi de 5, este ano os animais com diagnóstico positivo foram, até à data, 31, provenientes dos seguintes concelhos:

Abrantes	1
Alter do Chão	1
Anadia	1
Arcos de Valdevez	1
Braga	3
Estremoz	1
Gondomar	3
Matozinhos	3
Montemor-o-Novo	1
Porto	11
Vila de Feira	1
Vila Nova de Famalicão	1
Vila Nova de Gaia	1
Vila Pouca de Aguiar	2
	31

Se aos 18 casos desta comunicação referentes ao distrito do Porto, juntarmos os 10 casos do concelho do Porto atrás referidos, ficaremos com um mínimo de 28 casos.

Em 30 de Maio apresenta-se o 4.º caso de raiva humana, numa rapariga de 13 anos, que vem a falecer no dia 2 de Junho.

Fez tratamento no Dispensário desde 4 de Abril até 21 do mesmo mês.

O 5.º caso de raiva refere-se a uma mulher de 33 anos, que adoeceu em 31 de Maio e faleceu a 2 de Junho. Foi mordida por um gato no dedo indicador da mão esquerda e não fez tratamento preventivo.

Informações referentes à acção profiláctica no Porto Polícia Sanitária Municipal:

Cães capturados em Maio	450
Cães entregues pelos donos para abater	300
	750 (abatidos)
Gatos capturados em Maio	132
Gatos entregues pelos donos para abater	190
	322 (abatidos)

Instalações do canil municipal:

39 jaulas para cães
16 jaulas para gatos

Animais em observação:

Cães enviados pela Polícia	...	...	...	...	...	25
Cães trazidos por particulares	.	...	...	...	...	15
						40
Gatos enviados pela Polícia	...	...	...	...	...	2
Gatos trazidos por particulares	.	...	...	...	...	15
						17

Tratamentos preventivos efectuados no Dispensário Anti-rábico do Porto:

Meses	Tratamentos	Inscrições
Janeiro	1.571	94
Fevereiro	2.043	132
Março	2.519	143
Abril	2.455	289
Maio	8.976	537
	18.564	1.195
De 1 a 7 de Junho:	2.635	190

No anexo N.º 1 apresenta-se em gráfico o movimento do tratamento preventivo neste Dispensário.

II — PROFILAXIA DA RAIVA

Sabendo-se que em 80 a 90 % dos casos, a Raiva é transmitida pelos caninos, apenas em 5 % dos casos pelo gato e em muito menor percentagem por outros animais, conclue-se facilmente que o factor profilático fundamental é a *eliminação da raiva no cão*.

Pode-se assim afirmar que *é muito mais importante a eliminação da raiva nos caninos, para conseguir a prevenção da raiva humana, do que o tratamento preventivo depois da mordedura*.

A necessidade de tratamento preventivo é pois uma consequência da insuficiência profilática, variando na razão inversa do valor desta.

Por sua vez a *eliminação da raiva nos caninos*, consegue-se pelo emprego confluyente de vários métodos, como sejam:

- Medidas de Profilaxia { Polícia sanitária dos caninos
Nacional { Vacinação obrigatória dos caninos
- Medidas de Profilaxia internacional — defesa contra a entrada no País de cais raivosos
- Educação Sanitária da população.

Pomos de lado, deliberadamente, toda a discussão sobre o valor relativo de cada uma destas medidas profiláticas. Bem sabemos que diferentes países dão a primasia ou exclusividade a uma destas medidas, mas discutir este ponto de vista seria alargar desmedida e inutilmente este relatório. A Profilaxia tem de adaptar-se, com um sentido prático a cada país e as condições geográficas e psicológicas do nosso, aliadas à experiência do passado, aconselham decididamente a optar pelo esquema completo que apontamos.

Vem a propósito citar as seguintes afirmações de Thomas Hull:

— A evidência das provas acumuladas, demonstra que a raiva não se pode considerar como efectivamente fiscalizada e eliminada somente através da vacinação dos cães. A vacinação, posto que de valor certo, deve ser apenas considerada como um adjuvante da polícia sanitária para a prevenção da raiva.

— Se é certo que o cão doméstico morde mais vezes as pessoas que o cão vadio é este último que representa o papel mais importante para espalhar a raiva entre os outros cães.

a) — *Polícia sanitária dos caninos*

A cargo das Câmaras Municipais e autoridades com função policial, constam de:

- Registo camarário e imposto
- Uso obrigatório de um aqamo *eficiente*
- Uso obrigatório da trela em passeio
- Obrigatoriedade de existência de canis municipais
- Recolha de cães vadios ou perdidos, para entrega, cedência ou ocisão.
- Período de observação — 3 dias para os animais não reclamados pelos donos.
15 dias para os animais suspeitos de raiva.
90 dias para os que tenham sido mordidos por outros, suspeitos.

O Comité de Peritos da Raiva da Organização Mundial de Saúde, recomenda as seguintes disposições, quando o dono se recusa a permitir a ocisão do animal mordido:

- a) — isolamento rigoroso do animal num canil, durante 6 meses.
- b) — se o animal não sofreu nenhuma vacinação nos 12 meses anteriores, vaciná-lo e isolá-lo no canil durante 3 meses.
- c) — se o animal foi vacinado precedentemente, no decurso dos últimos 12 meses, revaciná-lo e isolá-lo durante 30 dias.

Medidas de emergência

— sequestro temporário de todos os cães, em casa dos donos ou em canil municipal, segundo os casos, durante 3 meses.

É o melhor meio de assegurar pronto retrocesso da doença e simplificar a recolha de cães vadios. Durante este período são vacinados os cães domésticos. Os animais vacinados podem libertar-se ao fim de 30 dias.

O espaço de 3 meses cobre o período de incubação e dá às autoridades oportunidade para a eliminação dos cães vadios.

— Declaração obrigatória, pelos donos, de todos os animais suspeitos.

— Ocisão de todos os caninos vadios ou errantes.

— Ocisão imediata de todos os caninos raivosos.

— Ocisão de todos os caninos que hajam tido contacto com animais raivosos ou suspeitos.

— Vacinação obrigatória de todos os cães.

b) — Vacinação obrigatória dos caninos

É ponto que já hoje não merece discussão. Limitamo-nos a transcrever a conclusão do Relatório do Comité de Peritos da Raiva da Organização Mundial da Saúde:

«O Comité reconhece que a vacinação preventiva periódica, obrigatória, dos caninos, contra a Raiva, tem um valor certo e recomenda que se recorra a ela nas regiões em que esta doença é enzootica».

De resto, o resultado da campanha de vacinação entre nós realizada pela Direcção-Geral dos Serviços Pecuários de 1940 a 1947 é suficientemente elucidativo, como se depreende das estatísticas publicadas.

A nossa legislação que a seguir coligimos, contém, como se verá, quase todas as disposições necessárias de Polícia Sanitária.

Haveria talvez que a rever, no sentido de a substituir por um diploma único, completando-a.

c) — *Determinações legais referentes à Prolifaxia da Raiva*

1) — Pelo n.º 8 do art.º 49.º do Código Administrativo, estabelece-se que «No uso das atribuições respeitantes à Salubridade Pública, pertence às Câmaras deliberar»:

Sobre a divagação de animais nocivos, especialmente cães vádios, e construção do canil municipal.

2) — Portaria de 29 de Novembro de 1902 — em que se determina, além do mais que as autoridades administrativas, policiais e sanitárias fiscalizem com todo o rigor o cumprimento dos artigos 55.º, 75.º e 180.º do Regulamento Geral de Saúde de 1901 e procedam nos termos legais contra os infractores.

3) — Pelo decreto n.º 11.242, de 16 de Novembro de 1925 foi estabelecida a obrigatoriedade de vacinação de canídeos com mais de 4 meses de idade e determinou-se no seu art.º 3.º que:

«Todas as Câmaras Municipais são obrigadas a construir e a manter, na séde dos respectivos concelhos, um ou mais canis, segundo as necessidades, e instalações anexas para postos de vacinação.

No § 2.º deste mesmo art.º se prevê que a Direcção-Geral dos Serviços Pecuários proceda à construção desses canis, na falta das Câmaras, cobrando coercivamente a respectiva importância.

No art.º 4.º se obrigam as Câmaras a manter devidamente organizado e actualizado o registo geral dos cães.

No art.º 6.º estabelece-se a revacinação de ano a ano.

No art.º 7.º proibe-se às Câmaras a concessão de licenças para canídeos sem que eles tenham sido vacinados há menos de um ano.

No art.º 10.º prescreve-se a recolha nos canis municipais de todos os cães perdidos ou vádios para entrega, cedência ou ocisão de harmonia com os regulamentos e posturas.

O art.º 20.º contém as multas e penalidades que serão aplicadas aos contraventores.

4) — Pela circular de 2 de Dezembro de 1926, da Direcção-Geral de Saúde esclarecem-se as Câmaras Municipais acerca das despesas com transporte e tratamento anti-rábico, que ficam pertencendo à sua responsabilidade.

5) — Pelo decreto 14.181, de 11 de Agosto de 1927 faz-se impen-der sobre as Câmaras Municipais a obrigação sanitária do registo de cães e sua revalidação anual.

6) — Pelo Decreto 16.770, de 19 de Abril de 1929, estabelecem-se medidas profiláticas contra a raiva, autorizando os municípios a instituir Dispensários Anti-Rábicos em concelhos de mais de 5.000 habitantes e estabelecem-se as condições que regulam a sua instituição e funcionamento.

7) — Pela Portaria n.º 6.162, de 22 de Maio de 1929, aprovam-se restrições sobre o registo de cães a adoptar pelas Câmaras Municipais e sobre a regulamentação que devem fazer por meio de posturas, determinando-se também os moldes a que devem obedecer e a competência especial da autoridade sanitária e concelhia.

8) — Pela circular 5.890, de 2 de Maio de 1930, da Direcção-Geral de Saúde, inquiriu-se junto das Subinspecções de Saúde sobre a efectivação do registo de cães.

9) — Pelo Decreto 18.725, de 2 de Agosto de 1930, foi estabelecida no seu art.º 1.º a obrigatoriedade de:

«registos dos animais da espécie canina, de mais de um ano de idade, na secretaria das Câmaras dos concelhos onde residam os proprietários daqueles animais, ou onde estiverem situadas as propriedades ou rebanhos a cuja guarda se destinem».

Pelo seu art.º 9.º o mesmo diploma estabelece que:

«os proprietários de animais da espécie canina, são sempre responsáveis pelas despesas a que derem causa as lesões ou ferimentos feitos por aqueles animais, incluindo os que resultem do tratamento anti-rábico».

E também no seu art.º 10.º determina que:

«é proibido o transito de cães sem açaímo, nas vias públicas. . .), exceptuando apenas o parágrafo único deste art.º:

«os cães de caça, os quais podem circular nas vias públicas, sem açaímo, quando andem devidamente atrelados, e sem açaímo ou trela, durante o acto venatório».

O art.º 11.º obriga os proprietários de cães:

«sob pena de multa de 250\$00 e de 500\$00 nas reinci-

dências. . . a comunicar imediatamente ao Inspector ou Sub-inspectores de Saúde do seu concelho os casos suspeitos ou averiguados de raiva em animais que lhes pertençam».

O art.º 12.º diz que:

«os animais aludidos no art.º anterior serão recolhidos nos canis municipais, para serem devidamente observados, e abatidos logo que se confirme a raiva.

E os seus §§ 1.º e 2.º referem que:

«§ 1.º — quando não existir canil municipal, deverá a autoridade sanitária ordenar as medidas que repare indispensáveis para que se verifique, com segurança, o período de observação necessário, de preferência em casa do proprietário do animal suspeito de raiva.

§ 2.º — o período de observação deve ser, pelo menos, de 15 dias para os animais suspeitos de raiva, e de 90 dias para os que tenham sido mordidos por animais naquelas condições».

Uma das mais importantes medidas no combate da raiva é a que se estabelece no art.º 13.º, ou seja que:

«As Câmaras Municipais compete dar caça aos cães vadios, recolhendo-os no canil municipal, e, caso não exista, em local seguro, alimentando-os durante 3 dias, volvidos os quais serão abatidos ou vendidos em hasta pública se não forem reclamados pelos respectivos proprietários».

10) — Decreto-lei n.º 24.565 de 18 de Outubro de 1934 cria o Serviço Anti-rábico de Coimbra.

11) — Circular n.º 17/H.S. expedida em 20 de Outubro de 1936 pela Direcção-Geral dos Serviços Pecuários recorda às Câmaras Municipais as determinações do Regulamento Geral de Saúde Pecuária e outras disposições legislativas.

12) — Circular n.º 585-A, de 24 de Maio de 1938, da Direcção-Geral de Saúde — recorda a legislação e outras determinações sobre a raiva até esta data.

13) — Pelo Decreto 29.441, de 1939, estabeleceu-se no seu art.º 1.º que:

«A Direcção-Geral dos Serviços Pecuários poderá declarar a obrigatoriedade da vacinação anti-rábica dos canídeos por concelhos ou regiões, conforme as necessidades e as quantidades disponíveis de vacina».

E determina-se que os serviços serão feitos pelos veterinários municipais, pelo pessoal da Direcção-Geral dos Serviços Pecuários, etc.

14) — O aviso inserido no «Diário do Governo» n.º 86-1.ª série, de 13 de Abril de 1940, emanado da Direcção-Geral dos Serviços Pecuários, estabelece os tipos de vacina cujo emprego é permitido na campanha de vacinação anti-rábica ou sejam as vacinas activas e glicerofenicadas, tipo Umeno e Doi e vacinas de virus morto, fenicadas ou formoladas.

15) — Decreto-lei n.º 37.627, de 24 de Novembro de 1949 — cria o Dispensário Anti-rábico do Porto e define as suas atribuições.

d) — *Medidas de Profilaxia Internacional*

É praticamente impossível impedir a entrada no País de cães raivosos. A enorme extensão da nossa fronteira terrestre, torna inexequíveis quaisquer medidas de quarentena para cães, como é de uso em outras circunstâncias às quais essa medida se possa adaptar.

Esta impossibilidade faz manter um risco constante que justamente aconselha a manutenção rigorosa e contínua das outras medidas profiláticas.

e) — *Tratamento preventivo após a mordedura*

Já indicámos o seu valor relativo na Profilaxia, cuja insuficiência o torna inevitável.

Desejamos apenas chamar a atenção para alguns pormenores:

— a incubação da doença no homem faz-se num período que oscila entre 14 a 90 dias. Lépine dá como números médios 35 a 90 dias. O período de incubação na criança é mais curto.

— os trabalhos realizados no Instituto Pasteur de Paris e corroborados por vários autores, apontam que apenas 16 % das pessoas mordidas por cães raivosos, contraem a doença, portanto aproximadamente 1 pessoa em cada 6 mordidas (Hull) e sem receber tratamento.

Este facto parece ser consequência de dois factores principais:

— grande parte do virus é absorvido pela roupa do vestuário das pessoas mordidas.

— pode haver uma imunidade individual em certas pessoas.

— a gravidade da doença está relacionada com a localização da mordedura e com o facto desta se efectuar em pele nua ou

através do vestuário. Em relação à localização da mordedura, são tão perigosas as feridas na cabeça, como nas mãos.

— o simples contacto da baba virulenta com a pele sã não constitue perigo. Qualquer solução de continuidade da pele, pré-existente, pode constituir porta de entrada.

— aconselha-se que o tratamento preventivo se realize apenas nas pessoas em que ele está indicado. Apesar das complicações do tratamento não serem muito frequentes, particularmente as paralisias, não se devem expor as pessoas a elas, apenas por mera precaução, sem razão definida. O pânico entre as populações conduz muitas vezes a exageros que é necessário evitar.

Assim em anexo, apresentamos as Regras aconselhadas pelo Comité de Peritos da Raiva da Organização Mundial da Saúde. (Anexo N.º 2).

1) — *Duração do período de imunidade conferida pelo tratamento.*

Não há elementos de absoluta segurança para o avaliar, mas a maioria, cita os dados obtidos por Maggiulli, pelo estudo das propriedades imunisantes adquiridas pelo soro do sangue dos vacinados.

Parece pois que a imunidade se constitui aos 18 dias depois do tratamento e tem a duração aproximada de 1 ano.

2) — *Atitude a tomar perante uma pessoa vacinada e novamente mordida.*

Opinião do Comité de Peritos da O. M. S. :

— se a nova mordedura sobrevem nos 3 meses que seguem a primeira série de vacinações, não fazer tratamento, a não ser que a nova mordedura seja grave.

— entre o 3.º e o 6.º mês que seguem o primeiro tratamento, está indicado administrar doses vacinais de manutenção, com uma semana de intervalo.

— se decorreram mais de 6 meses de vacinação, deve-se renovar o tratamento preventivo como se fosse inicial.

3) — *Eficácia do tratamento preventivo.*

Não é absoluta, embora seja muito pequena a percentagem das falhas.

Deve notar-se que :

— as mortes que ocorram dentro de 15 dias depois do trata-

mento não podem necessariamente ser levadas em conta da falha deste. (Thomas Hull, Lépine).

- as causas de insucesso podem ser :
- introdução na ferida de uma dose de infecção particularmente macissa.
- virus de cepa de virulência excepcional.
- as feridas da face e das mãos, são frequentemente seguidas de um período de incubação tão curto que o tratamento falha.
- a imunidade, como todos os outros fenómenos biológicos, é relativa e não absoluta. Há diferenças individuais na resposta.
- é factor importante a potência da vacina empregada. Para o seu estudo propõe-se modernamente (Comité de Peritos da Raiva) a utilização do «Test de actividade sobre o ratinho» (Potency mouse test) — através do qual se pode medir o teor antigénico das vacinas e o seu poder imunizante ou protector.

Também para complemento do diagnóstico da raiva animal se aconselha o uso do «test biológico de diagnóstico no ratinho».

f) — *Novos horizontes na Profilaxia*

Há um grande número de vacinas antirábicas humanas e para animais, preparadas com diferentes técnicas, sem que haja razões defendidas e precisas de opção.

O Comité de Peritos da O. M. S. e o Conselho Executivo da mesma Organização, depositam grandes esperanças e resolveram já proceder a experiências no terreno, sob os seguintes aspectos :

- Vacina irradiada pelos raios ultra-violetas. (Vacina U.V.).
- Vacina avianizada (cultivada no ovo de galinha), para animais.
- Profilaxia pela aplicação conjugada do sôro anti-rábico (sôro hiperimmun) e de vacina anti-rábica. O que daria um reforço e maior rapidez de acção.
- Estudo dos métodos atinentes a eliminar as propriedades paralisantes das vacinas.

g) — A nossa armadura de Tratamento Anti-rábico preventivo é descrita a seguir. A necessidade de a intensificar está intimamente relacionada com a eficácia de Profilaxia.

O anexo N.º 3, apresenta o cartograma da distribuição dos Dispensários.

SERVIÇOS DE TRATAMENTO ANTI-RABICO

PREVENTIVO NO PAÍS

Além do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, Dispensário Anti-rábico de Coimbra e Dispensário Anti-rábico do Porto, que são igualmente estabelecimentos produtores de vacina o nosso armamento preventivo, conta com os seguintes Dispensários de tratamento em número de 42.

Distritos	Concelhos	Distritos	Concelhos
Aveiro	Arouca	Guarda	Guarda
Beja	Beja Moura Aljustrel	Leiria	o
		Lisboa	o
Braga	Braga	Portalegre	Portalegre
Bragança	Bragança		Campo Maior Elvas
Castelo Branco	Castelo Branco Covilhã Fundão	Porto	Santo Tirso
		Santarém	Santarém Abrantes Benavente
Coimbra	Figueira da Foz		Setúbal
Évora	Évora Estremoz Portel Redondo Reguengos de Monsaraz Viana do Alentejo	Setúbal	Setúbal Alcácer do Sal
		V. do Castelo	V. do Castelo Valença Melgaço
Faro	Faro Lagos Olhão Portimão Silves Tavira	Vila Real	Vila Real Chaves Valpaços Alijó
		Viseu	Tarouca Penedono Viseu

III — CONCLUSÕES GERAIS

Estudados assim sumariamente os principais dados do problema que nos ocupa, sejam-nos permitidas algumas considerações sobre o que se passa entre nós no momento actual.

Assistimos necessariamente a um recrudescimento importante da enzootia de raiva, principalmente no Norte do País. Este recrudescimento era de prever e foi previsto em 1948, como se pode verificar pelo extracto de correspondência publicado.

Não vimos à liça para fazer acusações, mas tão somente para examinar objectivamente a situação actual e dela tirar as ilações construtivas que se impõem.

Sabendo-se que o reservatório da doença se mantinha e a sua entrada fácil pela nossa extensa fronteira terrestre, não era difícil prever que a insuficiência conhecida da nossa Polícia Sanitária dos Caninos, ainda adormecida por um brilhante resultado de uma campanha vacinal de 7 anos evidenciaria toda a sua ineficácia, com a suspensão, mesmo parcial, da mesma campanha vacinal.

A ilusão de utilidade de uma barreira apenas constituída pelos concelhos limítrofes, não contou com a capacidade da locomoção do cão e com a enorme existência de cães vadios.

Em resumo, quebraram-se sucessivamente dois elos da cadeia profilática, tornando-a praticamente inexistente e o mal alastrou progressivamente em 1948 e 1949, tornando-se alarmante em princípios de 1950.

Contudo, e isso importa especialmente acentuar, a principal causa desta estrondosa falência está num defeito orgânico de Direcção. Os 3 elos principais da cadeia profilática, que deviam estar inteiramente entrelaçados para que ela fosse eficiente, movem-se com inteira independência (Vacinação dos caninos — Polícia Sanitária — Tratamento preventivo). Desta independência nasce basicamente a ineficiência. E, quanto a nós está nela a causa primária da falha observada. Em matéria de Profilaxia ou Prevenção de doenças transmissíveis a *Direcção única* é de importância fundamental e a sua inexistência paga-se caro. A moeda é de preço inestimável e de padrão doloroso, principalmente nas circunstâncias do caso presente. As mesmas dificuldades encontramos em outros aspectos de matéria profilática, não só de outras doenças comuns aos homens e animais (zoonoses), mas ainda de endemias para cujo combate os elos da cadeia profilática nos fogem

das mãos em independência ambicionada, geradora talvez de ilusões de eficiência, apenas aparentes, mas que no fundo são somente embriões com pouca viabilidade, e perturbadores de um resultado final verdadeiramente útil.

É certo que o trabalho sanitário preventivo, é um trabalho surdo, inglório, cuja única manifestação exterior, visível, adormece nas estatísticas, caracterizando-se pela negatividade.

Por outro lado, o trabalho activo de combate de epidemias ou surtos endemo-epidémicos, ilustrados por casos fatais, tem brilho, excita o entusiasmo, confere aparentemente louros de vencedor, mas não esqueçamos, que tantas vezes este é resultante da ineficiência do primeiro e paga-se caro. Caro em moeda corrente e especialmente caro em vidas perdidas.

Optamos decididamente pelo desenvolvimento do primeiro aspecto como elemento primário de trabalho de sanidade pública. Mas, só o consideramos possível, em trabalho coordenado com unidade de direcção.

A segunda falha do caso que nos prende a atenção também merece ser considerada. Queremos referir-nos à Profilaxia Internacional da Raiva. Este aspecto é para nós de importância culminante e não nos parece impossível encará-lo e procurar-lhe solução.

Entre as propostas do Conselho Executivo da O. M. S. à terceira Assembleia Mundial da Saúde, recentemente realizada e a propósito da Raiva, figura justamente a seguinte:

«Organizar sobre o plano regional, reuniões de autoridades competentes de países contíguos ou vizinhos onde a Raiva constitua um problema, a fim de tornar possível a luta concertada contra essa doença».

Bem sabemos que a Espanha não pertence à O. M. S., mas não julgamos impossível e temos mesmo motivos para supor a sua integração no espírito desta resolução.

Parece-nos assim de tentar, se isso fôr superiormente reconhecido desejável, o necessário contacto diplomático, precursor de conversações técnicas, conducentes a acordo de natureza profilática bilateral para este caso instantâneo e vários outros não menos importantes que sejam de considerar.

Fechar-se-ia assim completamente a cadeia profilática e uma vez todos os seus elos reunidos, em estreito enlace, caminharíamos com decisão para um resultado benéfico, para bem de todos.

IV — PROPOSTAS

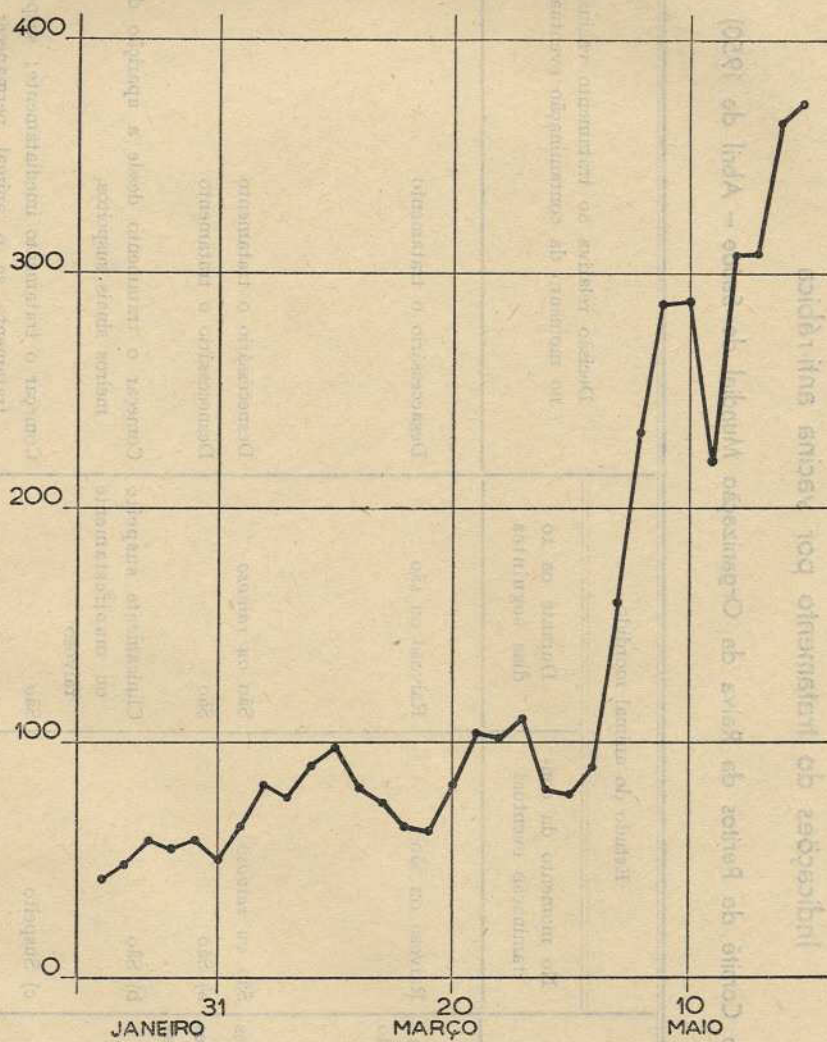
Temos a honra de propor a V. Ex.^a como fecho lógico da nossa exposição que a Profilaxia da Raiva se subordine às seguintes regras gerais:

- 1.^a — Direcção única de toda a Profilaxia;
- 2.^a — Intensificação da Polícia Sanitária dos caninos, em todos os seus aspectos, de harmonia com a legislação;
- 3.^a — Manutenção da vacinação obrigatória dos caninos;
- 4.^a — Estudo das medidas de Profilaxia Internacional;
- 5.^a — Vigilância do Tratamento Preventivo.

Lisboa, 13-IV-1950.

AUGUSTO DA SILVA TRAVASSOS

ANEXO N.º 1



Indicações do tratamento por vacina anti-rábica

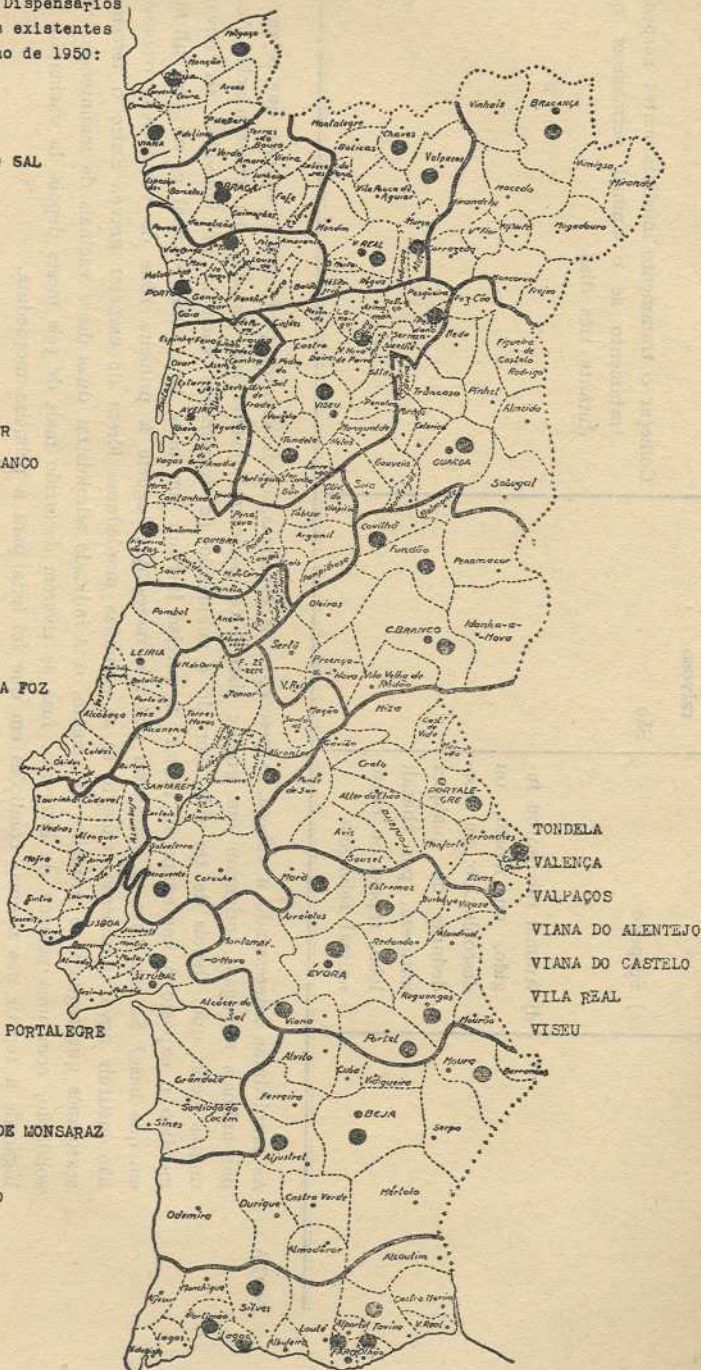
(Elementos do Comité de Peritos da Raiva da Organização Mundial de Saúde — Abril de 1950)

Riscos de infecção	Estudo do animal mordido		Decisão relativa ao tratamento vacinal no momento da contaminação eventual
	No momento da contaminação eventual	Durante os 10 dias seguintes	
I — Ausência de lesões: contacto indirecto somente	Raivoso ou são	Raivoso ou são	Desnecessário o tratamento
II — Lamedela na:			
1. Pele sem erosões	São ou raivoso	São ou raivoso	Desnecessário o tratamento
2. Pele sem erosões ou nas mucosas	a) São	São	Desnecessário o tratamento
	b) São	Clinicamente suspeito ou manifestamente raivoso	Começar o tratamento desde a aparição dos primeiros sinais suspeitos.
	c) Suspeito	São	Começar o tratamento imediatamente; suspender o tratamento se o animal permanecer normal durante três dias.
	d) Animal raivoso ou fugido, ou morto, ou desconhecido	—	Começar o tratamento imediatamente.
III — Mordeduras	a) São	São	Nenhum tratamento; salvo se as mordeduras forem múltiplas ou interessarem a face, a cabeça ou o pescoço; aplicar neste caso o abaixo indicado.
	b) São	Clinicamente suspeito ou manifestamente raivoso	Começar o tratamento desde a aparição dos primeiros sinais suspeitos.
	c) Suspeito	São	Começar o tratamento imediatamente; suspender o tratamento se o animal permanecer normal durante três dias.
	d) Animal raivoso ou fugido, ou morto, ou desconhecido; ou mordeduras de qualquer natureza, por chacal, lobo, raposa ou outro animal selvagem		

NOTA : — As mordeduras interessando a cabeça, o pescoço e as espáduas, os ferimentos profundos e aqueles que sejam feitos por animais selvagens, originam um grande risco e os pacientes deverão ser tratados por consequência. Acontece muitas vezes que, depois de ter sido mordido e submetido ao tratamento vacinal, um indivíduo ser novamente mordido e exposto à contaminação rábica. É preciso instituir um novo tratamento vacinal e, no caso afirmativo, em que base? Se este caso se apresentar nos três meses que seguem à primeira série de vacinações, recomenda-se não instituir novo tratamento, excepto se as segundas mordeduras forem de carácter grave. Entre o terceiro e o sexto mês que seguem ao primeiro tratamento, está indicado administrar duas doses vacinais de manutenção ou consolidação, com uma semana de intervalo, mas se tiverem decorrido mais de seis meses depois da vacinação, haverá lugar de a repetir nas mesmas condições em que foi feita para a primeira mordedura.

Seleção dos Dispensários
Anti-rébricos existentes
em 6 de Junho de 1950:

ABRANTES
ALCÁCER DO SAL
ALJÓ
ALJUSTREL
AROUÇA
BEJA
BENAVENTE
BRAGA
BRAGANÇA
CAMPO MAIOR
CASTELO BRANCO
CHAVES
COVILHÃ
ELVAS
ESTREMOZ
EVORA
FARO
FIGUEIRA DA FOZ
FUNDÃO
GUARDA
LAGOS
MELGAÇO
MORA
MOURA
OLHÃO
PENEDONO
PORTEL
PORTIMÃO
PORTALEGRE
PORTO
REDONDO
REGUENGOS DE MONSARAZ
SANTAREM
SANTO TIRESO
SETUBAL
SILVES
TAROUÇA
TAVIRA



A infecção focal de origem oral⁽¹⁾

SUMÁRIO

- 1 — *Âmbito da patologia oral.*
- 2 — *A infecção focal.*
 - esboço histórico;
 - as experiências de Rosenow;
 - Schottmuller e a doutrina bacteriana;
 - distinção entre foco de sepsis e infecção focal.
- 3 — *Localização dos focos sépticos.*
- 4 — *Focos orais;*
 - granuloma apical;
 - parodontoses;
 - pericoronarites;
 - dentes inclusos;
 - gengivo-estomatites;
 - infecção residual.
- 5 — *Processos clínicos e laboratoriais para descobrir focos de infecção estomatogênica.*
- 6 — *Doenças atribuídas à infecção focal;*
 - casuística pessoal.
- 7 — *Conclusão.*

A INFECÇÃO FOCAL DE ORIGEM ORAL

É vasta e multiforme a patologia oral. Começo do aparelho digestivo e em relação estreita com o aparelho respiratório e fonador, a boca pode ser a sede de numerosas doenças. Zona do corpo particularmente exposta aos agentes traumáticos, físicos, microbianos e outros, a face pode ser sede de inúmeras lesões. A riqueza de inervação e vas-

(1) Lição proferida no VI Curso de Aperfeiçoamento dos Subdelegados de Saúde, de 1950.

cularização, a multiplicidade de órgãos e funções num espaço relativamente pequeno, desde as mucosas à pele, aos músculos da mímica e de mastigação, aos ossos, à articulação temporo-mandibular, com as características únicas em todo o organismo, às glândulas salivares, aos órgãos dentários nas suas fases temporária e definitiva, ao paródncio, e à língua, impõe à patologia oral problemas sérios de diagnóstico e de terapêutica.

Acresce ainda que na boca se reflectem variadas doenças existentes em diversos pontos do organismo; aqui se manifestam muitas vezes os sinais promotores de doenças ou síndromas sérios, como acontece nas discrasias sanguíneas, nos estados anémicos, na doença de Quinke, no síndrome de Gougerot Sjogren, nas leucémias, nas doenças eruptivas, na febre tifoide, com a complicação gravíssima do noma, não falando já da sífilis, tuberculose e lesões cancerosas.

Diz-se, e é verdade, que na maioria dos casos a boca é o espelho da saúde geral. A multiplicidade de cáries dentárias, uma implantação viciosa dos dentes, o raquitismo da mandíbula, estão ligados a estados gerais doentes. As gengivo-estomatites, as parodontoses, certas localizações infecciosas dos ossos, indicam perturbações gerais do organismo. Compreende-se, por isso, que o patologista oral tenha necessidade de conhecimentos seguros de patologia geral, e que, por outro lado, um clínico geral deva possuir, para bem dos seus doentes, conhecimentos suficientes de patologia bucal.

A chamada doutrina da infecção focal, veio tornar ainda mais estreitos os laços da estomatologia com a clínica geral.

Esta doutrina, que dia a dia mais se consolida, resume-se no seguinte: Um foco infeccioso, existente em qualquer ponto do organismo, pode ir provocar a distância, pela libertação contínua, lenta e prolongada de produtos sépticos, uma lesão nos órgãos mais variados.

Já Hipócrates cita o caso de um doente que se curou de reumatismo, após a extração dum dente. Antes e depois de Hipócrates, numerosas são as observações de médicos das mais diversas escolas e nacionalidades, que citam factos semelhantes. Impossível é dar o nome deles todos. Citarei apenas três dos mais salientes.

Nos fins do século passado (1899), o inglês Hunter chamou insistentemente a atenção para o caso em trabalhos diversos, especialmente quando começou a preleccionar na Universidade de Montreal; durante muitos anos desenvolveu uma campanha, por vezes exagerada, contra a odontologia conservadora, que, dizia, mantinha massas sépticas em vez de as eliminar e insurgiu-se contra o que chamou «dourados mau-

soléus», criticando justamente os focos sépticos motivados por locais de retenção em peças de pontes mal construídas sem pontos de contacto perfeitos e mal adaptadas, julgando todavia que o assunto se resolvia ingenuamente com extrações e bochechos antisépticos. Nestas dissertações havia mais calor polémico que rigor científico. Mas concorreram para despertar a atenção dos investigadores para o problema.

Pässler, na Alemanha, em 1909, foi dos primeiros a estudar cientificamente o assunto, mostrando as relações da infecção dentária causal, com as enfermidades mais diversas.

Mas foram particularmente os trabalhos de investigação da prestigiosa clínica Mayo, nos Estados Unidos da América, feitos alguns directamente por Charles Mayo e a maioria deles por Rosenow, que desde 1909 foram chamando a atenção da medicina moderna para o problema e o firmaram de certo modo.

As experiências de Rosenow foram concludentes na demonstração da infecção focal e neste ponto mantêm-se inatacáveis. Mas Rosenow alargara o problema, procurando demonstrar a transmutabilidade das espécies e a electividade microbiana patogénica, isto é, que certos micróbios ou toxinas teriam uma afinidade electiva para determinados tecidos.

A escola bacteriológica alemã com Schottmuller à frente, contraditou nestes dois pontos Rosenow; mas sejam quais forem as opiniões neste sector, é um facto que esta electividade patogénica existe pelo menos numa percentagem tal que não parece poder ser atribuída a simples coincidência.

Rosenow isolava o germen patogénico da enfermidade no foco primário existente, cultivava-o nos líquidos ou tecidos onde a doença se acantonara e injectava em animais de laboratório as culturas obtidas, reproduzindo assim as mesmas doenças (eritema nodoso, endocardites, colecistites, parotidites, herpes zoster, apendicites, reumatismos diversos, miosites) e isto numa percentagem de 30 % a 90 %.

Os contraditores de Rosenow objectam que não é possível isolar o agente causal sem que se lhe associem os germens habituais da flora bucal, e afirmam que esta só por si pode provocar enfermidades semelhantes. Rosenow e os seus seguidores dizem que os fracassos são motivados por deficiências de técnica e que é possível recolher asépticamente os germens dum foco infeccioso dentário.

Alguns autores julgaram existir um germen específico nas polpas

gangrenadas. Depois atribuíram os acidentes necróticos ao *estreptococcus viridans* e alguns outros ao *estreptococcus hemoliticus*. Hoje consideram-se estes fenómenos motivados por uma associação polimicrobiana de tipo aneróbio, em que predominam bacilos diversos, os estreptococcus, os estafilococcus e os espiroquetas, da flora habitual da cavidade bucal. Compreende-se por isso, que Schottmuller obtivesse resultados semelhantes aos de Rosenow, com os germens tirados directamente da flora bucal, ainda que em percentagem mais reduzida.

Schottmuller e Bingold, fazem distinção entre foco séptico e foco de sepsis.

Uma osteiomielite mandibular, por exemplo, seria um foco de sepsis. A sua rica flora microbiana com as lesões necróticas e a facilidade de disseminação vascular, através dos vasos linfáticos ou venosos, não deixa dúvidas a ninguém. Neste aspecto o acordo é geral e todos admitem que uma osteíte, um abscesso, um fleimão, possam provocar doenças na vizinhança do foco infeccioso ou mesmo a distância.

As sinusites maxilares, as faringites, os abscessos faríngeos ou periamigdalinos, até mesmo os abscessos pulmonares após a aspiração de fragmentos de raiz, de sangue ou saliva infectada, durante ou em seguida às intervenções cirúrgicas ou as pneumonias post-operatórias, são doenças por contiguidade, não está em causa a infecção focal.

Do mesmo modo também não são doenças de causa focal, como erradamente por vezes se catalogam, os dentes inclusos no pavimento do nariz ou com outras localizações, as tumefacções do nariz por causas peri-apicais dos incisivos superiores, as raízes dentro do seio maxilar, as complicações neurológicas e as infecções, por vezes mortais, do sistema nervoso central e das meninges, após extracções dentárias. Tudo isto não é infecção focal.

Num foco de sepsis há bacteriémia, há manifestações gerais acentuadas, há passagem maciça de bactérias na corrente sanguínea. Sabendo que com excepção do estado agónico, as bactérias não se multiplicam no meio sanguíneo — o sangue é o meio mais hostil á pululação microbiana — para manter a bacteriémia, dadas as defesas naturais do organismo, é necessário que o foco de sepsis lance continuamente na corrente sanguínea os seus produtos nocivos. Se a fagocitose é precária, se a resistência reticulo-endotelial é insuficiente, as noxas circulam no sangue. Daqui a possibilidade de surgir uma espécie de

septicémia crônica, que pode ter pontos de contacto com as doenças motivadas por focos sépticos e formar novas colónias em pontos localizados do organismo.

Na infecção focal há estabilização duma colónia bacteriana num centro tissular. As dimensões do foco séptico são reduzidas e os micróbios, as toxinas ou os produtos alérgicos lançados na corrente sanguínea, fazem-se por pequenas descargas intermitentes, lentamente, progressivamente, sendo na maioria dos casos, impossível descobrir no sangue esses produtos nocivos.

Esses produtos microbianos originários dum foco primário, localizar-se-iam em diferentes órgãos, dando as enfermidades mais diversas e constituindo um foco secundário, que pode curar-se pela formação de tecido cicatricial ou agir como um novo foco séptico.

A formação de focos sépticos secundários, explica os insucessos possíveis, após a eliminação do foco primário.

A existência dum foco séptico põe problemas múltiplos, desde o estudo da virulência dos germens ao valor defensivo do terreno, à teoria da imunidade e da alergia bacteriana, à resistência de órgãos e aparelhos, que conduz à hipersensibilização.

Certos estados periódicos, como o ciclo catamenial, a gravidez, o parto, certas influências meteorológicas, o frio, o calor, a humidade; alguns acidentes traumáticos, a diminuição da vitalidade orgânica, a exacerbação da sensibilidade alérgica, provocariam um aumento de virulência das colónias microbianas acantonadas num foco séptico, com o aparecimento a distância de enfermidades diversas.

Enquanto num foco de sepsis haveria fenómenos necróticos visíveis, na infecção focal só há micronecrosis, mortificação tissular em escala ínfima.

A propagação microbiana e tóxica ou alérgica far-se-ia por via venosa e linfática.

Estas considerações explicam a possibilidade da evolução dum foco séptico sem a existência de perturbações orgânicas visíveis.

A medida que as noxas se libertam do foco séptico, são destruídas pelas defesas naturais do meio sanguíneo. Mas se o organismo diminui de resistência, se há aumento de sensibilidade aos produtos tóxicos ou alérgicos, há logo o perigo de uma localização secundária dos produtos tóxicos ou microbianos e o aparecimento duma enfermidade séria.

A existência, durante largo tempo dum foco séptico, teria provocado uma hipersensibilização do organismo, que o levaria a uma receptividade microbiana mais fácil, ou a uma alergia mais acentuada.

LOCALIZAÇÃO DOS FOCOS SÉPTICOS

Os focos de infecção podem localizar-se nas amígdalas, nos dentes, nos seios da face, no ouvido médio, no tubo digestivo, na próstata, no útero e anexos, na vesícula biliar, no apêndice, etc.

Alguns autores colocam em primeiro lugar, como focos de infecção, as amígdalas e logo a seguir os dentes. Outros colocam no vértice da escala os focos dentários e gengivais ou outros de origem oral. O seguinte quadro, organizado por Maraño, considera como de primordial importância os focos de localização oral:

- 1.º — Localização dentária ou oral — Sinusais — Maxilar, frontal, etmoidal e cavidade timpânica;
- 2.º — Localização faríngea — Adenoidites, amigdalites;
- 3.º — Localização respiratória — Supurações pulmonares, bronquiais e pleurais.
- 4.º — Localização digestiva — Colecistite crônica, perigastrite, abcesso sub-frênico, apendicite crônica, inflamação na fossa ilíaca, colite crônica simples ou ulcerosa;
- 5.º — Localização genito-urinária — Prostatites, uretrites, anexites, pielites, flebites latentes;
- 6.º — Focos excepcionais.

Deixando de parte os focos extra-orais, vamos estudar somente aqueles que têm a sua origem na cavidade bucal.

FOCOS ORAIS

O primeiro de quem todos falam é do *granuloma apical*, também chamado pela escola alemã periapicopatia e pelos anglo-americanos, quando gigantes, osteíte granulosa.

Quando um dente adoece, a cária vai invadindo lentamente a dentina, até atingir a câmara pulpar. As lesões avançam pelos canais radiculares, ultrapassam o apex, estabilizam-se no osso, formando em volta do apex uma zona de osteíte.

Isto pode dar-se duma maneira aguda, surgir um fleimão, que rompe para o exterior formando uma fístula por onde sai pús, ou a evolução pode ser lenta, surda, sem sintomas objectivos (Figs. 19 e 20).

Igualmente quando se desvitaliza um dente, se não se extraiu completamente a polpa e os filetes nervosos, ou não foi possível extrai-los por dificuldades anatómicas, e não se esterilizaram convenientemente os canais do dente, pode aparecer, passado um período de alguns meses a alguns anos, em volta do apex o conhecido granuloma.

O granuloma tira o seu nome do tecido de granulação que circunscreve o apex do dente, fase proliferativa, que se segue à fase exudativa, em que há um derrame de soro sanguíneo e emigração de elementos figurados do sangue, que actuam como presumíveis defensores.

O granuloma é o resultado dum processo inflamatório, em que a parte mais externa é constituída por tecido conjuntivo de reacção, seguida da cápsula fibrosa, que contribui para circunscrever o processo infeccioso, prevenir a propagação aos tecidos vizinhos e à circulação geral.

Haveria como que uma irritação crónica no tecido periapical, bastante débil para permitir a formação de tecido de granulação e não atingir a supuração.

Ao passo que nos casos supurativos havia micro-organismos específicos, nos granulomas tal não sucederia. Há mesmo casos de formação de granulomas experimentais em animais, na ausência de toda a infecção (Experiência de Hill).

Mas estes granulomas asépticos facilmente se infectam, provavelmente por via hematogénea; de modo que os granulomas primitiva ou secundariamente infectados, são sempre considerados como focos verdadeiros ou possíveis de infecção.

Os granulomas são sempre a consequência de irritações dos tecidos periapicais produzidos por invasão microbiana, atribuindo-se aos micro-organismos habituais da boca, geralmente aeróbios ou anaeróbios facultativos, de fraca virulência, a acção invasora.

No interior desta pequena neo-formação, há fibroblastes e fibras colágenas, irrigada pelos neocapilares e elementos infiltrativos, com células polinucleares (poder fagocitário), linfocitos, planocitos (elementos inflamatórios crónicos), células gigantes de Metschnikoff. Nos granulomas velhos há macrofagos e depósitos de colestina. Com o tempo os granulomas entram em degenerescência, da qual a degenerescência gorda é a mais frequente. Pode, como já dissemos, cair na supuração, constituindo um granuloma abcedado. O centro do granuloma constitui-se na cavidade do abcesso em que não há revestimento epitelial,

como nas cavidades quísticas, mas sim tecido de granulação rico em elementos infiltrativos. O tecido ósseo mostra nestes casos sinais de reabsorção.

O granuloma raras vezes é doloroso, mesmo o fistulizado. Apenas se nota uma zona de hiperemia, ligeira tumefação, sensação de mobilidade do dente ou de peso, às vezes nevralgias. Em certos casos não há sinais nenhuns subjectivos. Quando fistulizado, vê-se a saída de pús pela fistula.

O centro do granuloma está em comunicação com o canal radicular e a câmara pulpar, espaços mortos onde a pululação microbiana é quase sempre grande. No centro do granuloma há uma intensa reacção de defesa, do tecido intersticial, que conduz algumas vezes à cicatrização do processo infeccioso. Nalguns casos, porém, tal não se dá e surgem focos purulentos e a degenerescência dos tecidos, sendo frequente observar granulomas com abscessos e fistulas, constituindo toda uma notável patologia periodôntica, com as formas agudas apicais, marginais e difusas ou as formas crônicas supuradas ou abscessos alveolo-dentários crônicos.

O granuloma pode ter o tamanho variável, desde o tamanho da cabeça dum alfinete a um grão de milho ou mesmo mais. O granuloma tem um feitiço esférico ou ovoide. A idade não é proporcional ao tamanho. A sua consistência parece, porém, depender da idade; os mais frágeis são mais recentes, os mais fibrosos são mais antigos.

A maior parte dos granulomas passa desapercibida e só um exame clínico e radiológico ou laboratorial permite a sua descoberta. O diagnóstico pode ser estabelecido, ou pelos sinais apresentados pelo doente, ou por uma série de observações, das quais citaremos adiante as mais importantes.

Convém ainda frizar que alguns autores vão mesmo até considerar funestos e fontes de infecção os dentes desvitalizados antes da formação do granuloma, uma cimentite rarefaciente, um apex hipertrófico, em forma de baqueta de tambor, um alargamento do ligamento ao apex. Sem cair no exagero de considerar nefastos todos os dentes desvitalizados — isso seria condenar toda a dentisteria conservadora, em oposição manifesta com a observação clínica e a experimentação — convém, com são critério, eliminar todos os focos de granulomas e prestar atenção aos dentes com qualquer alteração equivalente a granuloma. (Fig. 21)

Outro foco oral a considerar é a *parodontose*, outrora chamada doença de Fauchard ou piorreia alveolar. É uma doença tão frequente como a cária dentária, e não menos prejudicial.

O órgão dentário constitui, com o parodôncio, uma articulação do tipo das sindesmoses e não uma gonfose, como é vulgar ouvir-se e o Testut vai repetindo de edição para edição. (Fig. 22)

Se esta articulação adoece, se há destruição progressiva dos elementos de sustentáculo do dente, atrofia do parodôncio, reabsorção do osso alveolar, acompanhado por vezes de fenómenos inflamatórios, a que se segue uma verdadeira expulsão do elementos dentário, há a doença chamado parodontose. O pús, donde o nome antigo de piorreia, é um sintoma acessório e inconstante da doença. (Fig. 23)

Quando num estado evolutivo da doença, ou num tipo especial da parodontose há formação de bolsas de pús em que a pululação microbiana é intensa, compreende-se que estes focos, quer localizados, quer generalizados a todos os dentes, possam constituir uma fonte de infecção focal. Alguns julgam que estes focos com abertura para o exterior não teriam importância sobre o aspecto da infecção a distância, mas somente sob o aspecto da ingestão. Entraria aqui a velha doutrina da piofagia.

Mesmo sob este aspecto, a piofagia não é inofensiva. Sabe-se que a secreção ácida do estômago não tem poder bactericida total. Bactérias patogénicas extracelulares, reactivadas pelo pús tornariam hiper-ácido o conteúdo gástrico e uma evacuação mais rápida para o intestino, que perderia bruscamente a sua alcalinidade, indispensável a uma boa digestão intestinal. Além disso, os micróbios patogénicos podem provocar lesões nas paredes do tubo digestivo, ou passar para a circulação geral dando doenças diversas no fígado ou nos rins, ou ainda passarem para o sangue as toxinas, provocando uma intoxicação crónica. Mas este fenómeno da piofagia, ainda que de considerar, nada tem com a infecção focal.

A parodontose, mesmo limitada a um só dente, é já um foco infeccioso sério. E se a parodontose aumenta ou se se generaliza, muito maior é não só o poder de absorção, mas — o que nos interessa dum modo especial neste momento — o poder de reabsorção linfática ou sanguínea.

A pressão exercida em dentes parodontósicos, durante o acto mastigatório, dentes mal fixos, determina pequenos movimentos do dente

no sentido vertical, com expressão do pús e aumento do poder de reabsorção. A massagem das gengivas neste período está também por isso contraindicada.

Fenómeno semelhante de reabsorção tóxica acontece também noutra afecção oral, nas *pericoronarites*, que são infecções agudas, sub agudas ou crónicas, dos tecidos envolventes dum dente de difícil erupção. São frequentes nas erupções dos dentes do siso, ainda que possam existir noutros dentes semi-inclusos e dentes traumatizados.

Os dentes do siso incompletamente nascidos, com o capucho mucoso recobrendo parte do dente, são albergues de colónias microbianas, que mantêm um foco crónico de pericoronarite. Tem ainda o perigo de poderem infectar as amígdalas. A constituição anatómica muito particular dos tecidos envolventes dos sisos, faz salientar a patologia das pericoronarites destes dentes, como focos de infecção. (Fig. 24)

Os dentes inclusos, quando infectados são também, ainda que indirectamente, causa de infecção focal. Completamente recobertos pela fibro-mucosa, na sua ânsia de erupção, os dentes inclusos provocam reacções inflamatórias, dando fenómenos de irradiação dolorosa, cefaleias, mal-estar, nevralgias, quando não provocam de quando em quando gengivo-estomatites agudas, rebeldes ao tratamento. (Fig. 25)

As gengivo-estomatites, especialmente as de tipo ulceroso, são também consideradas como fonte de infecção focal.

Convém ainda citar, como focos sépticos bucais, a permanência de pequenas raízes perdidas, esquecidas e ignoradas do diploe, que são fonte de reabsorção alveolar patológica e que se encontram por vezes até em desdentados totais. (Fig. 26)

Em zonas sem dentes é preciso também verificar se não persistiram granulomas, após a extracção dos dentes, se não há quistos paradentários ou fenómenos de osteíte. Todos estes acidentes são focos infecciosos e catalogados por alguns autores com o nome de *infecção residual*.

Obturações mal feitas, sem a formação correcta do ponto de contacto, corôas ou pontes mal ajustadas, pivots em dentes com raízes

perfuradas, determinam ninhos de alimentos e de bactérias, focos irritativos das gengivas, fontes de supuração e são também focos orais de infecção. (Fig. 27)

É preciso dizer que, não havendo na posição dos dentes uma estabilidade absoluta, pode uma prótese fixa ter sido correctamente aplicada e passados anos, pela deslocação normal ou anormal dos dentes, apresentar uma posição incorrecta e traumatizante. Importa que o doente seja instruído destes factos e não seja induzido ao erro de considerar definitivas certas próteses. Não há nem pode haver próteses definitivas, como não há nem pode haver lentes oculares definitivas para corrigir por toda a vida uma ametropia.

PROCESSOS PARA DESCOBRIR FOCOS DE INFECÇÃO ESTOMATÓGENA

Fácil é em certos casos verificar se há espaços retentivos de alimentos e bactérias, linguetas gengivais irritadas por corôas ou pontes mal adaptadas ou obturações incorrectas. Nos casos de paradentopatias profundas e supuradas, também é fácil um diagnóstico. A parte mais difícil está nos casos dos granulomas ou na chamada infecção focal residual. Convém então ser minucioso e recorrer a todos os processos para assentar num diagnóstico certo.

A observação directa pode mostrar a existência de fístulas, quase sempre vestibulares, mas que podem também ser palatinas, ou cutâneas, rubor ao nível do apex ou sensação dolorosa à pressão também na região do apex.

Todos os dentes com côr diferente do normal e todos os dentes obturados, devem ser sujeitos a uma observação particular.

A percussão do dente no sentido vertical pode dar-nos alguns elementos; o som é característico, sendo por Smreker comparado ao som do martelar duma caldeira para fazer desprender o sedimento; a percussão provoca também no doente uma reacção dolorosa ou desagradável.

Devem sujeitar-se os dentes às provas térmicas (calor e frio) e especialmente à exploração eléctrica, mediante a passagem duma corrente galvanica ou farádica segundo o método de Prinz, que nos permite saber se a polpa é normal, hiperémica, inflamada, supurada ou morta.

Entre os diferentes focos existentes pode haver apenas um responsável — o foco activo.

Indica-se o método da provocação de Klussmann, mandando morder activamente um rolo de algodão com o dente suspeito. Se há uma sensação dolorosa, considera-se esse dente em causa. O método de Wannemacher, excitando por meio dum vibrador mecânico o dente suspeito, teria igualmente valor, principalmente nos dentes monoradiculares. O método de Gutzeit, das ondas curtas irradiadas sobre o dente em causa, transformaria o foco latente em foco activo, facto que alteraria o hemograma e a velocidade de sedimentação.

Além destes métodos excitadores do foco latente, há especialmente dois a que se deve recorrer com frequência: a roentgenografia e o exame do sangue.

O exame radiográfico é hoje indispensável. Todavia convém não o considerar um método único e absoluto e saber interpretar uma radiografia, não tomando por granuloma um cementoma, um quisto paradentário, um quisto dentífero, uma condensação ou rarefação óssea normal ou um orifício normal. (Figs. 28 e 29)

Não esquecer que não há nem pode haver granulomas em dentes vivos ⁽¹⁾. A radiografia não nos diz, habitualmente se um dente está ou não desvitalizado — para isso é preciso recorrer às provas térmicas e eléctricas — e também nada nos diz sobre o valor infectante, bacteriológico do foco. É preciso recorrer constantemente à radiografia, mas com são critério.

O exame do sangue é também utilíssimo, especialmente o hemograma e a velocidade de sedimentação.

Nos casos de haver infecção focal, há aumento de leucocitos, diminuição dos neutrófilos polinucleares e um aumento relativo dos linfócitos, com predomínio das formas embrionárias.

A velocidade de sedimentação que, nos processos infecciosos agudos segue as alterações da fórmula hemática, nas infecções focais, começaria por ser lenta na primeira hora e meia, para se acelerar nas quatro horas seguintes.

Eliminado o foco, verifica-se que o hemograma pouco se modificou, mas que há uma notável melhoria na velocidade de sedimen-

(1) O chamado granuloma interno de Schweitzer, em dentes vivos, tem uma etiologia diferente e não é mais do que uma pulpíte granulomatosa hiperplásica interna.

tação das hematias. Pode então, com bastante segurança, afirmar-se que a causa da doença era a infecção focal. Convém não esquecer a medição da temperatura e a exploração dos gânglios linfáticos da região e do pescoço.

De passagem, diremos que Slauck liga grande importância ao sintoma da fibrilação muscular, especialmente na descoberta da infecção focal nos casos de reumatismo, e que Bruno Weicker chamou a atenção para o facto de, nas infecções focais, o electrocardiograma apresentar características próprias. Na ausência de arterioesclerose ou de sífilis vascular, as alterações do electrocardiograma, indicadoras do compromisso da circulação coronária, por estados tóxicos, podem ser consideradas como sintomas de infecção focal.

Os focos de infecção podendo ter localizações diversas, requerem um exame cuidadoso por especialistas diversos.

Vê-se como o problema é complexo e como o estomatologista pode concorrer, dentro do seu sector, para o esclarecimento ou descoberta da infecção focal de origem oral, possível causadora de inúmeras doenças, como vamos ver a seguir.

DOENÇAS ATRIBUÍDAS A INFECÇÃO FOCAL

No IX Congresso da Federação Dentária Internacional, de Viena, em 1936, fixaram-se as doenças que podiam ser atribuídas à infecção focal e dividiram-se em três grupos: Infecções focais provocadas por bactérias; infecções focais provocadas por alérgenos, por toxinas ou por ambos ao mesmo tempo; infecções focais de patogenia discutida.

Desde então para cá, rectificaram-se algumas concepções, principalmente no que respeita ao reumatismo, como veremos. Esta afecção é colocada por alguns autores no primeiro lugar das que podem derivar de focos sépticos.

Servindo-nos especialmente do quadro organizado por Font Llorens, com algumas correções colhidas em Dechaume, Burket, Cora Eliseht e outros, estabelecemos o seguinte esquema:

- 1 — *Doenças de carácter geral, sem localização*: Febrículas, astenia, palidez do rosto, aspecto intoxicado, muitas doenças das chamadas criptogenéticas.
- 2 — *Doenças do aparelho pulmonar*: Abscessos do pulmão, pneumonias, asma, tuberculose. (Por vezes têm-se encontrado

bacilos de Kock em dentes cariados como foco possível inicial da doença. O assunto não está esclarecido).

- 3 — *Doenças dos ouvidos*: Otites médias supuradas. Os dentes de leite com abscessos ou fistulizados são dum modo especial focos de infecção sérios para os ouvidos.
- 4 — *Doenças dos olhos*: Conjuntivites infecciosas, queratites supuradas e úlceras da córnea, irites, ciclites (iridociclites), coroidites (uveítes), retinites, nevrite óptica (papilites) ou retro-bulbares.
- 5 — *Doenças do aparelho cardio-vascular*: Endocardites sub-agudas, miocardites, pericardites, arterite obliterante, hipertensão, taquicardia simples.
- 6 — *Doenças do aparelho digestivo*: Gastrites, úlceras gastro-duodenais, colecistites, colangites, enterocolites, apendicites, perturbações pancreáticas.
- 7 — *Doenças do aparelho urinário*: Nefrites focais, glomerulonefrites, nefrolitiasis, pielites, cistites.
- 8 — *Doenças da pele*: Furunculoses, eczemas, peladas, piodermites, herpes, psoríasis.
- 9 — *Doenças nervosas e mentais*: Citam-se casos de paralisias faciais, nevralgias do trigémio, nevrites, ciáticas. Certas neurastenias e psicoses seriam pelo menos agravadas pelos focos infecciosos.
- 10 — *Doenças do sangue*: Anemias hipocrômicas, púrpura e outros síndromas hemorragiparos, leucemias agudas (Bouweret), linfogranulomatose maligna (Goia).
- 11 — *Doenças endócrinas e da nutrição*: Tiroidites, doença de Addison, diabetes.
- 12 — *Doenças do aparelho locomotor*: Artrites reumatoides, reumatismos focais, osteiomielites, miosites.
- 13 — *Doenças que surgem durante a gestação e o puerpério*: Os focos infecciosos orais, provocariam o aborto espontâneo, pielites, hipertensão, mastites e um estado de toxémia.

Olhando para este quadro, pode ter-se a tentação de dizer, com um pouco de cepticismo, que afinal a etiologia das doenças se resume à infecção focal. A terapêutica seria fácil, limitar-se-ia a eliminar o foco.

Pensar assim, seria cair num exagero simplista e cómodo e numa

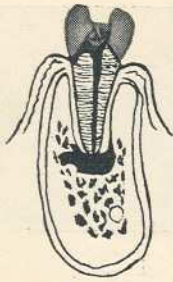


FIG. 19

Granuloma abcedado e fistulizado através do canal dentário (segundo Alcayaga)



FIG. 20

Abscesso gengival, consequência duma infecção apical (segundo Alcayaga)



FIG. 21

Observ. n.º 5351 — 7.º e 8.º dentes inferiores esquerdos com raízes em baguetas de tambor por hiper cementose. Parodontose.

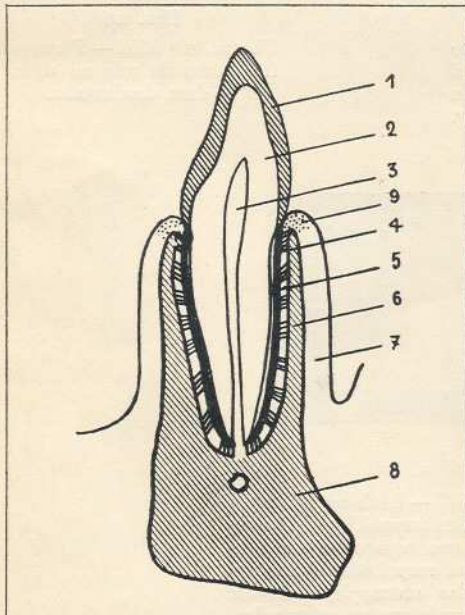


FIG. 22

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1 — Esmalte | } Órgão dental ou
dente propriamen-
te dito |
| 2 — Dentina | |
| 3 — Polpa | |
| 4 — Cimento | } Paro-
dôncio |
| 5 — Ligamento alveolo-
dentário | |
| 6 — Osso alveolar | |
| 7 — Tecido gengival | |
| 8 — Corpo do maxilar | |
| 9 — Bordo gengival | |

Esquema do Odonton (segundo Held).



FIG. 23

Observ. n.º 5405 — Parodontose com zona de alveolise correspondente a bolsa piorreica.



FIG. 24

Observ. n.º 5402 — Siso inferior direito semi-incluído com ligeira reabsorção óssea por pericoronarite.



FIG. 25

Observ. n.º 850 — Siso inferior direito incluído e 6.º dente com granuloma. Foi feita a extracção cirúrgica do siso com extracção do 6.º e conservação do 7.º.



FIG. 26

Observ. n.º 5451 — Pequeno fragmento de raiz no alvéolo dum desdentado.



FIG. 27

Observ. n.º 5217 — Reabsorção alveolar por gengivite traumática. (Excesso de amálgama nos espaços interdentários; não foram respeitados os pontos de contacto das obturações). Canais dentários incompletamente obturados.

terapêutica mutiladora em excesso. Como se sabe a etiologia de muitas doenças do esquema acima indicado não é conhecida, noutras é muito discutida. A infecção focal entra então apenas como um facto possível. Há ainda pontos mal esclarecidos ou controvertidos e que exigem maior número de observações.

Na impossibilidade de discutir doença por doença, e de fazer uma crítica objectiva, mostrando o que pode ou não pode ser atribuída à infecção focal, limitar-me-ei a apresentar uma casuística pessoal e, a propósito dum ou outro caso, fazer várias considerações de carácter clínico.

ASTENIA, FEBRÍCULAS

1.º — Menina de nove anos, viva, inteligente, que havia meses apresentava pequenas temperaturas, cansaço, dificuldade de concentração no estudo e perda de apetite. A velocidade de sedimentação estava ligeiramente aumentada. Todas as outras análises e radiografias eram normais. Passados quatro meses em pesquisas infrutíferas, é por mim observada no foro estomatológico. Apresenta cárias simples dos 4 e 5 molares temporários superiores direito e cária profunda do 5.º temporário inferior esquerdo. O 5.º esquerdo temporário fistulizara e apresentava uma zona de osteíte. Rebate ganglionar cervical, especialmente à esquerda. É feita a extracção do dente fistulizado, curetado cuidadosamente o alveolo e obturados os restantes dentes. Três dias depois, sem qualquer outra medicação, a febre havia desaparecido, e a criança tornava-se mais alegre e activa.

Os dentes de leite, em causa neste caso, estão sujeitos às mesmas doenças que os definitivos, o que importa não esquecer.

(Observ. n.º 4.277 — Doente M. M. M. L.)

ASMA DOS FENOS

2.º — Senhora de 41 anos. Há três anos caiu desamparadamente e fracturou o incisivo superior lateral direito. Feita nessa ocasião uma radiografia nada acusou nos restantes dentes. É colocado um pivot na raiz desse dente. Passados dois anos, começa a sentir uma sensação

dolorosa ao premir o lábio superior. Uma asma dos fenos de que já sofrera e que entrara num período de acalmia, exacerba-se. Cefaleias frequentes e dores nevralgias à esquerda. A observação revelou o incisivo central direito mais amarelado e ausência absoluta de reacção à corrente eléctrica. Trata-se portanto dum dente com polpa morta; a radiografia indica a existência dum granuloma nesse dente. O canal do pivot está incompletamente obturado e há uma cária profunda do primeiro molar superior direito. O traumatismo havia necrosado a polpa e durante um largo período fora-se estabelecendo o granuloma, talvez de início à margem da invasão bacteriana, constituindo-se o que se chama a gangrena seca. Posteriormente o granuloma ter-se-ia infectado por via hematogena; Ou então, através de qualquer fissura microscópica do esmalte, ter-se-ia infectado logo de início a polpa.

Trepanando o dente, apesar de não haver mau cheiro, deixou-se aberto o canal como precaução, visto ser frequente o aparecimento de fenómenos agudos em polpas mortas, que se haviam mantido silenciosas, e que se activaram ao abrir-se o dente. Julga-se que isso se dá, porque os micro-organismos inactivos pela falta de oxigénio, adquirem bruscamente uma hiper-virulência.

O dente é em seguida desinfectado quimicamente, obturado o canal e feita a apicectomia. Reservou-se para mais tarde a modificação do pivot.

Todos os fenómenos gerais desapareceram e a asma entrou num novo período de acalmia. (Figs. 30, 31 e 32)

(Observ. n.º 5.809 — Doente M. M. B.)

LITIASE RENAL E PIONEFROSE

3.º — Homem de 68 anos. Maxila totalmente desdentada. Mandíbula sem alguns molares e com os dentes atingidos de forte parodontose, com bolsas de pús, mostrando a radiografia reabsorção alveolar. É-lhe proposta a extracção total dos dentes, visto não estar indicado o tratamento conservador. Recusa-se a isso. Passados meses, em volta de uns cálculos renais de que sofre há anos, estabelece-se bruscamente uma pionefrose, que necessita de intervenção cirúrgica. Toma penicilina em doses altíssimas. Curado da lesão renal, aparece no consultório radiante, com os dentes mais firmes e com a supuração gengival quase praticamente desaparecida. A penicilina havia produ-

zido os seus efeitos, diminuindo a flora microbiana oral. Mas o benefício foi de curta duração. Alguns meses depois as gengivas estavam piores, a supuração mais abundante e os dentes novamente oscilantes. Temendo pelos seus rins, resolveu-se a fazer as extracções.

O estado geral melhorou e os rins passaram a funcionar melhor, não tornando a fazer crises calculosas; já lá vão três anos após a operação.

Digamos de passagem, para confirmar o valor da infecção focal no aparecimento da calculose renal e das nefrites e piolenefrites, que Rosenow e Meisser, injectando em cães bactérias obtidas em dentes de pacientes com nefrolitiasis, provocaram cálculos renais nesses cães.

Mac Farlane e Fettermann, dizem que 65 % das infecções do tracto urinário, são provocadas por focos dentários.

(Observ. n.º 2.216 — Doente S. M.)

CARDIOPATIA CONGÉNITA — ENDOCARDITE

4.º — Rapariga de cerca de 18 anos, com uma lesão cardíaca congénita (persistência do canal arterial). Instala-se uma endocardite lenta (canaliculite) que cede bastante a um tratamento penicilínico intensíssimo. É operada com sucesso e adquirida a cura anatómica e da sua endocardite. Após a convalescença e vencida a grande crise aparece a queixar-se do 6.º dente inferior esquerdo. Durante toda a doença nunca falara do dente aos médicos assistentes e operador. Granuloma e zona de osteíte acentuada. É extraído o dente, com anestesia troncular, curetado o alvéolo, e feita a aplicação de penicilina local e geral.

(Observ. n.º 4.056 — Doente A. C. C. D.)

São principalmente as endocardites bacterianas sub-agudas ou crónicas as lesões mais frequentes provocadas por infecção focal dentária e a casuística sobre o assunto é de tal maneira volumosa, que não é possível deixar de considerar o facto.

Esta doente impele-nos a fazer algumas considerações de carácter prático e a assentar ideias que andam um tanto baralhadas, no que respeita às extracções em cardíacos.

Podem fazer-se extracções dentárias em cardíacos? Que cuidados é preciso ter? Citam-se casos de endocardites, após extracções em cora-

ções com lesões congénitas ou com lesões adquiridas. Sabe-se que após as extracções de dentes infectados, mesmo num indivíduo normal, pode aparecer uma reacção passageira, com febre elevada, 38°, 39° de febre ou com elevação febril dumas décimas apenas. Convém, por isso em cardíacos, especialmente em cardíacos valvulares, ou em doentes deprimidos, ser prudente.

O uso largo dos antibióticos veio fazer desaparecer estes sinais na maior parte dos casos. É por isso boa técnica injectar antes da extracção ou, não sendo possível, imediatamente a seguir, penicilina em doses de 300.000 a 400.000 unidades ou mesmo mais e repetir a injeção 24 horas depois, se necessária.

Importa ainda atender aos seguintes pontos:

a) Escolher um bom anestésico, sem epinefrina ou com dose por c.c. não superior a um para 100.000. Burket aconselha a não usar nos anestésicos nenhum vaso constritor, nem epinefrina, nem cobefrina ou corbasil. A minha experiência tem-me demonstrado que os modernos anestésicos (moninas, sincainas, xilocainas, etc.) com corbasil ou com doses mínimas de epinefrina, são absolutamente inofensivos. É bom amornar o soluto anestésico.

b) Nunca fazer anestesia local, mas sim troncular, evitando que a agulha ande a picar zonas infectadas. Um a dois c.c. de anestésico a 1 1/2 ou 2 por % é dose suficiente para uma troncular.

c) Em casos de parodontoses, com bolsas de pús, fazer um tratamento prévio das gengivas para diminuir o estado infeccioso local.

d) Reparar bem no estado geral do doente. Por vezes é necessário adiar por algum tempo as extracções. Um dia apareceu-me no consultório uma senhora, de mais de sessenta anos, portadora duma parodontose muito adiantada, com grande apneia e edemas maleolares, com sinais evidentes de grande insuficiência cardíaca. Limitei-me a ligeira cauterização da gengiva com ácido tricloro acético e a aconselhar tonificar o coração, dizendo que convinha preparar primeiro a gengiva para uma melhor extracção. A doente falecia dois dias depois. Se lhe tivesse extraído o dente certamente viria a ser culpado.

Nos cardíacos com lesões valvulares, — em regra os que de facto exigem mais atenção, — só se deve intervir numa fase de maior estabilidade da doença e pedir ao médico assistente para lhe tonificar o coração.

e) Deve empregar-se a psicoterapia, a acção psíquica reconfortante e o maior cuidado em evitar toda a dor, mesmo a da simples picada

da agulha, preparando com uma prévia anestesia de superfície, o local da injeção do anestésico.

f) Está indicado o repouso post-operatório e uma vigilância cuidadosa da temperatura e do funcionamento cardíaco.

CONJUNTIVITE AGUDA

4.º — Rapaz de 11 anos com conjuntivite aguda, supuração e fotofobia. O tratamento já leva dois meses. Como tivesse os incisivos centrais superiores com cárias visíveis, para aproveitar o tempo, que não podia dedicar ao estudo, veio tratar as cárias. O exame da boca revela ainda alguns dentes de leite e entre eles o 4.º esquerdo inferior e os 5.ºs superiores direito e esquerdo com cárias profundas e abscessos fistulizados. Extraídos os dentes temporários infectados a conjuntivite até aí sempre arrastada cedeu em poucos dias à mesma medicação a que estava sujeita desde o início da doença.

(Observ. n.º 5.072 — Doente E. M.)

IRIDOCICLITE

5.º — Rapariga de 24 anos com iridociclite bilateral renitente ao tratamento há mais de dois meses. Radiografias dos prêmolares superiores mostram granulomas nos 4.ºs dentes, com cárias profundas não tratadas. Faz-se a extracção do 4.º direito e os fenómenos inflamatórios começam imediatamente a ceder ao tratamento. Espaço propositamente de oito dias a extracção do 4.º esquerdo. A diferença entre os dois olhos é já notável. Feita a extracção deste dente, o olho esquerdo melhora também. Passados quinze dias a doente estava completamente curada.

(Observ. n.º 3.590 — Doente I. L.)

LUPUS ERITEMATOSO

6.º — Rapariga de 21 anos com uma pequena mancha do tamanho duma unha, de lupus eritematoso, abaixo da pálpebra inferior direita, com tendência a alastrar. O exame clínico e radiológico da boca revela apenas o 4.º dente superior direito obturado com granuloma apical. Os restantes dentes em bom estado. É aberto o dente e tentado o tratamento químico e pelo ozono. O granuloma persiste. É feita a ex-

tracção do dente. O lupus continua rebelde ao tratamento, mas não avança mais. Passados dois meses começa a diminuir de tamanho e lentamente obteve-se a cura completa.

(Observ. n.º 2.173 — Doente M. I. C.)

PSORIASIS

7.º — Senhora com psoriasis desde a adolescência. Somente durante a gravidez (a única) a psoriasis desaparecera completamente. Sofre de parodontose profunda supurada e é-lhe proposta a extracção total dos dentes, visto não estar indicada a gengivectomia ou qualquer outro tratamento conservador. Após as extracções houve melhoras sensíveis da sua dermatose, ainda que não a cura completa.

(Observ. n.º 4.579 — Doente M. H. C.)

DERMITE ECZEMATIFORME

8.º — Rapariga de 18 anos. Apresenta além de outras cárias tratáveis, uma cária profunda, com gangrena da polpa do 6.º inferior esquerdo. A radiografia mostra um volumoso granuloma, com osteíte acentuada. Apresenta também uma epúlida do tamanho duma noz ao nível do siso inferior esquerdo incompletamente nascido. É feita a ablação da epúlida e a extracção do 6.º dente. Toma 400.000 unidades de penicilina, após a intervenção cirúrgica. Dois dias depois a própria doente chama a atenção para o facto da pele da face deixar de estar áspera e com pequeninas escamas, facto que a trazia preocupada, para voltar a «estar de veludo» como outrora. Junto às commissuras labiais passadas algumas semanas apareceram umas pequenos zonas de herpes, que curaram facilmente com pomadas sulfamídicas. Este caso é interessante, mas surge uma dúvida. Teria a dermite desaparecido pela supressão dos focos ou pela aplicação da penicilina? No capítulo das doenças de pele, é necessário não esquecer de procurar nas furunculoses rebeldes focos orais de infecção.

(Observ. n.º 5.781 — Doente M. C.)

ÚLCERA GÁSTRICA

9.º — Rapaz de 25 anos com uma úlcera da região pilórica, já com estenose. A boca apresenta raízes múltiplas e a totalidade dos dentes existentes com cárias, a maior parte profundas.

Enviado pelo cirurgião para tratamento oral prévio, antes da intervenção, é-lhe feita a extracção total dos dentes e a colocação duma prótese completa. O poder mastigatório aumenta, os alimentos são triturados convenientemente na boca poupando trabalho ao estômago; suprimiu-se o poder da piofagia e da infecção focal. As melhoras do doente foram notórias. Todavia, em virtude da existência da estenose, houve necessidade de operar. O post-operatório foi óptimo. É aliás um facto comprovado largamente pela estatística em grandes hospitais, que o post-operatório em ulcerados com a boca tratada é sempre muito melhor do que nos doentes operados com a boca em mau estado.

Rosenow, Haden e outros demonstraram que era possível provocar experimentalmente úlceras em animais injectando germens obtidos de dentes infectados em pacientes com úlceras gástricas. Mas Milolavich e outros dizem que as lesões provocadas não eram úlceras, mas abscessos piémicos da mucosa gástrica.

Clinicamente também não há acordo.

Burket prudentemente aconselha a aguardar um maior conhecimento da etiologia da úlcera gástrica para assentar qual a parte que poderá ser atribuída à infecção focal estomatógena. Todos, porém estão de acordo que a eliminação dos focos orais, principalmente nos casos de parodontoses e raízes e dentes em mau estado, tem um grande valor. Estes focos agravam o estado ulceroso, pela má mastigação e pelos produtos tóxicos ingeridos e irritativos das lesões, de tal modo que permanece verdadeira a palavra de Andresen, quando afirma que não pode haver cura permanente de úlceras, nem melhoria de vesícula biliar, de colites ou apendicites, sem a remoção de focos sépticos, inclusive os dentários.

(Observ. n.º 560 — Doente P. S.)

ARTRITE REUMATOIDE

10 — Rapariga de 16 anos. Dores reumáticas dos punhos, joelhos e torneselos, mas que não lhe impedem de fazer a sua vida habitual. Coração normal. Apresenta edema do lábio superior e o 2.º dente lateral direito muito sensível à pressão. Uma radiografia demonstrou a existência dum granuloma, com foco de osteíte. O dente fôra tratado não sabe há quanto tempo.

Trepanado o dente, saiu pús fétido em abundância. Deixa-se o dente sem penso durante alguns dias, fazendo-se simples lavagens do canal dentário com água oxigenada. Submete-se o dente ao tratamento

pelo ozônio. Obtem-se a cura clínica e radiológica do dente, como as radiografias mostram. As dores articulares desapareceram sem qualquer outro tratamento. (Figs. 33 e 34)

(Observ. n.º 5.312 — Doente M. O. B.)

CIÁTICA

11 — Rapariga de 22 anos. Sofre há alguns meses duma ciática direita em que as provas clínicas, laboratoriais e radiológicas foram negativas. Apresenta o 6.º superior direito obturado com granuloma. O dente é extraído. A ciática desaparece lentamente, sem outra terapêutica. No final de quinze dias estava completamente curada, não tendo recidivas. (Fig. 35)

(Observ. n.º 5.857 — Doente N. G. S.)

ARTRITE REUMATOIDE E NEVRITES

12 — Homem de 56 anos de idade. Há dois anos que sofre quase constantemente de dores na nuca, ombro direito e costas, com dificuldade por vezes séria de movimentos da articulação escapulo-humeral. Já experimentou toda a gama terapêutica habitual, incluindo a fisioterapia. Tem de vez em quando um período de certa acalmia, mas as dores voltam novamente com mais intensidade.

Ultimamente começou a notar que lhe doíam também os dentes. Por isso veio consultar. Apresenta os sisos superiores e inferior direito e o 6.º superior direito com cárias profundas. São extraídos os sisos e obturado o 6.º. À medida que o tratamento dentário se fazia, acentuavam-se as melhoras, tendo-se obtido a cura completa sem medicação alguma anti-reumática.

(Observ. n.º 899 — Doente E. F.)

Os doentes com síndromas do aparelho locomotor, reumatismos, nevrites, mialgias, são, com os doentes do foro oftálmico, aqueles que o clínico geral envia mais frequentemente ao estomatologista, para a descoberta da infecção focal de origem buco-dentária.

Alguns doentes após o tratamento oral, desaparecem, não sendo possível obter notícias. Alguns outros voltaram mais tarde, meses ou anos para outros tratamentos e foi possível conhecer os resultados. Na

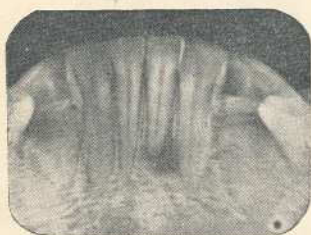


FIG. 28

Observ. n.º 2319 — Quisto paradentário.

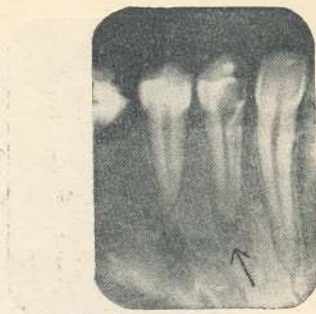
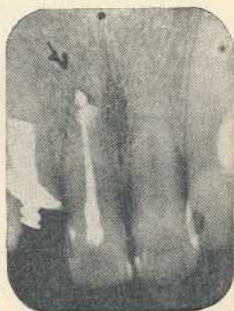


FIG. 29

Observ. n.º 4496 — Granuloma do 4.º dente inferior direito (indicado pela seta); próximo do apex do 5.º, nota-se a imagem do buraco mentoniano.



FIGS. 30, 31 e 32

Observ. n.º 5809 — 1.ª Radiografia: Granuloma do incisivo central esquerdo por pulpite gangrenosa traumática — 2.ª Radiografia: O mesmo dente após tratamento químico e obturação do canal — 3.ª radiografia: O mesmo dente alguns dias após a apicectomia.



FIGS 33 e 34

Observ. n.º 5312 — Incisivo lateral direito superior com largo foco de osteite apical. A seguir o mesmo dente após a cura pelo ozono. Foi também tratado o incisivo central.



FIG. 35

Observ. n.º 5857 — Granuloma do primeiro grande molar superior direito (Caso da doente com ciática).

clínica particular não é fácil apresentar dados estatísticos neste sector. O que se pode dizer, nos casos de reumatismo, é que o benefício da supressão dos focos parece inconstante.

O assunto, todavia, é actual e palpitante e merece duas palavras de comentário baseando-nos especialmente na literatura médica.

Após um período de pessimismo, seguiu-se um período de optimismo exagerado, para atingir o período actual mais equilibrado.

Os franceses continuam a ligar pouca importância às infecções focais causadoras de reumatismo. Os anglo-americanos continuam a ligar uma grande importância à infecção focal nos casos de reuma, ainda que alguns, prudentemente, como Burket.

O problema do reumatismo é ainda um problema em estudo e cheio de incógnitas, mas é indubitável que muito se tem avançado ultimamente, pelo menos na arrumação de ideias.

Problema vasto, só por si dava, em relação à infecção focal, para mais duma lição. Na impossibilidade de o explicar convenientemente, vamos apenas dar alguns elementos sumários.

No síndrome reuma é preciso distinguir as *artrites*, das *artroses*.

Nas primeiras, está doente a sinóvia cápsula. Nas segundas está doente a epífise óssea, que mostra descalcificação, atrofia óssea e degenerescência da cartilagem, com diminuição da interlinha articular.

Nas artroses a influência focal parece nula a não ser quando são consequências das artrites.

O *reumatismo poli-articular agudo* ou doença de Bouillaud ou febre reumática dos anglo-americanos, é uma artrite aguda infecciosa, provocada talvez por um agente específico ainda ignorado e caracterizada por febre, predilecção pelas serosas do coração e das articulações e obedecendo à terapêutica pelos salicilatos.

Nem sempre a febre reumática se apresenta com sintomas alarmantes de início, mas pode tomar formas frustes. As chamadas dores de crescimento, as talalgias (dores nos calcanhares), certas dores articulares, podem simular outras formas de reuma e devem ser catalogadas no capítulo da febre reumática. As lesões cardíacas são por assim dizer constantes ou quase constantes. O ataque do coração é de tal modo importante, que alguns tratadistas anglo-americanos, chegam mesmo a destacar a febre reumática das doenças das articulações e a incluí-la nas doenças do sistema cardio-vascular.

A febre reumática, parece, seria uma maneira específica, alérgica, de o organismo reumático responder. Os focos infecciosos, amígdalas com pús, dentes com granulomas, gengivas com sacos piorreicos, de-

sempenhariam apenas nestes casos uma acção paralérgica, ao lado do trauma, do frio, dos factores nervosos ou endocrínicos. É esta pelo menos a opinião de Giménez Dias.

Os *estreptococcus viridans* existentes nestes focos, actuariam apenas como desencadeadores da actividade do agente específico da febre reumática.

Ao lado desta forma *aguda* de reumatismo, há, porém, outras formas agudas, os chamados *pseudo-reumatismos infecciosos*, causados pelo gonococcus, estreptococcus, estafilococcus, etc., enfermidades específicas, e não se pode falar nestes casos de infecção focal.

Nas artrites *crónicas*, há as que são *secundariamente crónicas*, fase evolutiva das crises agudas, e há as artrites *primariamente crónicas*, e nestas se distinguem as chamadas *artrites reumatóides*, em que nem sempre é possível distinguir focos infecciosos, mas em que, em muitos outros casos, está em causa a infecção focal, amigdalina, dentária, intestinal, prostática, etc. Eliminado o foco, obtém-se muitas vezes a cura.

A descoberta dos focos no síndrome reumático, tem interesse etiológico e terapêutico. Quando um doente tem um síndrome reumático, devemos perguntar a nós próprios até que ponto a infecção focal interfere no desencadeamento do síndrome.

O foco pode estar completamente encapsulado e dar reacção local mínima e imunidade geral pela criação de anticorpos. É assim inofensivo para o indivíduo.

Pela ruptura da protecção local do foco ou pela diminuição da resistência orgânica, as bactérias podem penetrar no sangue e dar novas localizações, metástases do foco primário. Assim as endocardites, as nefrites, etc., seriam localizações secundárias, que poderiam agir depois como novos focos autónomos.

Compreende-se assim que a supressão tardia do foco primário não exerça o benefício total da supressão do síndrome reumático. Se estas metástases se encapsulam ou curam, deixando as correspondentes lesões cicatriciais, o reuma desaparece. Se os focos secundários se comportam como focos primários, o síndrome entra na cronicidade.

É portanto sempre conveniente suprimir os focos sépticos no síndrome reumático, o mais cedo possível, porque em certas formas desempenham um papel paralérgico, noutras um papel de infecção focal. Na maioria dos casos, não é possível dar esperanças imediatas aos doentes. É preciso não esquecer, que além dos focos orais, há muitos outros focos que importa investigar.

Sendo sempre um benefício suprimir os focos de infecção nos reumatismos, só numa percentagem pequena se consegue a cura imediata.

Nas artrites reumatoides, em certas nevrites e miosites, é onde se têm obtido curas mais impressionantes.

ABORTOS ESPONTÂNEOS REPETIDOS

13.º—Senhora de 26 anos. Grávida de dois meses. Antes desta gestação, teve dois abortos espontâneos. Teme que o mesmo lhe venha a acontecer agora, apesar de todos os cuidados que teve e tem, e de estar sempre sujeita a vigilância médica.

A boca apresenta várias cárias profundas e raízes infectadas. Legeira gengivite gravídica. Uma dor de pulpíte que a não deixou descansar durante alguns dias, obrigou-a a vir à consulta. Quer apenas ser aliviada da dor e reserva para depois do parto o tratamento completo da boca. Convenço-a a tratar já de todos os seus dentes e das gengivas, como meio até de evitar novo aborto. Sujeita-se ao tratamento, fazem-se as extracções e obturações necessárias e a gravidez continuou até final, sem necessitar de qualquer intervenção médica.

(Observ. n.º 175 — Doente M. L. C.)

A este respeito desejo referir que de facto muitos autores consideram como certo e outros como possível que a infecção focal possa provocar o abortamento ou complicar o parto pelo aparecimento de pielites, alterações da função hepática e agravamento da hipertensão. Do mesmo modo haveria influência no puerpério.

As experiências feitas em animais de laboratório e a comparação dum grupo de grávidas sujeitas a tratamento dentário, com um outro grupo semelhante sem tratamento, são concludentes.

Interessante o caso citado pelo conhecido tocólogo francês H. Vignes, duma senhora que teve quatro gestações todas terminadas por aborto. Na quinta gestação preparou-se uma auto-vacina com pús das suas gengivas atingidas duma parodontose profunda e em que predominava o estreptococcus. A gravidez chegou a termo e os estreptococcus desapareceram da secreção vaginal, onde também eram abundantes.

Alguns outros casos poderia citar referentes a outros estados patológicos. Mas o que se expôs, parece-me bastar para concluir do valor da infecção focal de origem estomatógena.

Ao chegar ao final do estudo deste vastíssimo assunto e que tive forçosamente de condensar, viagem num campo onde há certezas, mas também ainda dúvidas, que necessitam de mais experiências e melhor observação, podemos concluir, afirmando que só uma colaboração mais intensa de todos os clínicos gerais com os médicos especializados, sem esquecer o estomatologista, pode vir a dar mais luz a este problema e a trazer maiores benefícios aos nossos doentes.

Do que já se conhece, importa, perante muitos estados patológicos, ter sempre presente a doutrina da infecção focal e, ao percorrer as sédes mais habituais da infecção focal, examinar ou mandar examinar cuidadosamente a cavidade oral.

JOSÉ DE PAIVA BOLÉO

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

LIVROS

- 1 — ALCAYAGA & OLAZABAL — *Patologia, Anatomia y Fisiologia Patologia Buco-dental* — Buenos Aires — 1947.
- 2 — BURKET — *Oral Medicine* — Filadelfia — 1946.
- 3 — F. CORA ELISEHT — *Introducción a la Clinica Estomatologica* — Buenos Aires — 1949.
- 4 — F. CORA ELISEHT — *Enfermedades septicas Maxilocervicofaciais* — Buenos Aires — 1948.
- 5 — M. DECHAUME — *Précis de Stomatologie* — Paris — 1949.
- 6 — J. FONT LLORENS — *La Estomatologia ante la infeccion focal* — Valencia — 1949.
- 7 — GIMÉNEZ DIAZ — *Lecciones de Patologia Médica* — Tomo IV — Madrid — 1940.
- 8 — HENRY M. GOLDMAN — *Periodontia* — St. Louis — 1949.
- 9 — A. J. HELD — *Les Paradentoses et leur traitement* — Paris — 1939.
- 10 — G. D. KERSLEY — *The Rheumatic Diseases* — Londres — 1945.
- 11 — MATHIS & W. WINKLER — *Odontologia y Medicina interna* — Barcelona — 1945.
- 12 — KURTH H. THOMA — *Estomatologia* — (trad. espanhola) — Barcelona — 1946.
- 13 — KURTH H. THOMA — *Oral and dental diagnosis* — Filadelfia — 1949.

REVISTAS

- 14 — AROSA (Francisco) — *Afecciones originadas por infección focal* — Clínica y Laboratorio — Saragoça — Agosto, 1946
- 15 — GUTZEIT (K) — *Les infections dentaires et leur diagnostic à l'aide d'une irritation dentaire par les ondes courts* — Resumo de «M. Med. W.» em Revue de Stomatologie — Março, 1939.
- 16 — DECHAUME (M.) — *Manifestations à distance des infections gingivo-dentaires* — Coimbra Médica — Março, 1948.
- 17 — COUTURIER (P.) — *Contribution à l'étude de l'électivité focale d'origine dentaire* — Annales Odonto-Stomatologiques, n.º 7 — 1947.
- 18 — PATRONE (Arturo H. E.) — *Infección focal y Parodontosis* — Anales Españoles de Odontoestomatología — Fevereiro, 1950.
- 19 — GISPERT CRUZ (Ignacio) — *Complicaciones neurologicas consecutivas a extracciones dentarias* — Clínica y Laboratorio — Saragoça — Janeiro, 1943.
- 20 — FARNÈS RIERA (Manoel Planos de) — *El reumatismo en relación con los focos septicos dentarios* — Anales Españoles de Odontoestomatología — Setembro, 1944.
- 21 — WEBB HAYMAKER — *Fatal infections of the central nervous system and meninges after tooth extraction* — American Journal of Orthodontics and Oral Surgery — Março, 1945.

BIBLIOGRAFIA PORTUGUESA

- 22 — PEREIRA VARELA — *Relações da Estomatologia com a Obstetria* — Revista Portuguesa de Estomatologia — Abril-Junho, 1940.
- 23 — MOTTA PEREIRA — *A infecção focal de origem estomatológica* — Revista Portuguesa de Estomatologia — Abril-Junho, 1940.
- 24 — MOTTA PEREIRA — *Breves notas clinicas sobre infecção focal* — Revista da Sociedade Portuguesa de Estomatologia — Abril-Junho, 1941.
- 25 — ANTÓNIO PAUL — *Importância da infecção focal* — Revista Dental — Abril-Maio, 1942.
- 26 — FRAZÃO NAZARETH — *A infecção focal — Factor etiológico* — Revista da Sociedade Portuguesa de Estomatologia — Janeiro-Março, 1943.
- 27 — ROCHA PEREIRA & Ferraz Junior — *Considerações sobre a infecção focal* — Arquivos dos Trabalhos da Faculdade de Medicina do Porto — n.º 7 — Janeiro-Abril, 1943.
- 28 — PAIVA BOLÉO (José) — *Influência das doenças buco-dentárias nas afecções oculares* — Revista da Sociedade Portuguesa de Estomatologia — 2.º e 3.º trimestre — 1949.

Declaração obrigatória das doenças contagiosas

Não pode a Direcção-Geral de Saúde deixar de se congratular com a salutar modificação que a lei n.º 2:036, sobre «Luta contra as doenças contagiosas», introduziu na fórmula usada para a sua declaração obrigatória pelos médicos. Assim o n.º 3 da base IX estabelece que «os médicos deverão utilizar os sobrescritos, cartões ou impressos de modelo especial fornecidos pela Direcção-Geral de Saúde, sendo isenta da franquia a sua expedição pelo correio».

Foi assim transformada em lei, uma velha e justa aspiração da classe médica — a declaração obrigatória feita em carta fechada e isenta de franquia. Regosijamo-nos sinceramente com a preclara e judiciosa decisão dos legisladores e começa-se desde já a distribuição, por intermédio das Delegações e Subdelegações de Saúde, dos novos modelos de impressos.

Estamos crentes que a classe médica, que vê assim satisfeita uma justa causa de reparos e retracção, irá agora entrar decididamente numa atitude de boa colaboração com os Serviços de Saúde Pública. É de resto ponto assente, no consenso médico universal, que a declaração obrigatória das doenças contagiosas, constitue uma prática indispensável, para que os serviços públicos de Administração Sanitária possam pôr em actividade a luta contra essas doenças. Esta sobreposição do interesse colectivo ao individual, transcende mesmo fronteiras, porque está assente o princípio de declaração internacional para muitas delas.

A noção do Direito à Saúde, que tende a impor-se no conceito mundial, postula necessariamente o «Dever da Saúde», no qual esta «declaração obrigatória» está contida.

O princípio da interdependência da Saúde dos diferentes países está claramente exposto na Constituição da Organização Mundial da Saúde que o nosso País ratificou e dele se deduz a necessidade do mais completo conhecimento e informação do que em cada um se passa e possa influenciar os outros. É no capítulo das doenças transmissíveis que esta troca de informações, seja pela notificação, seja pelo envio de estatísticas, mais se procura intensificar.

O desenvolvimento moderno da aviação comercial criou aspectos novos e dominantes para o problema da expansão epidémica.

Assim, o transporte rápido de indivíduos em pleno período de incubação de doenças infecciosas que chegam ao seu destino antes da doença se evidenciar, outras vezes o transporte de animais vectores das mesmas doenças (mosquitos, ratos, etc.), mesmo a possibilidade de condução de águas inquinadas, alimentos conspurcados, etc. etc.

Cada vez mais a defesa de uns, exige o mais perfeito e precoce conhecimento do que se passa em casa dos outros, como base para medidas de defesa, que por outro lado se procuram aligeirar.

Se, em nome da Higiene se não devem criar exagerados embaraços ao trânsito comercial e turístico, especialmente na actualidade em que eles constituiriam a negação da velocidade de locomoção, também é certo que a inversa não é de admitir — a velocidade moderna sobrepondo-se totalmente à Higiene, criaria verdadeiras calamidades. Acabaram praticamente os «cordões sanitários e quarentenas» de triste memória, mas a ciência profiláctica moderna procura substituí-las eficazmente por outros métodos de acção.

A informação precoce, as tentativas de erradicação de focos permanentes ou acidentais, a vigilância sanitária bem armada e apetrechada, são a sua base.

Há portanto razões de ordem internacional e nacional a exigirem, não só a obrigatoriedade da declaração das doenças contagiosas, mas ainda que ela seja obtida com o maior rigor e precocidade.

* * *

É sabido que as estatísticas de Mortalidade, as únicas que até agora pudemos conseguir com base mais segura, por imposição legal da certidão de óbito, nos dão um reflexo insuficiente da verdadeira situação démica do País em doenças contagiosas. A estatística de Morbilidade completa-a necessariamente, marcando o valor e distribuição

das endemias, que por sua vez, constituem uma perturbação social que urge combater. Dá-nos ainda a possibilidade de encarar a evolução da Letalidade, como índice dos progressos da Medicina conjugados com o desenvolvimento dos Serviços Profiláticos, encarados na sua acepção mais larga. Poderemos dizer em síntese que o estado de «consciência médica» de um país se pode apreciar, em grande parte, através do exame destas três estatísticas. Sem guia, tudo caminha por simples impressões pessoais, tantas vezes falsas e sempre destituídas de verdadeiro fundamento científico. É um quadro de acaso, de incerteza, de desinteresse, que condena colectivamente uma classe que se orgulha, com razão, do seu elevado nível intelectual e da sua progressiva intervenção, inevitável, na própria essência dos vários quadrantes sociais. A conquista e manutenção da Saúde que tende a substituir o velho conceito simplista do combate à doença, coloca o médico que o sente, compreende e se adapta, num plano superior de concepção social. Esta simples formalidade de «declaração obrigatória» constitue pois um elemento básico de um grande edifício que é preciso construir para prestígio da Medicina portuguesa.

O combate precoce, eficaz, das doenças transmissíveis, nas suas explosões epidémicas ou simples surtos endemo-epidémicos também dela depende. Quantas hecatombes se podem assim evitar?

*

*

*

Dispõe actualmente a Direcção-Geral de Saúde de todo o apetrechamento necessário para a intervenção rápida em surtos epidémicos, por todo o País. Todas as Delegações de Saúde distritais, possuem em depósito todo o conjunto necessário de material para a instalação rápida de uma enfermaria de emergência para 30 camas e do indispensável material de desinfestação e desinfecção.

Os Serviços Centrais, do Parque Sanitário estão apetrechados para o reforço rápido, imediato destas instalações, quando necessário e mesmo, em emergência para a montagem de enfermarias independentes, com as suas cozinhas, serviços móveis de desinfecção (estufa de vapor, móvel), postos móveis de desinfestação, abastecimento de água potável (carros tanques, com dispositivos de depuração), instalações rápidas de postos de depuração de águas, fornecimento de material sanitário e medicamentos, etc.

Todas as peças desta máquina, cuja eficiência está demonstrada

por já numerosas intervenções locais, giram também em volta da «declaração obrigatória» e quanto mais precoce for a sua entrada em acção, mais eficaz e económica se torna.

Os serviços laboratoriais da Direcção-Geral de Saúde, laboratório de Bacteriologia Sanitária do Instituto Superior de Higiene e Laboratório do Hospital Joaquim Urbano, do Porto, alguns laboratórios de Delegações de Saúde já em funcionamento ou em preparação, executam gratuitamente as análises para diagnóstico de doenças contagiosas em doentes pobres, por requisição do médico assistente à respectiva Delegação de Saúde.

Os Serviços de Visitação Sanitária, onde já foi possível instituí-los, colaboram com os clínicos na educação higiénica das famílias para os doentes isolados no domicílio e é neste sentido que estes Serviços devem ser compreendidos e executados. Não representam pois uma intromissão da sanidade pública, na clínica particular. Esta respeita-se, acarinha-se e auxilia-se.

Para terminar, a Direcção-Geral de Saúde, tem o maior interesse em prestar toda a colaboração técnica ao seu alcance, aos clínicos assistentes de doentes contagiosos.

*

* *

Tem fundas tradições em Portugal a «declaração obrigatória das doenças contagiosas». Em épocas mais recuadas vigorou o sistema de participação pelas famílias e o resultado precário que assim se conseguia, patenteia-se nas penas exorbitantes de multas e de gredo aplicadas aos que a ela faltavam «mesmo em caso de peste» (veja-se o Regulamento que leva Pedro Vaz sobre o bem da saúde em Lisboa — 1526). Já nessa época a obrigação era cometida aos «Físicos da cidade» e em 1680 aos «físicos cirurgiões e sangradores».

Em 1526 usava-se escolher uma igreja no meio do lugar, onde se efectuavam as reuniões dos «Provedores de saúde», seu escrivão, meirinho, físico do exame e cabeças de freguesia, para depois da missa se considerar o que acontecera na freguesia desde o dia anterior, se havia novos casos e a forma de remédio. Para economizar tempo os cabeças de freguesia deviam levar um rol, «com declaração dos casos, enfermos e mortos. . .».

Por Portaria de 9 de Agosto de 1814, e para melhorar os serviços da Junta de Saúde que tinha sido criada pelo Príncipe Regente, a mesma

Junta era encarregada da organização de mapas necrológicos de óbitos, com o fim de conhecer-se «não só o número de mortos, mas principalmente quais as enfermidades que grassam mais entre os moradores da Capital, e proporcionarem-se as medidas que as observações dos Facultativos fizerem recomendáveis. . .».

Já o art.º 20.º do Decreto de 3 de Dezembro de 1868 consignava entre as funções do Subdelegado de Saúde, embora simplesmente consultivas, que este teria necessariamente de ser ouvido pelo administrador do concelho sobre o estado sanitário «dando parte de qualquer ocorrência extraordinária ou moléstia suspeita de que tenha conhecimento».

Melhor se precisa no art.º 4.º do decreto de 28 de Dezembro de 1899, que aprova a Organização Geral dos Serviços de Saúde Pública, que «todo o médico é considerado funcionário técnico de saúde para efeito das obrigações que lhe incumbem acerca da participação dos casos de moléstia contagiosa, epidémica ou suspeita. . .».

Este princípio fica desde então profundamente radicado na nossa legislação e assim o vamos encontrar sucessivamente, no Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública (1901), na Reorganização Geral dos Serviços de Saúde Pública (1926), na lei que organiza a Profissão Médica (decreto n.º 32:172, de 29 de Julho de 1942), na Organização dos Serviços de Assistência Social (Decreto-lei n.º 35:108, de Novembro de 1945).

*

* *

Em conclusão, pedimos colaboração, e oferecemos os nossos préstimos e se os citamos é unicamente para que se tornem conhecidos e possam ser aproveitados, que outra coisa não desejamos. Odiamos a jactância e não procuramos louros. Que cada qual cumpra o seu dever e basta essa satisfação para que a consciência fique sossegada como melhor prémio a que pode aspirar, quem a tem.

DR. AUGUSTO DA SILVA TRAVASSOS

DIRECTOR-GERAL DE SAÚDE

Novos conceitos sobre diarreias dos lactantes⁽¹⁾

No nosso país, como em alguns outros ainda, as diarreias dos lactantes continuam a ser uma das mais importantes causas da mortalidade infantil.

Numa Conferência, que em 1939 fiz no Porto, a convite da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, depois reproduzida por iniciativa do meu saudoso amigo Armando Narciso, em 1946, num número da Clínica Higiene e Hidrologia, dedicado à Assistência Infantil, já tive ocasião de chamar a atenção para a situação pouco airoso em que este facto nos coloca entre os povos civilizados. Na verdade os últimos decénios caracterizaram-se em toda a parte por um acentuado decréscimo da mortalidade infantil: os progressos da puericultura, os novos conhecimentos sobre fisiopatologia da nutrição do lactante, a melhoria da assistência sanitária, conseguiram que, mesmo naqueles países em que a cifra de mortalidade abaixo de 1 ano já era boa, fosse ainda beneficiada.

Este resultado conseguiu-se principalmente à custa da diminuição do número de mortos por perturbações diarreicas, a ponto de nos países que se podem apontar como exemplos de boa assistência infantil, a mortalidade por perturbações diarreicas ficar sempre abaixo da cifra de mortalidade por causas infecciosas, o que é natural, pois, como nota Debré no Relatório do Comité de Higiene da S. N., as medidas indis-

(1) Lição proferida no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge no Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, em 22-4-1949.

pensáveis para modificar esta rubrica são de mais difícil execução, visto nela influírem de forma preponderante as condições económicas da população.

Em Portugal a estatística continua, apesar da ligeira baixa que nos últimos anos se registou na mortalidade infantil, a indicar como principal rubrica desta mortalidade a de «enterites e diarreias», como se vê pelo gráfico referente aos anos de 1943 a 1947 ⁽²⁾.

Ora a verdade é que, se esta posição se não modificou para o total da população, em serviços de puericultura bem orientados tem-se registado o facto apontado.

Permito-me apresentar-lhes um gráfico ⁽³⁾, publicado no trabalho a que fiz referência, em que estão registadas: as cifras de mortalidade infantil, as de morte por transtornos nutritivos e por causas infecciosas, encontrando-se, para comparação, os valores da estatística oficial portuguesa e os dum Dispensário de Puericultura da J. P. E., que eu então dirigia, durante os anos de 1932 até 1937. Nele vêem que, enquanto a mortalidade infantil portuguesa se mantém durante todo aquele período com fracas oscilações à volta de 14 %, a mortalidade no Dispensário, que no início da sua actividade atingiu a cifra elevadíssima de 19,2 % foi progressivamente baixando até um valor de 3,9 % em 1937. Para a elevada mortalidade infantil portuguesa contribuem igualmente o perigo alimentar e o perigo infeccioso, mas principalmente o primeiro, que invariavelmente se mantém a um nível superior ao outro. A situação é totalmente diversa na população do Dispensário. Em primeiro lugar vêem que a rubrica de mortalidade por causas infecciosas é sempre francamente mais elevada que a das perturbações nutritivas. Foi ela que em 1932 motivou a grande elevação da taxa da mortalidade. Isto prova a afirmação que atrás fizemos de que a mortalidade por causas infecciosas era muito mais difícil de modificar por ser fortemente influenciada pelas condições económicas da população: na população miserável que frequentava o Dispensário, as epidemias de sarampo, gripe e tosse convulsa que grassaram naquele ano produziram efeitos dizimadores.

A mortalidade por perturbações diarreicas, mais facilmente modificável por uma correcta puericultura, foi logo desde início mais baixa

⁽²⁾ Vid. Figura 36.

⁽³⁾ Vid. Figura 37.

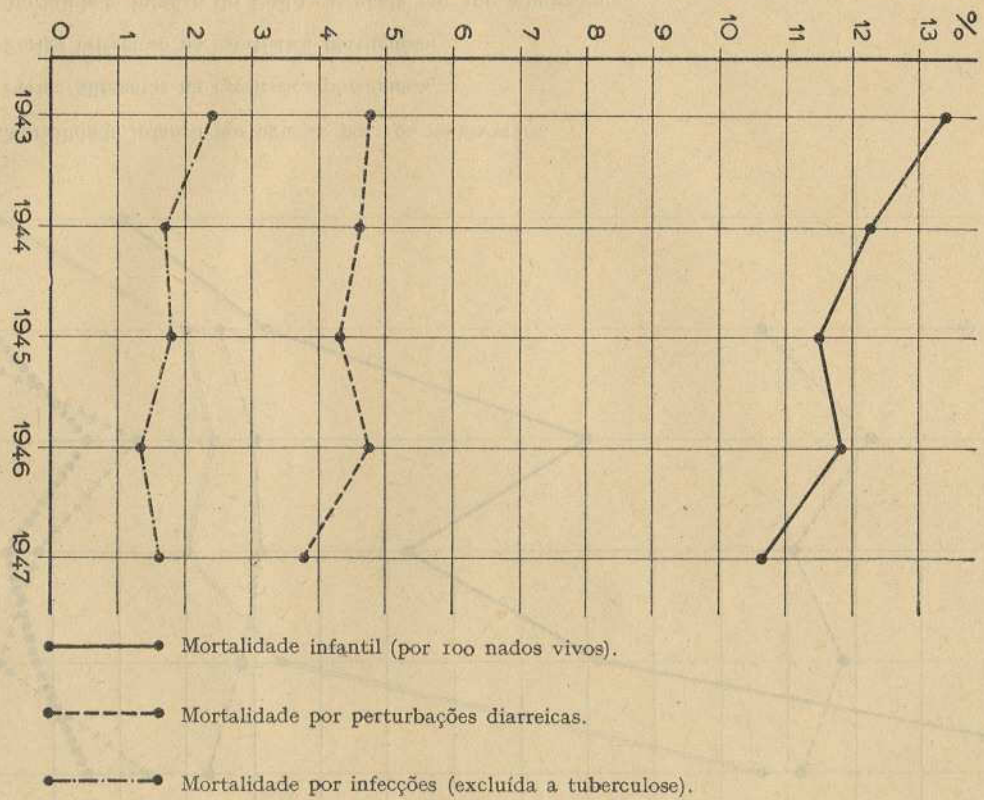


FIGURA 36

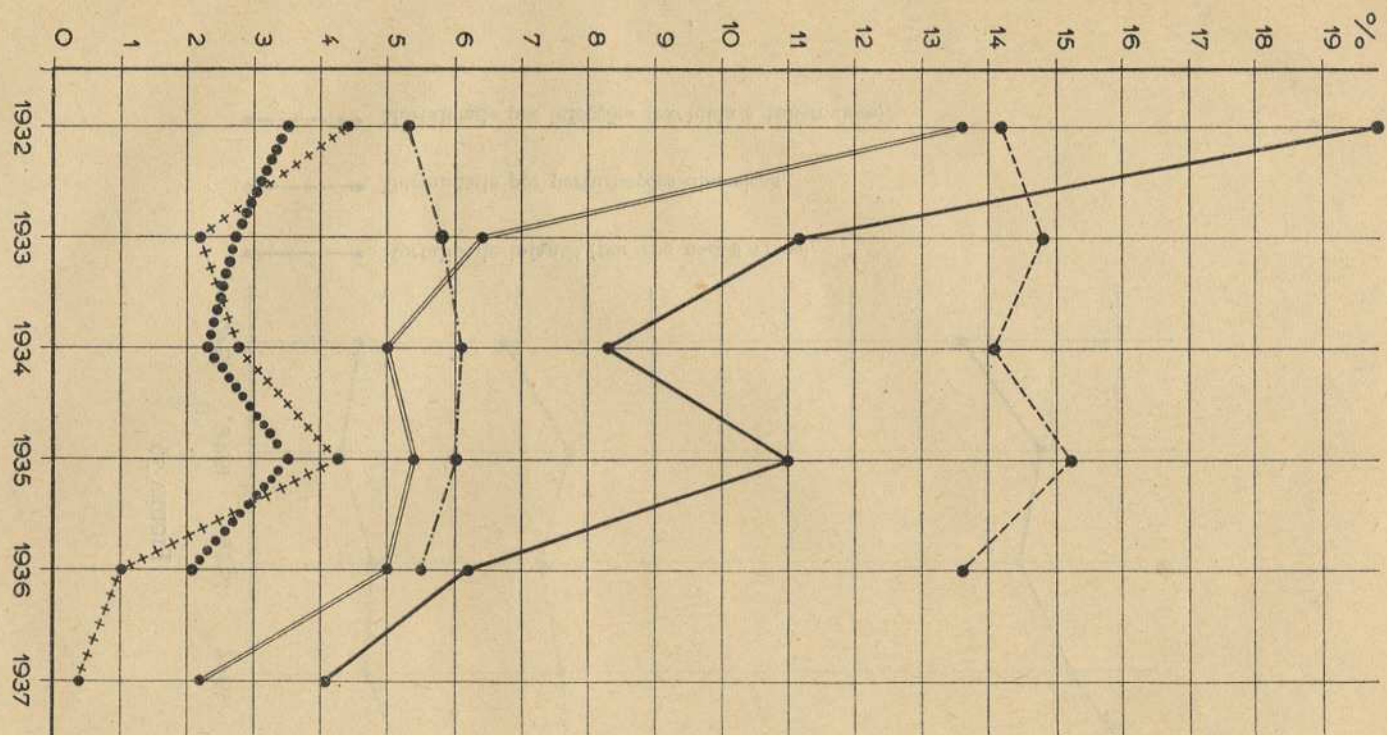


FIGURA 37

- - - - ● Mortalidade infantil portuguesa, por 100 nados-vivos.
- - . - ● Perigo alimentar na estatística portuguesa.
- . . . ● Perigo infeccioso na estatística portuguesa.
- — — ● Mortalidade infantil do Posto calculada por 100 admissões.
- = = ● Perigo infeccioso (no Posto).
- + + + + ● Perigo alimentar (no Posto).

que a taxa geral do país e a sua diminuição prosseguiu até em 1937 ter quase desaparecido (0,8 %).

Ora o que se passa num Dispensário de puericultura frequentado pela população de uma das áreas mais miseráveis de Lisboa, pode generalizar-se a toda a cidade e com mais razão ao país, onde naturalmente as condições de vida das classes pobres permitem com maior frequência a amamentação dos filhos, é mais fácil de conseguir leite em boas condições e menos frequente a promiscuidade em tugúrios.

Ora a profilaxia e tratamento eficaz das perturbações diarreicas dos lactantes, derivam exactamente do perfeito conhecimento dos modernos conceitos que orientam este sector da patologia infantil.

Uma série de preconceitos, de hábitos populares enraizados por tradição e, digamos mesmo de velhas noções terapêuticas, hoje reconhecidas como fundamentalmente erradas, mas a que muitos médicos afastados dos centros pediátricos se mantêm fiéis, são a verdadeira causa dos resultados desastrosos que se continuam a registar.

O primeiro conceito que decisivamente influenciou o prognóstico das diarreias infantis foi o de reconhecer a importância fundamental da repercussão que perturbações digestivas nos lactantes têm sobre os processos de metabolismo intermédio. As velhas classificações da era em que dominava a doutrina localicista, perderam toda a actualidade. A base anatomo-patológica que muitos autores, seguindo Widerhofer, tentaram adoptar, mostraram-se insuficientes e incapazes de individualizar quadros, num grupo de situações em que a gravidade depende muitas vezes mais de perturbações puramente fisiopatológicas do que de alterações orgânicas. Não foram mais felizes as tentativas bacteriológicas de classificação, que muitos autores, reconhecida a falência da anatomia patológica neste campo, e influenciados pelo esplendor recente da era Pasteuriana pretenderam impor.

A teoria da infecção exógena de que Metchnikoff foi um dos mais acérrimos defensores, viu os seus créditos fortemente abalados ao verificar-se que a esterilização do leite, depois da descoberta do aparelho de Soxhlet, em pouco ou nada modificou a gravidade e frequência de aparecimento das então chamadas «doenças do aparelho digestivo dos lactantes». Poucas foram as espécies bacteriológicas que nesta era escaparam ao afan pesquisador e cada autor apontava como responsável aquela a que tinha dedicado mais a sua atenção. Não tardava porém que as afirmações de um investigador fossem contraditas por outro e assim se reconheceu que a infecção exógena intestinal era incapaz de explicar a grande maioria das diarreias dos lactantes.

A teoria da infecção endógena, quer invocando a existência de raças especialmente virulentas da flora saprofita do intestino, quer a ascensão microbiana a zonas do tubo digestivo normalmente assépticas, pode na realidade explicar-nos um certo número de fenómenos, mas na apreciação de conjunto dos quadros das diarreias infantis, devemos reduzir estas alterações do microbismo intestinal ao seu justo valor: devemos considerá-las como uma, de entre muitas outras, das causas patogénicas de certas manifestações clínicas de estados patológicos, cujas causas determinantes iniciais se devem procurar mais longe.

Deve-se ao génio de Czerny ter, há cerca de meio século, lançado o seu conceito de «Transtornos nutritivos», para englobar os vários quadros de perturbações do aparelho digestivo e de desnutrição dos lactantes. Finkelstein desenvolveu este tema, relacionando os T. N. com perturbações alimentares. Por este conceito quis Czerny mostrar que o que interessa num quadro de diarreia infantil, mais do que o aspecto das fezes, é a sua repercussão sobre os fenómenos de nutrição.

Como Manuel Suarez costuma acentuar: no organismo do lactante tudo está subordinado à nutrição.

O desenvolvimento é uma característica fisiológica desta época da vida. As células do organismo continuam a crescer e a multiplicar-se, guiadas por um impulso inato, mesmo que o material fornecido seja deficiente ou impróprio, mas nestas condições, naturalmente, a estrutura e consequentemente as manifestações biológicas do organismo forçosamente se ressentem.

O rápido crescimento desta época da vida, com uma intensidade como em nenhuma outra se verifica, faz com que os processos metabólicos do lactante se encontrem num equilíbrio instável, que facilmente pode ser alterado. No seu sentido mais lato, por nutrição entende-se o conjunto de fenómenos que se passam desde que os alimentos são introduzidos na boca, até à sua incorporação nos tecidos próprios do organismo, assim como a remoção e eliminação dos resíduos metabólicos. No aparelho digestivo não se passa portanto mais que a primeira fase dos fenómenos de nutrição, mas para que estes sejam normais é naturalmente necessário que a digestão e absorção, que constituem aquela primeira fase, sejam também inteiramente normais. Os processos nutritivos podem porém ser prejudicados em fase mais adiantada do metabolismo: por um regime alimentar inadequado — quer caloricamente deficiente, quer apenas qualitativamente deficiente — o estado nutritivo do lactante pode tornar-se anormal. Ora toda a

criança distrófica tem como características biológicas como nota Bessau, que prefere o termo de T. de vitalidade ao de T. N., a disergia e a diminuição da tolerância alimentar. Daqui resulta que um regime teoricamente adequado pode em determinadas circunstâncias não ser tolerado e provocar perturbações digestivas. A diarreia seria então, não a causa mas antes o resultado do T. N., que por sua vez virá a ser agravado pela perturbação diarreica, criando-se assim um círculo vicioso que importa quebrar.

Entre as causas etiológicas dos T. N. dos lactantes ocupam um lugar de relevo as infecções para-entéricas. O seu mecanismo de acção é complexo: actuam indirectamente sobre o intestino, por via neuro-vegetativa, exaltando-lhe a motilidade e as secreções, por irritação directa de toxinas sobre as suas paredes, por perturbações de digestão gástrica levando à dispepsia, por perturbação primária do estado nutritivo com consequente repercussão digestiva. Qualquer estado infeccioso pode determinar T. N. com diarreia mais ou menos importante. Também entre o T. N. e a infecção se pode estabelecer um círculo vicioso, aquele predispondo a esta, que por sua vez o agrava. Certos lactantes são constitucionalmente mais susceptíveis: os neuropatas, os diatesicos exsudativos e principalmente os hidrolabeis.

Também certas infecções são, sob este aspecto da sua repercussão digestiva e nutritiva, especialmente importantes: duas há que nunca se devem esquecer: a piúria de cujo estudo me ocupei numa lição publicada na primeira série das minhas Lições Clínicas de Pediatria, e a oto-antro-mastoidite de que várias vezes me tenho ocupado e que constitui um dos capítulos da segunda série das minhas lições.

Segundo conceito portanto que é necessário ter sempre presente é de que a causa dum síndrome diarreico dum lactante encontra-se muitas vezes fora do aparelho digestivo, numa infecção para-entérica.

No entanto seja qual for a causa inicial da diarreia, o problema resulta em última análise numa questão de fisiopatologia alimentar.

A normalidade da digestão resulta de um perfeito equilíbrio entre as funções secreto-motoras do aparelho digestivo e os alimentos ingeridos e se por qualquer causa extra-alimentar — infecciosa, meteorológica, constitucional — o equilíbrio se quebrou, será por modificações dietéticas que o poderemos restabelecer, tentando adaptar o regime às possibilidades alteradas das funções do estomago e intestino.

Um terceiro conceito portanto que importa impor é o de que seja qual for a causa etiológica dum T. N. diarreico, o seu tratamento é em primeiro lugar dietético.

Como será conduzida esta terapêutica dietética? A evolução do primeiro conceito de infecção intestinal para o de T. N. trouxe profundas modificações na atitude terapêutica. Quando se valorizava em primeiro plano o processo diarreico e se lhe atribuía como origem uma infecção entérica, toda a terapêutica se dirigia a deixar o órgão doente em repouso e a afastar dele os agentes patogénicos, tentando ao mesmo tempo diminuir a diarreia. Era portanto clássica a dieta prolongada, o uso inicial do purgante evacuador do intestino, seguido de adstringentes, bismuto e opiáceos. Estas práticas, que infelizmente ainda se vêem tantas vezes seguir, caíram no mais completo descrédito, pois são seguramente mais prejudiciais que úteis.

Como dissemos, tudo no lactante está subordinado à nutrição e esta só é normal se encontrar na alimentação os materiais que lhe são necessários. O desenvolvimento é uma característica obrigatória desta idade e condiciona exigências alimentares muito elevadas. Por isso o lactante não pode suportar, sem grave prejuízo, uma dieta prolongada.

É mais um dos modernos conceitos fundamentais no tratamento dos T. N., o de que o lactante se deve tratar alimentando-se. Outro ainda é o de que as alterações metabólicas que resultam da perturbação digestiva devem ser prontamente corrigidas pois são elas que determinam a gravidade. Estas perturbações necessitam por isso de ser bem conhecidas. A primeira consequência de uma diarreia é a perda de água do organismo. Se esta não for excessiva pode ser compensada por uma diminuição da diurese e em parte também da perspiração insensível. Depende da constituição da criança a importância maior ou menor das perdas aquosas. Em caso de hidrolabilidade constitucional ou de distrofia, que em regra se associa a hidrolabilidade adquirida, a água é mais facilmente cedida pelos tecidos e os mecanismos reguladores interveem deficientemente. A primeira água que o organismo perde é a dos espaços intercelulares, mas se a expoliação continua será também arrastada a água vascular.

Quando a diarreia é intensa perdem-se, juntamente com a água, quantidades abundantes de sais, principalmente sódio, o que agrava ainda a situação, pois impede que o organismo se defenda das perdas de água vasculares pelo aumento da concentração electrolítica do plasma. Há então uma hipocloremia e se a perda de bases predomina sobre a de aniões, como sucede nas diarreias, desvio acidótico do equilíbrio ácido-base.

A diminuição do volume circulatório leva à vasoconstrição periférica e à diminuição da velocidade circulatória, causadoras de anoxia

com consequente prejuízo das funções celulares. A permeabilidade capilar altera-se, as albuminas passam aos espaços intercelulares e dessa passagem resultam fenómenos de inflamação serosa dos órgãos internos. Se juntarmos a isto a estagnação de metabolitos incompletamente desintegrados e a retenção de resíduos determinada por insuficiência renal provocada por diminuição da pressão hidrodinâmica ao nível dos glomerulos renais, teremos esboçado o quadro da toxicose a que toda a diarreia abundante, seja qual for a etiologia, pode conduzir.

Se a diarreia é menos abundante, principalmente tratando-se de um lactante eutrófico com hidrostabilidade, não se produz desde logo o quadro agudo da excicose, mas dominam então, como consequência da falta de absorção dos alimentos hidrocarbonados, gorduras, proteínas e vitaminas, os sintomas carenciais traduzidos pela distrofia.

Esta série de alterações metabólicas só pode evitar-se alimentando o lactante.

O emprego de purgantes vai aumentar as perdas líquidas que, como dissemos, são o *primum movens* do sindroma tóxico. A dieta prolongada leva à distrofia com todos os perigos que lhe são inerentes: estabelecimento dos círculos viciosos, de que já falámos, com infecções e perturbações diarreicas.

Durante o período de tratamento dum sindroma diarreico é portanto necessário atender às elevadas exigências do lactante que devem ser perfeitamente conhecidas.

Schematicamente podemos dizer que nos primeiros meses de vida os mínimos que uma criança necessita são:

Água	...	...	...	...	...	120	a	150	gr. por kg. e 24 horas
Calorias	.	...	...	...	...	60	a	70	» » » » »
Amino-ácidos	.	...	...	...	...	1,5	a	2	gr. » » » » »
Cl Na	...	...	...	...	...	1	a	1,5	gr. » » » » »

Durante um curto período o total calórico pode ser fornecido apenas sob a forma de açúcar, mas o mais rapidamente possível as proteínas principalmente têm que cobrir o mínimo indicado e logo que isso seja possível as G devem também ser consideradas.

Efectivamente sabe-se hoje que a lei do mínimo, estabelecida por Liebig para as proteínas, refere-se também a todos os outros alimentos, dinâmicos e acessórios, pois cada um deles tem funções próprias no metabolismo que não podem ser desempenhadas pelos outros. Assim se o «deficit» de G. pode, durante um período relativamente longo, ser suportado desde que no regime elas sejam substituídas pelos outros

alimentos, respeitando a lei da isodinamia de Rubner, ao fim de certo tempo o organismo ressen-te-se, a distrofia inicia-se e não pode ser atalhada senão fornecendo as gorduras que faltavam. Num regime equilibrado podemos dizer que devem estar presentes: 10 a 12 gr. de H. C., 2 a 4 de G e 3 a 4 de proteínas por kg. e 24 horas.

Todos estes valores têm de ser perfeitamente reconhecidos, pois é tão importante que as necessidades sejam cobertas, como o é que não sejam excedidas, numa altura em que o T. N. baixa consideravelmente a tolerância alimentar.

Com excepção dum pequeno número de casos em que a diarreia tem como causa um aumento de fermentações, ou um processo infecioso exclusivamente localizado ao intestino grosso, e em que não há portanto nem perda de substâncias alimentares destinadas à absorção, nem espoliação importante de líquidos, a dieta hídrica deve ser sempre a primeira medida terapêutica a adoptar. O seu fim não é tanto o de pôr o intestino em repouso, como se julgava necessário na época em que dominava a ideia localicista, mas antes o de combater a colí-ascensão.

Este fenómeno, pela primeira vez apontado por Moro, depois tantas vezes discutido e posto em dúvida por muitos autores, foi definitivamente provado por Bessau que por métodos mais rigorosos confirmou o que Moro estabelecera já alguns anos antes.

A parte alta do jejuno e o duodeno do lactante são praticamente assépticos em condições normais de funcionamento digestivo. O facto de se darem constantemente processos de digestão e de absorção nesta parte do intestino e de chegar do estômago um quilo ácido, que provoca a secreção de sucos de reacção alcalina, faz com que a composição e reacção ionica desta porção do intestino estejam constantemente variando, o que, como é lógico, não constitui condições favoráveis à multiplicação dos micro-organismos porque cada um deles exige para se desenvolver determinadas características do meio ambiente.

Segundo ideias muito recentes de Nissle, depende do p H principalmente a flora intestinal. Uma maior acidez, como na criança ao seio, é favorável às raças fortes de Coli, o tipo I, que se opõem ao desenvolvimento de gérmens estranhos. Com o p H mais alto aparecem tipo 3 e 4 de Coli, raças fracas que permitem a pululação (disbacteriores).

Em caso de perturbação digestiva estas condições modificam-se: uma digestão gástrica imperfeita lança para o duodeno produtos mal preparados para sofrerem a acção dos sucos digestivos. Estes atravessam a parte alta do intestino com escassas modificações. Os micro-

bios, encontrando um meio estável, multiplicam-se. O pH favorável às raças fracas de Coli, deixa que outras bactérias invadam a parte alta do tubo digestivo, onde vão provocar fenómenos fermentativos, com produção de substâncias irritantes para a mucosa intestinal. Se esta situação se prolonga resulta um processo catarral e por fim verdadeiramente inflamatório da parede intestinal. Quer dizer: um processo inicialmente dispéptico puro, através duma fase catarral leva por fim á enterite. Esta agrava naturalmente a dispepsia, criando-se assim mais um círculo vicioso de tantos em que é fértil a patologia do lactante.

A dieta hídrica, deixando de fornecer as substâncias necessárias para o meio de desenvolvimento das bactérias combate a coli-ascensão. Naturalmente que o jejum completo daria o mesmo resultado, mas as elevadas exigências da criança tornam imperativo fornecer água. Efectivamente para cobrir os 100 a 150 gr. por kg. de peso de água que um metabolismo normal exige nesta idade, os depósitos de que o organismo pode dispor sem prejuízo não representam mais do que 6 a 8 % do peso corporal (a água de reserva do tecido celular subcutâneo e músculos) e portanto não bastam nem para cobrir as necessidades de um dia.

No entanto a administração de água simples só pode servir em caso de pequeníssimas perdas. A diarreia leva efectivamente à perda de sais juntamente com a água e a ingestão simples de água conduz a uma rápida eliminação urinária para não prejudicar a isoionia dos meios internos. Quer portanto dizer que na quase totalidade dos casos é indispensável fornecer sais juntamente com a água.

O Cl Na é o mais importante elemento pela sua acção preponderante nos processos de osmose. É porém necessário tomar em conta as necessidades em sal pois que, como o salienta Paul Freeman, uma ingestão excessiva de sal no lactante conduz à sua retenção nos espaços intercelulares com formação de edema e oliguria, que um médico mal avisado poderia tomar como sinal de exigência de mais líquidos.

As exigências em líquidos não podem portanto ser integralmente cobertas com soros salinos, pois isso levaria a uma excessiva ingestão de sais.

Quando a desidratação foi principalmente provocada por intensa diarreia o soro fisiológico não é o mais adequado, pois que a expoliação em Na foi com certeza muito mais importante que em aniões e o organismo encontra-se em acidose. 1/3 do total de líquidos deve, nestas

condições, ser constituído por soluto $\frac{1}{6}$ M. de lactato de sódio.

Um outro problema devemos ainda levantar, o da necessidade de fornecer potássio. O critério actual, depois dos trabalhos de Darrow, é diferente do que há pouco tempo se sustentava. Era crença até há pouco, seguindo as ideias de Holt, que só nas situações mais graves de excicose o organismo se empobrecia em K, pois que sendo este catião componente normal dos líquidos intercelulares, a sua passagem só era possível em estados com grave prejuízo das membranas celulares. Na realidade Darrow demonstrou que as trocas do K entre líquidos intra e extra celulares se davam normalmente e que a perda de Na dos espaços intercelulares, levava a uma passagem de K para fora das células e à sua consequente perda, desde o início dum processo de desidratação. Isto levou-o a aconselhar o uso de soros contendo K, com importante melhoria dos resultados obtidos, pois a hipopotassemia pode contribuir para uma diminuição da actividade de contração do músculo cardíaco, favorecendo o colapso que conduz à toxicose.

Sempre que seja possível, os líquidos devem administrar-se pela boca, pois não é indiferente para o seu bom aproveitamento, a passagem através do fígado.

A minha experiência aconselha como mais favorável para este método de rehidratação a mistura proposta por Schiff. 1/2 cozimento de arroz, 1/2 Soro Ringer.

Quando a desidratação é muito acentuada, já dissemos que a perda de líquidos, atingindo também a água circulante, levava a uma diminuição do volume sanguíneo com consequente vasoconstricção, anoxia e perda de proteínas por hiperpermeabilidade capilar.

Nestas condições os simples soros salinos são incapazes de manter a água nos vasos e a reposição das proteínas sericas impõe-se. A transfusão de plasma actua então como medicação soberana, favorecendo pelo aumento da pressão oncótica a permanência de líquidos nos espaços vasculares e melhorando assim as condições de irrigação sanguínea.

As necessidades calóricas têm também de ser consideradas. A urgência na sua cobertura é porém menos premente. Representando a gordura de reserva cerca de 10 % do peso do corpo, é fácil, por cálculo matemático, provar que só ao fim de 13 dias de jejum é que, para cobrir as necessidades energéticas da criança, se teriam esgotado os depósitos. Como porém duma tal situação resultaria uma acidose cetogenia, devida a excessiva desintegração de G, na prática é indispensável que as necessidades calóricas sejam, pelo menos quase completamente, cobertas com H. C.

Se não houver vômitos que o impeçam, os H. C. podem ser administrados pela boca juntamente com o líquido ingerido, empregando misturas não fermentescíveis (dextrina maltose) na proporção de 7 a 10 %.

Quando a intensidade das perturbações digestivas ou a importância da desidratação forem muito marcadas, a via paraentérica intravenosa deverá empregar-se para a administração de líquidos, sais e açúcar.

Evidentemente que a condução do tratamento num Serviço bem apetrechado poderá ser feita em condições muito mais favoráveis, e em princípio, sempre que seja possível, todo o lactante com T. N. agudo acompanhado de desidratação deverá ser internado. Um estudo completo das suas alterações humorais, estabelecendo aquilo a que Fanconi chamou o Ionograma, em que ficam gráficamente registados, expressos não em peso mas em mili-equivalentes, numa coluna os catiões: Na, K, Ca, Mg, noutra as aniões: CO_3 , H, Cl, Proteínas, PO_4 , H, SO_4 , permitirá orientar com segurança a terapêutica correctiva dos desvios metabólicos. No entanto, em qualquer meio, uma terapêutica útil poderá ser feita. Paul Freeman indica um certo número de regras práticas de fácil aplicação:

- 1) Calcular as perdas sofridas com a diarreia, partindo do princípio que a perda total de peso num T. diarreico agudo, é representada por água e repôr esse total em 24 horas;

- 2) Em caso de se ignorar a perda do peso, calcular para um caso grave de desidratação 10% do peso corporal e para um grau ligeiro 5%.

- 3) Cobrir essas necessidades com mistura de partes iguais de soro glucosado isotónico e soro salino. Em caso de tendência acidótica, usar $\frac{1}{3}$ Lactato Na + $\frac{1}{3}$ Salino e $\frac{1}{3}$ glucosado.

- 4) A transfusão de plasma impõe-se em todos os casos de desidratação intensa e com as possibilidades actuais, de existência de plasma dissecado, heteroplasma de vitela, coloides sintéticos, como o Periston, etc., é exequível em qualquer meio. Desde que não haja a possibilidade de determinação laboratorial da expoliação em P. e da hemoconcentração, calcula-se na prática a dose de plasma entre 20 e 40 c.c. por kg. conforme a gravidade.

Uma vez vencida a desidratação a realimentação impõe-se o mais rapidamente possível. É este o ponto crucial da terapêutica. A perturbação nutritiva causa uma acentuada diminuição da tolerância alimen-

tar que faz com que uma reacção paradoxal se dê com facilidade, agravando mais ainda a situação. Perante o perigo que representa ter de recorrer a nova dieta hídrica, compreende-se o cuidado com que se tem de proceder para não ultrapassar a tolerância. O alimento-medicamento tem de ser, a princípio, dado em doses insuficientes para cobrir as necessidades, continuando as exigências energéticas a ser parcialmente cobertas por Soro glucosado, eventualmente adicionado de amino-acidos. É o que Combe chama a «hipo-alimentação crescente». Há porém o maior interesse em atingir a dose óptima o mais rapidamente possível.

Na nossa prática adoptamos, com bons resultados, o schema proposto por R. Ramos.

Casos graves — Dose inicial 50 a 100 gr. nas 24 horas, aumentando progressivamente 50 gr. por dia.

Casos médios — 50 gr. por kg. e 24 h., aumentando 50 gr. por dia.

Casos leves — 50 gr. por kg. e 24 h., aumentando 50 gr. por kg. todos os dias.

Como alimentos medicamentos reduzirei ao mínimo a minha exposição para não lhe tirar o carácter práctico que pretendo imprimir-lhe, de lição principalmente destinada a médicos exercendo na província.

De resto a terapêutica dietética dos T. N. tem-se simplificado notavelmente nos últimos tempos, mercê dos progressos da terapêutica anti-infecciosa e da importância cada vez maior que ao factor infeccioso se vai attribuindo.

O leite de mulher é naturalmente quase sempre o ideal quando dele se possa dispor. As raras limitações a esta regra resultam das características especiais da sua composição. A sua escassez em sais contra-indica-o como agente de reidratação, a pobreza em proteínas atrasa a reparação em casos graves de distrofia, a riqueza em G e lactose confere-lhe acção dispeptogenia em casos de diarreias de fermentação muito intensas.

Uma regra se deve tomar como imperativa. O uso do leite de vaca, mesmo diluído, conduz quase constantemente a maus resultados e deve ser completamente banido.

Dentre os inúmeros leites modificados que existem como alimentos-medicamentos só referirei o babeurre. As suas características con-

ferem-lhe qualidades que o tornam o alimento de escolha para quase todos os tipos de T. N.

Finkelstein costumava dizer aos seus discípulos: «trunfarão como pediatras se poderem dispor, no meio onde vão exercer, de um bom babeurre». Este produto, que como se sabe começou a ser empiricamente usado na Holanda, onde se obtinha por preço insignificante, como resíduo da indústria de laticínios, foi estudado e introduzido na terapêutica científica dos T. N. por Teixeira de Matos. As suas características são: pobreza em G., acidez proveniente da parcial fermentação da lactose que se transforma em ácido láctico, estado especial das proteínas coaguladas em finos flocos e parcialmente digeridas pela acidificação progressiva, pobreza em lactose, riqueza em sais solubilizados e ionizados pelo ácido láctico. É portanto um magnífico agente antifermentativo, pela riqueza em P e pobreza em G e H. C.; facilmente acessível à digestão gástrica, pela acidificação e pobreza em G.; também de fácil digestão intestinal, pelo estado especial das proteínas; útil como factor reidratante pela sua riqueza em sais.

O inconveniente principal é a sua pobreza em H. C. que pode ser corrigida pela adição de 5 a 10 % de dextrina maltosa, como está feito em todos os produtos comerciais hoje preparados em forma seca. A pobreza em G. obriga a não fazer dele um uso muito prolongado como alimento exclusivo. É ainda pela sua riqueza em alimentos plásticos o suplemento ideal da amamentação nos débeis e prematuros que não prosperam só com o seio.

Os produtos de que hoje dispomos são preparados industrialmente e não aproveitados da fabricação da manteiga, o que tem a vantagem de lhes conferir uma composição constante. Um bom babeurre deve conter: 5 a 7 % de ácido láctico, 3,5 % de lactose, 0,5 % de G. Há também preparados com 1,5 % de G., o que permite o seu uso como alimento exclusivo por bastante tempo.

Outro tipo de produtos que não posso deixar de aconselhar, pela sua eficácia, pelo seu baixo custo e fácil manejo são os alimentos ricos em substâncias pectínicas. O seu uso nasceu do estudo da dieta de maçã, empiricamente empregada por Heisler e depois proposta por Moro para as diarreias infantis, ao reconhecer-se que a sua eficácia não era devida nem ao ácido málico, como pensára Heisler, nem à riqueza em tanino, como admitira Moro, mas antes ao elevado conteúdo da maçã num grupo de substâncias hidrocarbonadas, polisacáridos resultantes da condensação de numerosas moléculas mais simples, e que gosam da propriedade de formar «gels» com elevado poder absor-

vente em presença da água, os quais absorvem gérmens e exsudados do intestino, aderem à mucosa protegendo-a de acções irritantes. Taponam os ácidos pelo Ca e Mg que contêm. Substâncias deste grupo encontram-se ricamente espalhadas na natureza, em muitos produtos vegetais. Todos eles têm efeito terapêutico antidiarreico apreciável. Indicamos como mais simples e económicos de usar a dieta de maçã de Heisler Moro, ou com o próprio fruto ou com a sua farinha, a sopa de cenouras de Moro, a farinha de alfarroba, introduzida por Rafael Ramos em pediatria, rica em lignina, substância muito semelhante à pectina. O uso destes produtos tem a vantagem de dispensar a dieta hídrica, medida indispensável em todos os casos quando se empregam os leites modificados. A sua constituição exclusivamente hidrocarbonada evita a formação de produtos tóxicos de putrefacção e incompleta digestão proteica, poupa as funções gástricas e intestinais tantas vezes comprometidas, normalisa muito rapidamente a consistência das fezes. Embora estes produtos tenham sido empregados e gabados em todos os tipos de diarreia infantil, pessoalmente julgo-os especialmente úteis nas diarreias estivais epidémicas em que muitas vezes dominam os fenómenos de colite.

A realimentação completa indispensável pode fazer-se muito mais rapidamente quando se usam estes produtos e é de fácil execução substituindo progressivamente os alimentos pectínicos, misturando-os em babeurre e depois no próprio leite de vaca. Julgo que o babeurre e farinha de alfarroba, manejados convenientemente podem constituir terapêutica dietética suficiente para a quase totalidade dos T. N. diarreicos dos lactantes.

No entanto, embora o conceito da terapêutica alimentar dos T. N., representasse um enorme avanço sobre as velhas técnicas de tratamento, continuou sempre a existir um importante número de diarreias de lactantes renitentes à terapêutica e esta mesma discrepância entre casos inicialmente de aspecto semelhante e idêntica gravidade, que umas vezes rapidamente se modificavam com dieta hídrica e dietética adequada e outras resistiam a todas as terapêuticas dietéticas, veio de novo chamar a atenção para o factor infeccioso nas diarreias infantis. As modernas conquistas na terapêutica anti-infecciosa, com as sucessivas descobertas de anti-bióticos, concedem ao assunto valiosa actualidade. Na realidade a Escola alemã, com o conceito dos T. N. e sua origem alimentar, que tão frutíferos resultados havia de trazer para a terapêutica das diarreias infantis, desviou a atenção dos clínicos de todas as doutrinas anteriores e as infecções intestinais passaram a conside-

rar-se como praticamente inexistentes. Ora o próprio aparecimento em certas zonas e em determinadas épocas do ano de numerosos casos de diarreia infantil, o seu carácter nítidamente contagioso e muitas vezes a sua renitência às habituais terapêuticas dietéticas, tornam evidente a sua etiologia infecciosa específica.

Clínicamente não é possível fazer um diagnóstico seguro de diarreia por infecção intestinal. A ideia de que os T. N. assumem as características das diarreias do intestino delgado e as infecciosas se caracterizam por predomínio de sintomatologia colítica e presença de muco e sangue peca por demasiado schematica.

Em qualquer dos tipos clínicos em geral admitimos: 1) Dispepsia simples; 2) Enterocatarro; 3) Toxicose; 4) Enterocolite disenteriforme, podendo encontrar etiologia alimentar ou infecciosa específica. Só o exame sistemático das fezes nos pode dar a certeza diagnóstica. Nos últimos tempos, numerosos trabalhos, iniciados na América do Norte e Sul, e estendendo-se depois à Europa, têm pretendido voltar a conceder à infecção intestinal específica um papel de relevo na etiologia das diarreias infantis. As bactérias dos grupos *Shyella* e *Salmonella* têm visto alargar o seu significado, com os progressos da bacteriologia no campo da identificação e classificação dos germens destes grupos.

Em muitos meios as infecções específicas pelas *Shyellas*, têm-se mostrado o factor principal das diarreias estivais que tão alta mortalidade provocam.

No Uruguai, Hormaeche e Pelufo atribuem-lhes a responsabilidade de 34 % dos casos de diarreias estivais e no Chile, Bauza 25 a 30 %.

O conceito actual sobre a importância das *Salmonellas* também se modificou profundamente. As novas investigações serológicas, que são hoje a base de toda a classificação, que se funda na sua constituição antigénica além das características bioquímicas, permitiram identificar vários tipos de *Salmonellas*, e reconhecer que além das de origem humana: tíficas e paratíficas A, B, C., numerosas outras espécies do mesmo grupo, de origem animal, podiam em certas condições ser patogénicas para o género humano.

Foram identificadas já mais de 160 espécies. Contam-se por dezenas o número das que se têm isolado de casos de diarreias infantis. As suas fontes de origem são das mais variadas: ratos, ratazanas, galinhas, patos, pombos, canários, catatuas, cavalos, vacas, cães, gatos e principalmente o porco. A importância das *Salmonellas* de origem

animal em pediatria tem sido defendida por Hormaeche, para quem a «doutrina de Kiel» — que estabelece comportamento diferente das Salmonelas de origem humana ou animal, para o homem, as primeiras dando invasão geral do organismo as segundas localizando-se no intestino produzindo apenas o síndrome de intoxicação alimentar — não é aplicável à criança pequena. Assim a chamada «doutrina de Montevideo» defende a susceptibilidade especial da criança pequena às bactérias do grupo Salmonela. Ao contrário do adulto há invasão do organismo pelas Salmonelas de origem animal. A sua importância patogénica pode provar-se pela identificação de anticorpos específicos e pela sua presença fora do intestino: na rino-faringe, em pus de abcessos, no ouvido médio, nas cavidades meníngeas, em processos bronquicos e broncopulmonares, no próprio sangue.

Este facto encontra paralelo em muitas espécies animais, onde se observa também especial susceptibilidade dos animais jovens.

Hormaeche em 1203 casos de diarreias infantis isolou Salmonelas em 14 % e Shyggellas em 7 %. Naqueles casos em que o diagnóstico clínico de enterite tinha sido feito, pela presença de muco e pus nas fezes, as percentagens sobem para 40,5 % de Salmonelas e 33,5 % de Shyggelas.

É difícil de garantir que nos casos em que a investigação foi negativa não estava em causa um agente específico, pois como o mostraram Schwazenberg e os seus colegas, com exames repetidos e metuculosos de um elevadíssimo número de casos, há uma grande anarquia nos resultados dos exames: ao lado de casos positivos só no início da doença, há outros com exames repetidos negativos no começo que se tornam depois positivos, outros ainda positivos no primeiro período, que se tornam negativos, para voltarem a ser positivos na convalescença, por fim alguns em que a positividade só se evidencia poucos dias antes da morte.

Alguns doentes são particularmente interessantes, pois tiveram copro-culturas negativas durante um episódio diarreico clinicamente diagnosticado de enterite, para as ter positivas noutra poussée atribuída a infecção para-enterica.

Com os modernos progressos das investigações laboratoriais, a importância dos virus como factor etiológico de certas diarreias epidémicas de lactantes foi também provada. Dodd e Buding, no decurso de investigações sobre o virus herpético, isolaram um outro virus que provoca em geral um quadro de estomatite acompanhado de diarreia, mas no qual a estomatite pode faltar, havendo formas diarreicas puras,

por vezes graves, podendo levar à morte com síndrome toxicosicótica. Facto notável: as autópsias mostraram, além da vermelhidão da mucosa intestinal com tumefacção das placas de Peyer, com grande frequência broncopneumonia, algumas vezes mastoidite. Baker isolou um vírus causando na vitela uma doença semelhante e Light e Hodes, puderam transmitir à vitela a doença de lactantes doentes, por inoculação nasal do filtrado obtido com fezes. Os exames anatómo patológicos de alguns destes animais mostram lesões idênticas às dos lactantes: inflamação intestinal, otite, mastoidite, broncopneumonia.

Assim não só o problema epidemiológico das diarreias infantis necessita ser olhado à luz de todas estas novas noções, mas até mesmo o próprio conceito das diarreias por infecção para-enterica, com que actualmente se explicam a maior parte dos síndromas diarreicos das crianças, necessita revisão.

Estas recentes investigações reflectiram-se naturalmente na terapêutica das diarreias infantis procurando-se melhorar os resultados que se obtinham com os tratamentos dietéticos, associando-lhe medicações anti-infecciosas.

A sulfamido-terapia mostrou-se uma arma extremamente eficaz no tratamento das diarreias infantis, tendo a mortalidade diminuído consideravelmente pela sua acção. É principalmente nos casos em que interveem micro-organismos do grupo *Shygel* que a sua eficácia é máxima. As *Salmonelas* são mais resistentes às sulfamidas. Têm sido ensaiados numerosos preparados: a sua eficácia variará naturalmente com o germen em causa, mas com todos se podem registar altas percentagens de bons resultados. Na literatura portuguesa ocuparam-se deste assunto: Gorjão Henriques, Fonseca e Castro, Mota Torres e Silva Nunes. Pessoalmente dou preferência à Sulfaguanidina e ao Ftalil tiazol. Na opinião de vários autores o primeiro destes preparados é mais eficaz nas *Shygeloses*, enquanto que o segundo o é nas *Salmoneloses*.

Qualquer deles tem acção sobre o coli e portanto contraria a infecção endógena. Um preparado recentemente lançado, o formo-cibazol, associação de Cibazol e do formaldeído, clinicamente experimentado pela nossa assistente Maria de Lourdes Levy, parece ser extremamente eficaz.

A Streptomycina, cuja acção bacteriostática sobre as *Salmonelas* é conhecida, tem ultimamente sido empregada com prometedores resultados em casos de diarreia resistentes às Sulfamidas.

É tempo de terminar.

Anunciei-lhes que trataria dos modernos conceitos sobre diarreias

infantis e vêem que tendo começado por declarar a incapacidade das teorias infecciosas para as explicar e por apontar os benefícios indiscutíveis que para o seu tratamento resultaram do conceito dos T. N. que substituiu aquelas teorias, termino por lhes expor as novas investigações que veem em parte fazer reviver a velha doutrina abandonada da infecção exógena.

Não há em Ciência verdades eternas: um conceito que hoje se admite pode amanhã ser repudiado. Mas nem por isso deixou de valer se dele alguma coisa de útil resultou.

O conceito genial de Czerny não se opõe à etiologia infecciosa exógena das diarreias infantis. Ele apenas mostrou o erro de fixar a atenção isoladamente no intestino sem nos lembrarmos que ele é a parte de um todo: o organismo. As consequências que daí resultaram foram de incalculável valor. Mas é talvez a altura, como inteligentemente diz Suarez, de rever a classificação dos T. N.

Continuar a juntar num mesmo grupo nosológico situações etiológicamente tão diversas — infecciosas umas, orgânicas outras, puramente funcionais algumas — só porque se repercutem sobre os fenómenos nutritivos, faz-nos correr o risco de agrupar num só grupo toda a patologia do lactante.

Através de etapas sucessivas temos conseguido aumentar os nossos conhecimentos sobre os T. diarreicos dos lactantes, temos conseguido melhorar os resultados terapêuticos, temos visto diminuir de forma apreciável a mortalidade por eles causada. Mas honestamente devemos reconhecer que há ainda muito que estudar neste campo da patologia infantil.

CARLOS SALAZAR DE SOUSA

Um aspecto da preparação puerícola dos médicos portugueses

Defesa Sanitária da Primeira Infância (1)

NOTAS PARA O ESTUDO DO «PERIGO CONGÉNITO»

É particularmente difícil falar de assuntos sobre os quais todos temos, ou julgamos ter, ideias fundadas em experiências pessoais e das quais, por vezes, deduzimos até regras de conduta.

Prevejo que nem sempre terá aplauso o que vou dizer; mas uma coisa posso garantir: as afirmações que farei têm o valor das hipóteses demonstráveis mas sujeitas a crítica, prontas a voltarem ao limbo donde saíram ou a prosseguirem na sua carreira como factores do progresso científico.

Tenho-lhes amor enquanto as considerar verdadeiras mas estou pronto a abandoná-las se lhes descobrir erros essenciais.

Passando uma rápida vista de olhos pelas estatísticas infantis é-se obrigado a reconhecer uma nítida melhoria nos últimos anos. A política materno-infantil do Estado Português, embora ainda embrionária, tem conseguido um avanço notável e o esforço dispendido tem a sua tradução na baixa da mortalidade, especialmente a das crianças de menos de um ano de idade.

Mas não basta à Nação que se salvem da morte muitas vidas de crianças, é preciso mais, que os vivos sejam elementos úteis e sãos da raça.

Os dados estatísticos requerem uma observação minuciosa, o que levará naturalmente a entrar na matéria desta palestra.

(1) Lição proferida no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge no V Curso de Aperfeiçoamento para subdelegados de saúde.

Todos conhecem a classificação das causas de morte infantil em congénitas, digestivas e infecciosas. Se a aplicarmos ao nosso País, com todas as reservas, evidentemente, porque a notificação deixa muito a desejar no apuro da sua factura, veremos a curiosa confirmação do que aparece publicado em trabalhos de várias proveniências.

Assim as taxas de mortalidade devidas a «diarreias e gastro-enterites antes dos 2 anos» baixam de 1936 até hoje de 1,81 para 1,25.

O mesmo se pode afirmar em relação às doenças infecciosas embora a dispersão dos valores pelas várias rubricas do obituário não permita fazer um apanhado exacto.

Outro tanto se não dá com o chamado perigo congénito que vemos manter-se, na rubrica que lhe serve de índice, em valores mais ou menos constantes, talvez mesmo com tendência para aumentar. Para não sobre-carregar exageradamente a palestra com algarismos citarei só os valores por quinquénios. A permissão dos óbitos por «debilidade congénita, prematuridade, vícios de conformação congénitos, nascimentos prematuros, etc.» foi: de 1938 a 1940, de 33,1; de 1941 a 1945, de 37,2 e de 1946 e 1947, de 35,7, referidos a 1.000 nado-vivos.

A proporção desta causa de morte aumenta progressivamente no obituário geral, visto que enquanto este decresce, mercê das medidas higieno-sanitárias e avanço clínico, o outro se mantém em valores sempre altos, mesmo mais altos do que antes.

Considerando os números absolutos no quinquénio de 36 a 40 a média de óbitos foi de 6.734 por ano, de 1941 a 45 de 7.144 e nos últimos anos de 7.224.

As mesmas causas que respondem por tal mortalidade fazem-no também pela nado-mortalidade em 77 % dos casos na opinião justificada de Mc Cleary. Embora estatisticamente a notação se faça separadamente, se quisermos tirar ilações de ordem prática e preventiva teremos de considerar ligados etiologicamente os «prematuros, débeis, etc.» e os «nado-mortos».

Nestes a permissão é nos quinquénios considerados, em relação também a 1.000 nado-vivos, de 47, 45,8 e 44,2 respectivamente.

Sem grande erro podemos admitir como verdadeiro o somatório destes números para indicação das perdas de vidas infantis por causas congénitas em relação a 1.000 nado-vivos.

1936	1941	1946
a	a	a
1940	1945	1947
80,1	83	79,9

Variações que através de muitas décadas se mantêm quase constantemente em diferenças mínimas.

Que é então o perigo congénito?

Dum modo lato poder-se-ia definir como o conjunto de causas que impedem a reprodução fisiológica duma população. Porém, visto por este prisma, levar-nos-ia a considerar factores que estão fora do âmbito médico. O valor económico dos orçamentos familiares ou individuais, o alojamento, a moralidade individual, o conceito das finalidades morais e sociais da vida, etc., são factores importantes na propagação da espécie, no seu número e qualidade, francamente fóra da nossa acção como técnicos mas não como homens.

Mais restrictamente portanto, o perigo congénito abrange as causas impeditivas da concepção normal, da gestação saudável, do nascimento eutócico; as causas dos abortos espontâneos, da prematuridade, da nado-mortalidade e da debilidade congénita, que levam à destruição do património de vidas de uma nação.

Nele incluiremos as mortes parciais, as mortes em vida, das crianças nascidas com estigmas de degenerescência física, mental e moral impressas na sua carne e no seu espírito, capazes de diminuir sensivelmente o seu valor social.

Vejamos sucessivamente os impedimentos da concepção e gravidez normais visto o tempo não chegar para mais.

Para que haja uma concepção normal é necessário que cada um dos elementos que nela entram o seja, que os mecanismos a que está sujeita e o ambiente material e moral em que decorre sejam apropriados.

Está hoje demonstrada a forma porque se faz a reprodução dos seres vivos. A teoria de Weissmann do plasma somático e germinativo encontrou a sua confirmação microscópica e laboratorial. Duas estirpes celulares existem, vivendo lado a lado nos organismos, uma, a somática, constrói os órgãos, estrutura as formas, condiciona as actividades, criando um meio ambiente interior, diferente de indivíduo para indivíduo, de acordo com as recordações vitais do citoplasma, das suas secreções internas, das suas experiências sensoriais, ambientais e espirituais, outra, a germinativa, imortal, transmissível de pais a filhos, veiculadora das características hereditárias, determinante fatal e básica de novos seres. Esta é influenciada pelo meio somático em que vive, sujeita seguramente a algumas das modificações que este pode sofrer, raramente atingida na intimidade da sua cons-

tituição, capaz por seu turno de preconditionar a reactividade do soma perante as agressões externas.

É fundamental recordar que em qualquer célula do organismo há um corpo celular e dentro dele um núcleo constituído quase exclusivamente por cromatina. Essa cromatina constitui os cromosomas, em número fixo, normalmente, para cada espécie animal ou vegetal — 48 para o homem — só apreciáveis nitidamente, em quase todos os seres, na altura correspondente à divisão celular.

A constituição dos núcleos das células genitoras — óvulos e espermatozoides — é idêntica. Ao longo dos cromosomas, em posições quase fixas, e já bem determinadas nalguns casos, escalonam-se, aos pares, pequenas formações núcleo-proteicas de complicadíssima estrutura química e de muito mais complicadas e misteriosas potencialidades determinantes de caracteres, a que se chamam «genes». O seu número, em cada cromosoma, é enorme sem que se possa ainda hoje dizer de que ordem de grandeza.

A conjugação das células genitoras é precedida de duas divisões, uma mitose e uma meiose, que reduzem os cromosomas e os genes das células iniciais a metade. São estas novas células que se conjugam reconstituindo a quantidade de cromosomas característica da espécie.

O novo ser tem portanto metade dos seus genes provenientes de cada um dos seus antepassados, a quarta parte de cada avô, a oitava de cada bisavô, etc.

Cada par de genes responde pelo seu carácter hereditário. Se um deles tem uma constituição defeituosa, geralmente o outro gene normal age como dominante e por si só encarrega-se do trabalho dos dois mantendo-se o outro recessivo ou oculto. Nem sempre assim acontece e algumas vezes é o gene anormal o dominante.

Em novos cruzamentos se um gene recessivo patológico vem a encontrar-se na combinação com outro gene também anormal, determinaram a existência dum novo ser com essa característica anormal.

É a aplicação integral das leis de Mendel com todas as combinações possíveis matematicamente. Sei que é inútil recordar essas leis; no entanto repito o seu enunciado para refrescar alguma falha de memória menos familiarizada com o assunto. A primeira lei é a da dominância ou uniformidade dos híbridos da primeira geração pois que em todos os descendentes o carácter dominante impede que o recessivo se manifeste. A segunda lei é chamada da disjunção dos caracteres pois que, se observarmos o resultado do cruzamento dos híbridos anteriores, vemos reaparecer 25% dos descendentes com o carácter recessivo, e este genéticamente puro,

isto é, com dois genes recessivos no cromosoma, e 75 % com o carácter dominante. Destes no entanto, como sabemos explicar depois da descoberta da constituição genética, só 25 % são dominantes puros. E por último a terceira lei que se refere à independência dos caracteres hereditários pois que cada um destes se transmite, independentemente dos outros existentes no mesmo indivíduo, segundo o indicado nas duas primeiras leis. Assim, se cruzarmos um indivíduo de cabelos loiros e lisos e olhos azuis, caracteres recessivos puros, com outro de olhos escuros e cabelos escuros encaracolados também puro, vemos que todos os descendentes se assemelham a este último. Se dois indivíduos híbridos como os descendentes do casal anterior se cruzarem veremos aparecer alguns, em grandes números a quarta parte dos filhos, com olhos azuis e três quartos com olhos escuros. O mesmo acontecerá em relação à cor e ao ondeado dos cabelos mas como os caracteres são independentes o número de combinações possíveis será em grande número: olhos azuis, cabelos escuros encaracolados ou lisos, loiros lisos ou encaracolados. Olhos escuros com idênticas variações nos cabelos!

Mas não é tudo! Os cromosomas não são todos iguais. Nas células genitoras, antes dos fenómenos de maturação, aparecem-nos dois cromosomas diferentes dos outros no lado feminino e no masculino diferentes dos outros e os dois entre si, sendo um deles como que rudimentar a ponto de em certas espécies faltar por completo. São os XX e Y cromosomas ligados à característica determinante do sexo. Ao dar-se a maturação cada óvulo fica com um X e de cada espermatozóide um fica também com X, dando uma fêmea, e outro com um Y, dando um macho.

Isto nos explica em primeiro lugar: que as possibilidades teóricas dos dois sexos sejam iguais, depois: que de facto se inicie a vida com mais machos por não haver a considerar a discordância inicial entre a ligação do X cromosoma feminino com o Y cromosoma, praticamente inoperante, e ainda: que morram depois mais machos do que fêmeas, visto que os genes defeituosos ou letais existentes no X cromosoma não podem ser compensados por um gene são do outro genitor.

Ligados a estes cromosomas dos sexos há uma série de caracteres que evidentemente se transmitem com eles como acontece por exemplo na bem conhecida hemofilia.

Recordados estes muito rudimentares princípios sugere-se-nos muito naturalmente perguntar porque razões aparecem modificações nos genes? Podemos influir nessas modificações? Que influência pode ter o ambiente?... E só cito estas interrogações para lhes pôr um limite!

Lamarck pensou que as espécies se transformavam umas nas outras segundo uma escala de aperfeiçoamento e por influência do meio.

Darwin defendeu a selecção natural, subsistindo os mais aptos.

De Vries afirmou a existência de mutações transmissíveis hereditariamente.

Eis as três doutrinas donde se architectou toda uma história dos seres viventes. Normalmente esse ser ir-se-ia aperfeiçoando pela acção do meio e por selecções ficando esses progressos ligados ao plasma germinativo e transformando a espécie. Acidentalmente uma mutação o faria passar a outra espécie.

Ora estas teorias só encerram uma parte da verdade. Os transformistas lamarckianos ou mitchourinistas, representados actualmente pelos biólogos comunistas, em particular pelo seu chefe Lyssenko, põem de parte as regras da ciência ocidental impondo as suas afirmações como dogmas do partido, afirmam ter feito a passagem duma espécie para outra, mas as experiências repetidas fora da Rússia não deram os resultados anunciados—continuam a procurar o escalão que falta. Jamais se encontrou o menor indício da passagem física, e muito menos de transição espiritual, do mais perfeito macaco para o menos perfeito homem. No entanto encontra-se de facto uma sucessão de seres através de idades geológicas que parecem indicar origens comuns e um aperfeiçoamento adaptativo como que obedecendo a um plano comum.

A selecção natural, admissível até certo ponto, falha quando se arvora sistematicamente em criadora da hereditariedade. Um exemplo cientificamente controlável: se colocarmos animais em climas mais frios do que os habituais, mas que os não matem, vê-se, passadas gerações, que os descendentes resistem muito melhor a essas temperaturas. Selecção natural? Adaptação ao meio? Não. O meio eliminou simplesmente aqueles que constitucionalmente eram mais frágeis. Os que por sua natureza possuíam genes resistentes foram os únicos a subsistir e a multiplicarem-se. E isto se pode repetir nos laboratórios biológicos sempre que se queira. O mesmo se observa com as borboletas das regiões mineiras em que o alelo anormal da cor escura junto à maior resistência vital levou a uma aparente transformação por selecção, de facto inexistente no sentido darwiniano.

Serão mutações?! Sim e não. Mutações em pormenor, evidentemente! São elas até que servem de base aos estudos biológicos. Mas quando atingem maiores proporções tornam-se os organismos inaptos para o meio e rapidamente são eliminados. Conhecem-se parcialmente os seus mecanismos; pelos «crossing-over» ou sinapses dos cromosomas, com trocas de «linkages»

de genes; pelo aparecimento de grupos de cromosomas diploides, triploides, etc., mas no fim de contas ou trazem modificações pequenas, transmissíveis, ou tornam os seres incapazes de resistirem à eliminação espontânea do meio.

Bem vistas as coisas a selecção e o meio operam como estabilizadores e não a favor das transformações.

No fim de contas subsistem dois grandes grupos de doutrinas. A dos mecanicistas neo-darwinistas que encaram os fenómenos biológicos como susceptíveis duma explicação simplesmente racional e matemática, fazendo um acto de fé puro nas futuras descobertas da ciência, chegando a uma confissão de impotência na intervenção do homem para regular a propagação da vida, desde que não incida nos genes e os defensores duma teoria de emergência, acreditando na possibilidade de intervenções através do meio ambiente material, espiritual ou sensorial, capaz de alterar até certo ponto o desenrolar matemático dos acontecimentos. Além destas escolas há a considerar as doutrinas de Lissenko de que já vimos o valor científico.

Concluimos esta exposição doutrinária admitindo a possibilidade limitada da interferência quer através dos genes, quer através do ambiente. O conceito desse ambiente é que tem de ser alargado aos aspectos do meio citológico, endócrino, espiritual e ambientes externos, o que de resto está razoavelmente demonstrado.

Entramos assim no campo da eugenia familiar ou racial, com os seus defeitos e faltas de eficácia, e da incerta eugenia por modificação do meio.

Entende-se por eugenia familiar a que espontaneamente fazemos procurando que o casamento não traga a junção de genes patológicos de duas proveniências. Razão da proibição dos casamentos consanguíneos. Assim mantemos inaparentes caracteres recessivos que mais tarde se podem revelar por mercê do acaso.

Processo contrário ao dos seleccionadores de espécies animais que esses, pelo contrário, pretendem pôr os defeitos em evidência para os eliminarem com segurança. No homem tal não é possível e ninguém nos poderá convencer a sujeitar-nos a semelhante experiência.

Pela eugenia da raça pensou-se ser possível eliminar, por sequestração ou esterilização ou por simples eliminação, os portadores de genes anómalos; mas também aqui a operação é praticamente ineficaz visto que essas medidas só podem actuar sobre os portadores aparentes e está demonstrado que estes não são mais da trigésima parte dos portadores ocultos. Na primeira fase eliminaríamos aproximadamente a décima parte dos digénicos mas, nas gerações seguintes, a aplicação do sistema atingiria tão

pequenas proporções que se calculou, só para fazer desaparecer a debilidade mental, ou outro simples gene patológico, serem necessários perto de 300 mil anos de uma aplicação integral do método

Resta-nos ainda o recurso da modificação do meio.

Para Watron e muitos educadores, de certo modo estranhos à investigação biológica, pouco importam os genes e a hereditariedade, o que interessa é o meio, na determinação dos caracteres. Também em biologia muitas tentativas se têm feito para provar ou negar que as modificações ambientais são transmissíveis sem que se possa ter hoje uma ideia definida sobre tal matéria. Sem dúvida, em biologia humana, alguma coisa se passa que podia ser interpretado como tal. Vemos doenças e más conformações congénitas e aparentemente hereditárias (alcoolismo e tuberculose) desaparecerem por modificação do ambiente.

Os efeitos tóxicos da lues, com as suas disgenias, passadas três, quatro, cinco gerações desaparecem desde que não haja nova infecção. O alcoolismo deixa de se sentir depois de três e quatro gerações abstémias e o mesmo se dá em várias outras situações anormais.

Foi o meio ambiente que modificou o gene ou o gene não foi alterado e só a inter-actuação gene-citoplasma (meio interno) foi anormal por intoxicação deste? Assim parece, e se assim é temos razões fortes para acreditar na eficácia regeneradora da medicina curativa e preventiva.

Temos razão para, embora reconhecendo o pouco que se sabe, criarmos as bases para uma futura aplicação dos nossos conhecimentos alargados.

A higiene pré-concepcional encontra assim a sua justificação médica pois que não nos importa agora focar os outros aspectos que pode envolver.

Não é este o único campo de acção em relação à concepção. Há ainda a encarar os próprios organismos portadores dos genes, os pais.

*
* *

A esterilidade é ainda hoje matéria mal conhecida. Admite-se que aproximadamente $\frac{1}{3}$ dos casos é atribuível ao homem e $\frac{2}{3}$ à mulher mas, quer dum lado, quer do outro, os pontos de interrogação são mais do que as certezas.

Na responsabilidade feminina a investigação, excluindo os casos anatomicamente evidentes, tem girado à volta de alguns aspectos principais. A permeabilidade do canal cervical e das trompas, a disfunção ou a hipofunção ovárica, tiroideia e hipofisária, o meio vaginal e a vitalidade possí-

vel dos espermatozóides dentro da cavidade uterina, tem fixado as atenções para nos trazerem a convicção da complexidade extrema dos fenómenos que se passam.

Evidentemente para que haja conjugação é necessário o ovo, e nós ainda não sabemos distinguir com segurança um ciclo ovulatório dum que o não é. Sabemos que o ovo não fertilizado vive pouco, talvez 24 a 36 horas, e não sabemos como determinar a data da postura.

As biopsias do endometrio, as diferenças de potencial eléctrico ou da temperatura dos órgãos genitais, as dosagens hormonais, os fenómenos oestrais, não dão de forma nenhuma informações seguras.

Por outro lado o estudo da permeabilidade tubar também se limita a dizer-nos, sem segurança muitas vezes, que uma trompa é ou não aparentemente permeável mas ao mesmo tempo revela uma actividade própria da parede tubar que não podemos interpretar e nos deixa preplexos sobre o seu significado e valor.

O meio vaginal sofre modificações no seu Ph., em relação com o orgasmo, de efeitos nítidos na vitalidade do esperma, mas por enquanto continua em estudo.

E o que digo destes aspectos diria de outros. Apesar de tudo é com tais dados que temos de nos contentar para deduzir terapêuticas.

Ligado a este aparece o problema do aborto habitual. Deficiência do corpo amarelo, do corpo amarelo e foliculina, da placenta, de outros órgãos incretores e da vitamina E?

A terapêutica continua na fase empírica. Por um lado vai incidir sobre os mecanismos hormonais da ovulação pela administração de altas doses diárias (50 a 60 unidades) de gonadotropina, provocando ou tentando provocar uma postura ovular e pelos raios X em doses excitantes mas que não sabemos até que ponto irão influir na constituição genética. Por outro fazendo insuflações das trompas ou intervindo cirurgicamente para as permeabilizar. Por outro lado ainda modificando o meio vaginal e do canal cervical ou fazendo inseminação artificial, de resultados geneticamente inferiores como demonstram os criadores de gado que só utilizam estas crias para a produção e não para reprodução ou outra actividade que requeira qualidade. Este processo, de óptimos resultados na criação dos animais, está praticamente abandonado no homem por razões morais e biológicas.

Vê-se assim como estamos ainda longe de poder ter uma acção eficaz no capítulo da higiene pré-concepcional. Mas o pouco que se sabe deve ser aplicado.

A regenerescência espontânea dos germens doentes, iniciada pela natureza, pode ser auxiliada e podemos contribuir para a diminuição das taras por uma eugénica criteriosa.

Importa conhecer a história genealógica de cada caso e saber em relação a cada defeito quais são as características da sua transmissibilidade.

No que se refere à esterilidade há que estudar cada cliente cuidadosamente para tentar a sua correcção. Ficam-nos inúmeras causas e efeitos desconhecidos e mal interpretados, mas as descobertas continuam e importa conhecê-las.

*
* *

Iniciada a gravidez a acção médica intensifica-se, muda de aspecto. Sentimo-nos em terreno mais concreto e podemos continuar a aplicação dos mesmos princípios eugénicos com maior número de certezas.

As causas da interrupção da gravidez são classificáveis em maternas, ovulares e fetais e pelo menos boa parte delas são conhecidas.

Nas primeiras, isto é nas maternas, temos a considerar a fibro-miomatose, especialmente nas formas sub-mucosas e intersticiais. É conhecida a sua tendência para crescer durante a gravidez e para se reduzir depois desta. Uma exploração ginecológica impõe-se, algumas vezes sob anestesia. A intervenção cirúrgica é nalguns casos a solução única.

Outras vezes encontra-se um útero em retro-versão. Se outra causa se não descobre para os repetidos abortos, impõe-se reposição cirúrgica do útero no seu lugar, depois das necessárias tentativas médicas e ortopédicas.

O útero infantil mostra uma história curiosa. Na primeira gestação o aborto deu-se ao mês e meio, o segundo terminou um pouco depois e em cada vez se vai aproximando mais do termo. A terapêutica com largas doses de foliculina nos intervalos das gestações rapidamente provoca a hiperplasia do útero e permite o parto de termo.

O útero didelfo, fácil ou difícil de diagnosticar, impõe por vezes, apesar de cuidadoso exame genital, uma observação radiográfica depois de injeccção de lipiodol. Caso a resolver cirurgicamente e por vezes a completar com a administração da foliculina porque é frequente uma certa hipoplasia concomitante.

Citemos ainda os prolapsos, os colos excessivamente longos ou lacrados, os colos amputados e algumas outras mazelas anatómicas.

A antiga endometrite crónica, entidade nosológica discutível, pode no entanto considerar-se como admissível na prática e tem-se visto uma gestação normal seguir uma curetagem profunda.

A pelvi-peritonite pode tornar a mulher infecunda, mas se a gestação acaso começou porque uma trompa se manteve permeável, as aderências e más posições genitais, podem levar ao aborto. Trate-se a infecção e depois faça-se a correcção da anormalidade que restar.

Do lado materno ainda há a considerar as doenças gerais. Em primeiro lugar a sífilis, grande responsável dos abortos tardios, partos prematuros e fetos mortos e macerados. É bom não esquecer a extraordinária frequência da sífilis congénita, com reacções serológicas negativas dos pais.

Fazer, na dúvida, a prova terapêutica em ambos os progenitores antes da gestação e continuar o tratamento na mãe durante esta, usando o neo-salvarsan, a penicilina e o bismuto.

O paludismo, a tuberculose, o alcoolismo, etc., podem ser outras tantas causas de aborto. No ponto de vista genético desta palestra contribuiremos largamente para favorecer o início da regenerescência diagnosticando as doenças e doentes.

Citemos ainda como causadoras destes malefícios nefrites, cardiopatias descompensadas, hipertensão essencial, diabetes e doenças agudas, como o sarampo e varíola, sofridas durante as primeiras semanas da gravidez e capazes de lesarem o ovo levando ao aborto ou a monstruosidades como revelaram nestes últimos tempos alguns investigadores neo-zelandeses.

Dependentes das características físiopatológicas das mulheres devemos considerar ainda como responsáveis por alguns abortos as secreções internas.

A gonadotropina é produzida na hipófise desde o início da gravidez. É necessária à manutenção da actividade do corpo amarelo em quantidades cada vez maiores de forma que atinge o seu auge entre o 2.º e 3.º mês em que a própria placenta passa a encarregar-se da sua formação bem como da progesterona.

De facto, podemos seguir o seu aumento doseando-a na urina por métodos biológicos — fundados nos mesmos princípios que servem para as reacções de Ascheim e Zondek ou de Friedman — que evidenciam excreções da ordem das 10.000 a 200.000 unidades-rato no 3.º mês, antigamente consideradas, pelo seu alto valor, patognomónicas da mola hidatiforme e do corio-epitelioma.

Parece demonstrado que as suas deficiências teriam a sua base em anormalidades hipofisárias ou do corion insuficientemente conhecidas e só reveladas clinicamente nos casos mais raros da citada mola e descolamento precoce da placenta.

Já fizemos referência ao uso terapêutico da gonadotropina na esterilidade para induzir a gravidez nas estéreis e seria admissível o seu uso

prudente na gravidez se demonstrássemos uma fraca vitalidade do corpo amarelo no princípio da gravidez.

A foliculina e a luteína seguem curvas paralelas durante a gestação. Iniciada a gravidez a foliculina continua a ser segregada pelo próprio corpo amarelo mas sob uma forma inativada, salvo no final, então já produzida pela placenta, em que há um aumento apreciável capaz de sensibilizar a musculatura uterina à acção dos factores ocitóticos. Princípio usado na indução do trabalho de parto.

A função da foliculina é a de presidir ao enorme crescimento do útero.

Mais conhecida é a acção da progesterona. Está demonstrada a sua função determinante da fase secretória do endométrio e depois da fixação do ovo e inibição das contrações. Até ao 3.º mês é produzida pelo corpo amarelo e depois pela placenta. Nota-se uma baixa do seu nível no sangue na transição entre as duas proveniências. Clinicamente é esse de facto também o período crítico da gravidez e a terapêutica com esta hormona, em doses de 2 a 5 mg. em dias alternados está indicada pelo menos até ao fim do 4.º mês quando haja ameaças de aborto ou pequenas hemorragias.

Citemos ainda a possível deficiência tiroideia e a discutida acção da vitamina E, na qual a prática clínica despretenciosa me faz acreditar, e da vitamina C.

Finalmente há ainda que citar os defeitos dos espermatozoides e óvulos e a sua maturação incompleta como causa de abortos e monstros. De facto, as doenças do plasma germinativo provocam, em períodos mais ou menos adiantados da gestação, a inviabilidade do feto por defeitos constitucionais revelados em autópsias post-aborto, ou por anormalidades dos anexos ovulares.

Causa de parto prematuro com feto morto e macerado ou feto vivo mas doente é também a eritroblastose, devida às hemolisinas maternas quando há desacordo dos factores Rh. dos progenitores.

Numa política eugénica completa esta característica devia ser procurada prévia e sistematicamente e desaconselhados os casamentos em que esse desacordo fosse previsto. Uma vez que tal se não fez, mas sendo conhecida a sua probabilidade por gestações patológicas anteriores, deve-se prever a forma de debelar os seus efeitos.

Numa estatística de 37 gestações, em mães com Rh. aglutininas, foram encontradas 10 crianças normais, 7 eritroblastoses, 3 mortos intra-partum, 5 nados mortos, 10 abortos e mais 2 mortos indeterminados.

Não valerá a pena insistir nas por demais conhecidas anomalias do ovo e do feto, nem nas doenças próprias do estado grávidico, algumas com

largas responsabilidades nos abortos, nado-mortos e prematuros, mas que não cabe analisar agora.

Outros aspectos de actuação eugénica em que grandes esforços se tem feito são os que tendem a criar um sistema ambiente favorável. Nesse sentido é de extrema importância o estudo da dietética.

Warkany mostrou que algumas más conformações podem ser prevenidas pela simples racionalização alimentar. Por esse caminho também se demonstrou a diminuição dos prematuros e dos nado-mortos.

Na célebre experiência de Toronto em dois grupos de gestantes, um com suplemento dietético e outro não, as percentagens de abortos e nado-mortos foi de 0 para o primeiro e de 9,4 para o segundo.

A taxa de reprodutividade tem descido e é necessário empregar todos os esforços para poupar os produtos de concepção ameaçados durante a gestação e parto. Os números indicados no princípio desta conversa justificam todas as despesas e esforços.

Uma consulta pré-natal bem orientada e dispondo de articulações eficazes com instituições clínicas, biológicas e de assistência social é capaz de se opor a grande parte dos perigos corridos pelo nascituro.

*

*

*

Desejava focar ainda alguns aspectos do risco congénito em relação ao parto e ao post-parto mas o tempo é escasso para tão longa digressão. As técnicas da assistência obstétrica, vistas pelo lado infantil, a criação dos prematuros e débeis, o tratamento das doenças congénitas, bem o justificavam mas não é possível meter o Rocio na Rua da Betesga, no dizer do povo alfacinha. Um dia voltarei ao assunto. Agora terei de me contentar —para terminar— com um voto. Que em Portugal se pense num gabinete de estudos eugénicos, que nos falta, e na criação dum serviço que os médicos possam frequentar alguns dias colhendo elementos que os ajudem a formar uma doutrina e uma técnica em matéria de puericultura.

FERNANDES HOMEM

A responsabilidade dos operários na Sanidade da Nação⁽¹⁾

Quando contei a alguns amigos o honroso convite que recebera da prestigiosa *Voz do Operário* para aqui vir fazer uma conferência, dois deles estranharam que eu aceitasse o convite, ambos julgando com isso dar-me grande prova de consideração.

Dos amigos um era conservador, outro era sábio.

O primeiro julgou-me em perigo grave, vindo aqui, dadas as conhecidas ideias liberais que são tradição da casa. Lamentei que esse amigo me desconhecesse, pois nunca em público trabalhei *com rede*, e julgasse mal, também, quem nunca temeu liberais desde que sejam sérios e os norteie a lealdade.

O outro amigo entendia que não era a tribuna da *Voz do Operário* um meio científico à altura dum Doutor em Medicina e do director dum Instituto Superior de Higiene.

Duplo erro o dele. Com efeito, mal vai à ciência quando não contribui para a felicidade do povo e a Higiene e a Medicina Preventiva em Portugal são principalmente vítimas desse e outros preconceitos que levam à indiferença por ela, umas vezes com medo que torne inútil a prática da Medicina Curativa, à qual serve como poucos dos seus ramos, outras vezes por ignorância da sua essência, princípios e modos de aplicação, tanto mais grave quanto é certo que não são os operários apenas que as ignoram ou esquecem, mas também muitos intelectuais, diplomados por universidades nacionais e estrangeiras.

(1) Conferência realizada na *Voz do Operário*, na noite de 22 de Julho de 1950, para comemorar o Dia Mundial da Saúde.

Os operários também, e em percentagem correspondente ao seu número, abrangendo os trabalhadores das indústrias e os rurais.

É curioso o paradoxo desse meu amigo sábio se dizer um espírito liberal e amigo do povo, mas ter alcançado tal deformação profissional que lhe dá requintes de príncipe, lá porque, sendo embora filho do povo, aprendeu meia dúzia de coisas que outros de igual origem só não aprenderam porque não tiveram quem lhes pagasse os estudos, pois são tanto ou mais inteligentes do que ele.

Muito ridículo é ser vaidoso!

Não! Longe de dar razão aos meus amigos, sinto-me, pelo contrário, muito honrado em vir aqui falar. Tomaram os higienistas, não só de Portugal como de todo o mundo, que os escutassem e principalmente os pobres e os trabalhadores.

A Higiene e a Medicina Preventiva são com efeito a verdadeira e única Medicina com que os pobres em todos os tempos da História e em todos os regimes e lugares da Terra puderam contar, a única com que hoje igualmente podem contar, de Norte a Sul, de Ocidente a Oriente.

O mais são ilusões fáceis de documentar — salvo em casos mínimos e em todo o mundo.

Conheço a Voz do Operário há muitos anos, e já a respeito dela tive até oportunidade de dizer que encontro aqui reunidas grande parte das mais honrosas práticas de bem fazer tradicionais do povo português e da nossa Raça.

Os que apenas julgam a Voz do Operário pelas suas pequenas manifestações episódicas, devidas a paixões de influentes arrojados de ocasião, não conhecem a instituição e a razão profunda do seu prestígio. É como se julgassem um homem por um ataque de sarampo, de angina ou de tizão de que ele tenha sofrido.

De resto, como higienista, já aqui recebi uma grande lição, quando, há bastantes anos, cá vim assistir a um comício sanitário a respeito da tuberculose, feito pelo meu querido Mestre, infelizmente já falecido, Prof. Doutor Adelino Vieira de Campos de Carvalho e pelos seus assistentes, hoje tornados quase todos em professores da Faculdade de Medicina de Coimbra.

E depois eu sei bem o carinho com que a Voz do Operário e o seu jornal têm sempre acalentado a propaganda a favor da Medicina Preventiva e da Medicina Social.

Perdoem os membros da Direcção da Voz do Operário que não lhes dedique as palavras que vou proferir. É contra o protocolo? É falta de

delicadeza? Talvez. Mas sendo a primeira vez que falo em público sobre assuntos ligados com a Medicina Social, depois da morte de um amigo que muito apreciei e estimei, a cujo espírito de Apóstolo a Medicina Social portuguesa tanto deve e foi ao mesmo tempo um grande amigo da Voz do Operário, é a ele que eu, como preito de homenagem à sua memória, por tantos e tantos benefícios que os operários, os pobres e os infelizes de Portugal lhe ficaram devendo e tantos portugueses ingratos ainda ignoram ou já esqueceram, é a ele que eu dedicarei as minhas pobres palavras — à memória de Alexandre Ferreira. Estou certo de que a Direcção desta Casa me perdoará que haja infringido o protocolo e cometido aparentemente uma indelicadeza.

É que os mortos como Alexandre Ferreira mandam. O que é preciso é que os vivos lhes sigam os exemplos, depois de compreenderem a sua acção e o sentido profundo desta.

Porque escolhi o dia 22 de Julho para aqui falar, tendo-me sido feito o convite tanto tempo antes e sujeitando-me e a quem me escutasse ao desconforto do calor excessivo? É que neste dia passa o aniversário dum acontecimento internacional de ordem transcendente, da aprovação em Nova Iorque, em 1946, por representantes de 67 países, entre os quais Portugal, da Constituição da *Organização Mundial da Saúde*, organismo ao qual incumbe, seguindo os passos da *Organização de Higiene da Sociedade das Nações* e do *Office Internacional de Higiene*, o estudo e a aplicação prática das medidas tendentes a defender a saúde física e mental dos povos de todo o mundo, sem distinção de raças, nem de crenças, políticas ou religiosas.

No ano passado resolveu a Organização Mundial da Saúde que em todos os países fosse anualmente celebrado o *Dia da Saúde*, para que as respectivas populações se colocassem em sentido perante um dos problemas que mais contribuem para a felicidade, progresso e prestígio da humanidade. Esse culto pela saúde física e mental dos povos, indispensável para que ela não seja esquecida no meio do turbilhão desvairado da vida moderna, longe de ir bulir com as crenças políticas e religiosas, sobrepõe-se às paixões que umas e outras a cada passo desencadeiam. A prova disso é que à Organização Mundial da Saúde aderiram gregos e troianos, certos de que, conforme o velho conceito latino, primeiro é preciso viver, só depois se podendo pensar em filosofar.

Aprovada a constituição da Organização Mundial da Saúde em 22 de Julho de 1946, só, porém, em 7 de Abril de 1948 ela foi ratificada por suficiente número de países para ser considerada em vigor. Foi por isso resolvido que, doravante *O Dia Mundial da Saúde* seja o de 7 de Abril. Se este ano em Portugal ainda é feita a comemoração em 22 de Julho, isso é devido a não ter sido transmitida a nova data a tempo de nela se poder actuar.

De futuro o *Dia Mundial da Saúde* passará a ser celebrado em 7 de Abril.

Mas o que é a saúde? Di-lo a própria Constituição da O. M. S. «A Saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, não consistindo apenas na ausência de doença ou enfermidade».

Um automóvel, para merecer esse nome é preciso que tenha as suas peças todas sãs, sim (correspondendo à ausência de *doença*), mas que os seus depósitos tenham gasolina e óleo, e esteja destravado (ausência de *enfermidade*, fácil de remediar), resultando de tudo isto a possibilidade de funcionar, de andar, pois é essa a sua função (correspondente ao *bem estar físico*). Mas, se não tiver quem o guie, não anda (*bem estar mental*) e se estiver bloqueado por outros carros ou outros obstáculos, não lhe vale de nada o motor excelente e toda a perfeição da maquinaria, nem a habilitade do motorista, pois o meio lhe é adverso à realização dos seus fins (falta-lhe o *bem estar social*).

Estamos na época dos automóveis. Uma das formas mais vulgares de cubiça dos nossos contemporâneos é a de possuir um automóvel seu, (até de alguns que são inimigos da propriedade!) automóvel na maior parte das vezes inútil e que só serve ao dono para o impedir do mais útil, barato e inofensivo dos exercícios físicos, o de andar a pé, paradoxalmente esquecido por tantos que se dizem amigos dos desportos e não lêem senão jornais desportivos mas não passam duns ridículos sedentários . . .

Estamos na época dos automóveis! Toda a gente tem qualquer noção do que é um motor, do que é o engenho da embraiagem, de como se guia, dos cuidados que é preciso ter para que um automóvel esteja sempre pronto a andar.

Pois bem! Em matéria de alimentação, de bebidas, de exercícios físicos, de construção de prédios, de hábitos na casa, na oficina, na fábrica, no trabalho da rua, no campo, quer sòzinhos, quer em companhia, prejudicando-se só a si ou também aos que os cercam, são raros os portugueses

que pensam no que faz bem ou no que faz mal à própria saúde, à da família, às dos camaradas, à dos vizinhos.

E entretanto o motor humano, se ainda contém alguns mistérios, é há muito suficientemente conhecido pelos seus *motoristas*, que são os médicos, para com ele se conseguirem mais e melhores movimentos, por vezes maravilhosos, do que com o melhor Rolls Royce ou Spada . . . Mas ninguém quer ouvir os médicos. Será isto racional? Será próprio da inteligência humana? Para que nos vangloriamos nós tanto dessa inteligência, dos progressos da Ciência e da Técnica modernas, se afinal, embasbacados em frente dum motor mais potente, duma *carrosserie* mais luxuosa, dum *chauffeur* mais bem fardado, despresamos o mais perfeito dos motores conhecidos, do mais admirável dos autómatos, do único que consegue o que nunca conseguiu o mais extraordinário invento do homem — pensar, inventar, criar arte, amar, ter consciência, sorrir, ser grato! Em face do motor humano, apesar das conquistas da Ciência Moderna e dos incitamentos da Organização Mundial da Saúde e de quantos vêem inteligentemente as directrizes que toma de modo irreprimível a Medicina de hoje, teima-se em não vigiar o funcionamento dos seus diversos órgãos, em não assegurar a sua conservação, tal como fazem aos automóveis os motoristas ignorantes, levianos ou desleais, sujeitando-os a *pannes* evitáveis, a desgastes irremediáveis, ao envelhecimento precoce, que os leva antes de tempo aos montes de sucata, e os donos a perdas de tempo, de dinheiro, de paciência, de bem estar, de felicidade.

O pior é que não é só o motor humano, individual, de cada um, que sofre; sofre a sua família, prejudicando-se física, mental e moralmente esta, prejudicando-se a oficina, o escritório, a fábrica, a repartição, a cultura das terras, o campo de desportos, todos os lugares onde a actividade dos músculos ou do cérebro tem de se exercer.

Para que serve, afinal, a inteligência ao homem, se ele tanto a desbarata em coisas supérfluas e vãs, esquecendo as essenciais?

«A saúde de todos os povos é uma condição fundamental da paz do mundo e da segurança, dependendo da mais íntima cooperação dos indivíduos e os Estados» — diz a Constituição da *Organização Mundial da Saúde*.

«COOPERAÇÃO DOS INDIVÍDUOS E OS ESTADOS», quaisquer que sejam o Governo destes e as ideias dos que os orientam. Em tal matéria não há discrepâncias, neste mundo separado por tantos e tantos abismos de tão trágicas perspectivas. Assinaram por unanimidade esta Constituição países da Europa, Ásia, África, América e Oceania, desde os Estados Unidos, capitalistas, à Rússia neo-imperialista, desde a tradicionalista Ingla-

terra à liberal França; da Itália esmagada, à Índia tornada independente; do Iraque do petróleo à Argentina dos pampas; da Grécia revolta à calma Suíça. Por Portugal assinou-a o nosso prestigioso colega Prof. Francisco Cambournac.

*
* *
*

A saúde! A vida, mesmo! Valerá a pena viver no mundo de incertezas de hoje?

Façamos a vontade ao filósofo pessimista que além ao fundo do salão está desdenhosamente a escutar-me.

Esse filósofo é saudável, que eu sei-o bem, pois o conheço há muitos anos. É saudável, tem bons rendimentos para viver sem trabalhar e prepara-se para viver à custa do trabalho dos outros, preguiçosamente, se, em consequência das perturbações internacionais, um dia perder os seus capitais. É um egoísta. É socialmente um inútil, como o não são outros colegas dele, capitalistas também, mas que trabalham mais do que alguns dos seus mais activos operários, não hesitando em arriscar verbas, estudando problemas, tendo momentos de angústia, procurando o bem estar dos seus colaboradores, estimulando os bons, afastando os maus.

Há egoístas que já foram ricos e agora invejam os que ainda têm o que eles, por preguiça, deixaram perder. Há os que nasceram pobres e foram sempre preguiçosos e egoístas e invejam os pobres como eles, que, por sua diligência, inteligência e bom espírito social, se tornaram mestres, chefes, patrões.

O filósofo egoísta que me olha desdenhoso é saudável. Como só pensa no aspecto material da vida, nada se preocupa com os factores mentais e morais. Para ele a riqueza é um fim e não um meio. Que lhe importa que haja saúde no mundo? E que sofra e morra gente?

Há notáveis economistas que também assim pensam. Que entendem, como Nietzsche, que a piedade pelos que sofrem é uma vergonha, que a morte é o destino natural dos fracos, pois o mundo deve ser apenas para os fortes. Para ele António Nobre e José Duro, típicos; Castilho cego dos dois olhos (devido às bexigas, por sinal, sendo filho dum médico); Camões cego dum olho e tantos, tantos espíritos superiores, na Arte, na Ciência, na Técnica, na Santidade, não passariam de lixo.

Os fracos, como as crianças, os velhos, os mal constituídos fisicamente, só têm um destino, a bem dos egoístas que receiam a concorrência material deles, esquecendo os subsídios de ordem espiritual com que todos concor-

rem para o equilíbrio da vida: esse destino é a morte: menos bocas a comer, menos dificuldades, menos esforços a exigir a cada um.

Esquece-se todavia esse filósofo de que a morte nem sempre é o termo final da vida anti-higiênica. Se o fosse, alguns só lucrariam então se ela viesse. Pior do que a morte, porém, é a inutilização precoce, é a invalidez — até para os egoistas, pois as doutrinas de Nietzsche ainda não conseguiram introduzir na lei, à maneira espartana, o direito de matar, salvo em tempo de guerra, dessa guerra que todos temem.

Em resumo, para todas as pessoas de bom senso, e até para os egoistas, a defesa da saúde é um dever social, de onde resulta benefício para todos, evitando-se, não só a morte precoce, como a inutilização, com o seu cortejo de dores, sofrimentos, impaciências e despesas.

Sempre é melhor lidar com automóveis sem defeitos, novos ou velhos, do que com os que precisam a cada passo de ir para a oficina.

A função da Medicina Social, essencialmente preventiva, consiste exactamente em manter os organismos tão sãos quanto possível, surpreendendo a tempo as suas mínimas perturbações e impedindo estas de se agravarem, utilizando para isso os princípios e as técnicas da Higiene.

Há medidas de higiene de ordem colectiva que são das atribuições dos dirigentes de oficinas, fábricas, empresas, municípios, juntas de Província ou Estado. Só acidentalmente a elas teremos hoje de nos referir.

Mas há medidas individuais que dependem da inteligência, cultura, vontade e honradez de cada um. Dessas vamos ocupar-nos agora, entrando finalmente no desenvolvimento do tema desta palestra.

*

* *

A RESPONSABILIDADE DOS OPERÁRIOS NA SANIDADE DA NAÇÃO!

São os operários então os responsáveis pela sanidade da Nação?

São eles e são muitas outras entidades.

Já em ocasiões diversas nos ocupámos da responsabilidade dos *universitários* (advogados, engenheiros, professores, padres, directores de empresas, presidentes de câmaras, deputados, ministros até, etc.) dos *industriais*, dos *médicos* mesmo, pois todos eles têm responsabilidades, tanto maiores quanto maior a sua cultura e mais elevada a sua situação social.

Não é agora ocasião de nos ocuparmos do assunto, tanto mais que tive sempre por hábito não ir às assembleias dos ricos e poderosos dizer mal dos pobres e dos fracos, nem às assembleias dos pobres e dos fracos

mal-dizer os ricos e os poderosos, preferindo, sim, ir ao seio de cada colectividade falar no que cada qual está a fazer de modo a exigir aperfeiçoamento, pois nunca cultivei a popularidade fácil, preferindo sempre a verdade construtiva, bem diferente da má língua.

Quais são então, ou podem ser, as responsabilidades dos operários, dos trabalhadores dum modo geral, na sanidade da Nação? Como poderão eles contribuir para que as condições sanitárias de Portugal melhorem? Quem tem a seu cargo oficialmente a defesa da saúde da população? Que colaboração se lhe pode dar ou pedir? Qual o melhor modo de colaboração?

E do que agora nos vamos ocupar.

*

*

*

A saúde é a maior das riquezas, mesmo para os ricos, mas principalmente para os pobres.

É possível que haja quem acredite que algum dia deixará de haver pobres de inteligência, de robustez, de força, de saúde, de vontade, de escrúpulos, de bons impulsos, de bons sentimentos, de tacto, de talento artístico, de dinheiro — pessoas a quem falem estes atributos.

Pela minha parte eu sei, como médico responsável, que mesmo que por revolução ou evolução o dinheiro pudesse ser distribuído equitativamente entre todos os homens, bem como os bens materiais que com ele se podem comprar, nunca haveria meio de conseguir que todos tivessem igual inteligência, robustez, saúde, força, vontade, escrúpulos, bons impulsos, bons sentimentos, tacto e talento artístico.

Mas não sejamos imprevidentes ou utopistas! Partamos do princípio de que não será ainda a nossa geração a que conseguirá, transitòriamente, é claro, a simples divisão equitativa dos bens materiais e do dinheiro, admitindo, por hipótese que tal coisa se possa algum dia verificar.

A saúde continuará a ser a melhor, a única riqueza do pobre e a Medicina Preventiva a única com que ele verdadeiramente poderá contar.

Para os operários, mesmo nos países mais preocupados em os lisonjear, bastam os hospitais, os dispensários ou a chamada «medicina socializada» ou «nacionalizada», que é caracterizada pela demora nas salas de espera, a pressa com que com frequência é exercida, ou o ar sacudido de certas enfermeiras que já se esqueceram de que são filhas do povo, e semelhantes.

As excepções, honrosíssimas, como sempre, mais uma vez também confirmam a regra.

Sanatórios da Suíça, Casas de Saúde, Estreptomina, Penicilina, Sulfamidas, Agentes Físicos, todos os requintes da técnica, desde as radiografias às análises, tudo isto existe já e é posto mais à disposição de alguns pobres do que era, mas tão poucas vezes em todos os países, desde os pobres aos ricos, dos cultos aos selvagens, dos democratas aos autocratas, dos conservadores aos avançados, em relação ao número de casos em que seria preciso utilizá-los, que não passam duma gota de água no Oceano.

Alguém pensará, por outro lado, que na América, na Suíça, no México, na Rússia ou na Argentina, a maior parte das crianças nascem em maternidades? Há às vezes ingênuos que acreditam em tal, porque não se incomodam a ler as estatísticas de natalidade, insuspeitas, pois são publicadas pelos mesmos que nos querem convencer de que assim é, e não reparam que é fácil o desmentido.

Nada de ilusões, nem utopias. A Medicina Preventiva sim, essa é que toda a gente a pode utilizar e ninguém a deve desprezar. Se admitirmos por abstracção que seria possível virmos a ser todos ricos um dia, e que poderíamos então desbaratar a saúde, mesmo assim se veria que há desgastes devidos a imprudências que nenhum medicamento caro pode remediar.

Vejamos agora certas culpas vulgares nas classes trabalhadoras, algumas delas, aliás, comuns a todas as outras classes.

Umas, referem-se a doenças individuais. Outras, a doenças sociais, das que se repercutem na família, na oficina, na sociedade, na raça.

Quando falamos em operários e na sua responsabilidade na sanidade da nação não abrangemos no número apenas os que trabalham nas indústrias organizadas, mas também nas domésticas; não só os dos meios urbanos, mas igualmente os dos rurais, de qualquer sexo ou idade, as chamadas classes trabalhadoras ou proletárias, com prole ou sem ela.

Os membros dessa classe enorme, preciosa reserva dinâmica da Nação, que tão brilhantemente manifestou as suas excepcionais qualidades de labor e de perfeição em duas exposições recentes, a das Obras Públicas e a das Indústrias, e a cada passo honra o nome português nos quatro cantos do mundo, os membros dessa classe têm responsabilidades sanitárias, quer individuais, como membros das respectivas famílias, oficinas, fábricas, escritórios, estabelecimentos comerciais, habitantes de aldeias, vilas e cidades, fixos ou deslocados em ranchos rurais, a pé, ou em veículos puxados por animais ou automóveis, em camionetes, comboios, navios ou aviões; quer responsabilidades sociais, de ordem igualmente sanitária, reper-

cutindo-se sobre a família, a oficina, a fábrica, a povoação ou o meio de transporte e obrigando a colectividade, a que pertencem, qualquer que ela seja, permanente ou transitória, a esforços, despesas e preocupações escusadas e evitáveis, que se repercutem em última análise na raça.

Não é possível, numa palestra, embora longa, dar uma resenha, resumida embora, da importância dessa responsabilidade.

Apenas aqui referiremos alguns exemplos, estimando que os que me escutam meditem sobre eles para que lhes despertem a curiosidade de procurarem saber mais sobre tão importante problema.

Um operário não lava as mãos antes de comer: — Arrisca-se a misturar com a comida, especialmente com o pão e as frutas, toda a espécie de coisas prejudiciais à sua saúde, tais como venenos, no meio dos quais e até por trabalhar na sua fabricação, passa a sua vida profissional (chumbo, arsénio, mercúrio, fósforo, etc., por exemplo, quando maneja tintas e papéis pintados, quando fabrica chapéus, fósforos e outros artigos).

Mas pode, em vez de veneno, introduzir no seu organismo micróbios ou ovos de parasitas que geram as doenças mais graves, muitas delas mortais, como a febre tifoide, a tuberculose, as desenterias, os vermes intestinais, a sífilis, a cólera, entre muitas outras.

Não lava com frequência o corpo: arrisca-se a conservar na pele poeiras venenosas ou cheias de micróbios, dando origem a doenças de pele, a envenenamentos e infecções gerais, que o matam ou o enfraquecem e desvalorizam como operário e como homem.

Não usa máscara, como lhe recomendam, ao trabalhar em pintura à pistola com tintas dissolvidas em benzóis, na fabricação de impermeáveis, etc.: Expõe-se a contrair uma doença grave, quer aguda, que leva rapidamente à morte, quer crónica, que o inferioriza e pode acabar por inutilizar ou vitimar.

Bebe água sem saber se ela é potável (isto é, se está em condições de ser bebida, quer sob o ponto de vista químico, quer bacteriológico): — Pode contrair uma febre tifóide, uma disenteria, a cólera (no Oriente, em geral) e outras doenças, e pode ficar envenenado se a água contiver dissolvidos produtos que a sua transparência, frescura e às vezes até sabor não fazem suspeitar e podem produzir doença ou morte.

Não usa óculos de rede ou mica enquanto trabalha como torneiro, como britador de pedra, etc.: — Podem saltar-lhe aos olhos estilhaços de metal ou de pedra que o ceguem imediatamente ou lhe firam os olhos no que eles têm de mais melindroso, dando origem a infecções, a diminuição da visão, a cegueira, a desvalorizações, a infelicidade e à miséria.

Bebem por um copo ou garrafa ou comem com um talher de que outrem se serviu: — arriscam-se a contrair a tuberculose, a sífilis, e outras doenças.

Não utilizam redes nas janelas quando trabalham em regiões onde há sezões, apesar de as janelas as terem: — contraem o paludismo, devido a picadas de mosquitos que as redes não deixariam passar.

Apesar de avisados de que certo animal morreu com carbúnculo, teimam em lhe aproveitar a pele, por que ela vale dinheiro: — Falso negócio! contraem o carbúnculo que os pode matar, os impede de trabalhar, pelo menos durante uns dias, e lhes deixa cicatrizes e por vezes os cega.

Não obedecem à ordem da vacinação ou (o que é pior e demonstra selvajaria) destroem a vacina logo a seguir: — Contraem a varíola que transmitem às vezes à mulher e aos filhos, por também não estarem vacinados, e os pode matar ou cegar, marcando-os pelo menos para toda a vida, como doença vergonhosa que é hoje.

Bebem leite por ferver ou (o que é mais grave, por vezes criminoso!) dão-no a beber aos filhinhos pequeninos ou a pais já velhos ou a doentes: — Arriscam-se a contrair ou transmitir febres tifóides, febre de Malta, enterites várias, tuberculose, etc.

Comem carnes de origem desconhecida, sem a observarem, cheirarem e, parecendo sã, apesar disso a cozerem ou assarem bem: — Arriscam-se a vir a ter solitárias, quistos hidáticos, triquinose, etc.

Lavam uma ferida com qualquer água, não fervida, ou tocam com a ferida em objectos sujos de terra: — Arriscam-se a contrair uma doença gravíssima, mortal, o tétano, entre outras.

Usam lençóis ou toalhas de que outras pessoas se serviram ou vivem com pouco asseio em promiscuidade com essas pessoas: — Arriscam-se a contrair doenças várias, desde o tracoma, que cega, à sífilis que inutiliza e mata, da difteria que principalmente vitima crianças, à tuberculose que não olha a idades, da gravíssima escarlatina à perigosa blenorragia, da sarna à lepra, etc., etc.

Podia multiplicar os exemplos. Mas há mais e só isso levaria muito tempo a explicar convenientemente. A par das doenças individuais, que aliás podem transmitir-se à colectividade e tornarem-se colectivas, gerando epidemias, há doenças chamadas sociais porque não vitimam só os indivíduos pessoalmente, mas se repercutem na sociedade e exigem remédios que não dependem só dos médicos mas também da mesma sociedade, para sua defesa, da raça e do futuro da humanidade, pois as põe em perigo grave.

Essas doenças ou flagelos são vários, variáveis de país para país, de região para região e de época para época.

As mais características são a *tuberculose*, a *sífilis* e outras *doenças venéreas* e o *alcoolismo*, às quais se têm juntado, as *enterites infantis*, o *cancro*, os *reumatismos* e *doenças de coração*, por vezes as *sezões*, algumas vezes a *lepra*, e, como consequência de algumas ou devido a influências hereditárias, certas *doenças* e *taras mentais*, a *prostituição* e o *crime*.

Alguém ignora o tributo que as classes trabalhadoras pagam à morte, à desvalorização profissional, ao crime e à desonra, devido ao alcoolismo?

Alguém ignora que muitas e muitas raparigas operárias se expõem à sífilis, ao aborto, à desonra e à prostituição?

Alguém ignora que muitos e muitos operários podiam ter evitado a tuberculose se tivessem uma vida higiénica, aprendendo a repousar, como legítima alternativa depois do trabalho, evitando fadigas desportivas insensatas, fadigas sexuais, frequência de meios recreativos insalubres, abuso de bebidas alcoólicas, etc.?

De resto, a tuberculose não conhece classes, não poupando ricos nem pobres. Haverá quem julgue que poupa mais estes últimos?

Ora ao falar da responsabilidade dos operários na sanidade da Nação e sem, nem por sombras, pretender esgotar o assunto, não esqueço um só momento o que é devido à falta de recursos materiais.

Mas o que penso, sim, porque pessoalmente também o assunto me preocupa até, pois também não sou rico, é que se tais faltas põem em risco por vezes as mais sólidas fortunas (e muitas têm sido destruídas devido ao alcoolismo, a deboche, a vícios vários ou doenças evitáveis), quem não é rico deve, com maioria de razão, ser providente, poupar a saúde. De resto eu já me ocupei mais de uma vez, como disse, da responsabilidade dos ricos na sanidade da Nação.

O que é preciso é evitar que os que o não são considerem uma infelicidade não terem dinheiro para fazerem loucuras ou imprevidências, que afinal, levam à destruição do mais valioso património da Nação que é a saúde dos seus habitantes.

Mas é tempo de meditar um pouco sobre todos estes problemas.

Porque é que os operários cometem faltas de higiene que lhes podem prejudicar a saúde, a robustez, diminuir a capacidade profissional ou levá-los mesmo à morte?

Cometem essas faltas:

— Por ignorância;

por desobediência insensata aos conselhos higiênicos;

por estupidez e selvajaria; ou,

por serem anormais, tarados psiquicamente.

E é agora ocasião, não de procurar lisongear os que me escutam, pois, como já disse, nunca cultivei a popularidade fácil, mas de depor honradamente e de dizer algumas verdades, doam elas embora a certas pessoas que se dizem minhas amigas e eu estimo também.

A maior percentagem de faltas higiênicas cometidas por operários é devida a ignorância.

Daí se deduz imediatamente o remédio: — as classes trabalhadoras precisam ser esclarecidas, não apenas episódicamente, no *Dia Mundial da Saúde* ou noutros, mas de modo permanente; não em estilo pedante e empolado, para criar *curriculum vitae*, na terra dos cegos; não pela boca de arengadores improvisados que misturem alhos com bogalhos e transmitam factos errados, por eles próprios serem ignorantes; mas esclarecidas por pessoas seguras dos problemas fundamentais de que depende a defesa da saúde, profissionais da Saúde Pública, até hoje tão desprezados e ignorados em Portugal e a cada passo acotovelados por certos ambiciosos arrojadados que fazem da educação popular negócio rendoso.

A educação sanitária é um dever social de todos os países civilizados. Tem de ser feita em termos simples, sempre com verdades e assente em bases científicas; mas não se limitar a traduzir do estrangeiro livros feitos para os respectivos países, antes, aproveitando embora todas as boas sugestões, ser feita de harmonia com as necessidades e os recursos portugueses, que a grande maioria dos portugueses desconhecem.

Muito e muito havia a dizer a tal respeito. Fixe-se pois que a maior parte das faltas sanitárias cometidas pelos operários portugueses são devidas a ignorância.

Nem todas as classes se podem gabar de igual percentagem devida a esse motivo, pois em muitas «pessoas bem» predomina a desobediência insensata (por vezes pedante, invocando ciência, inteligência, ou poder, de dinheiro discricionário), estupidez, selvajaria, anormalidade ou tara.

Quer isto dizer que os operários portugueses não têm responsabilidades? Não. Têm mais responsabilidades do que julgam alguns.

Têm-nas, quando não cumprem as instruções, estudadas por médicos, em todo o mundo, cumpridas por todos os operários inteligentes e que têm por fim evitar acidentes, defender a saúde.

É incómodo usar óculos e máscara? É massador fazer certos movimentos e dar certas voltas? Em dias de calor custam a suportar certos meios de evitar doenças? É certo. Mas para que serve a inteligência a um operário ou a um patrão, pois também os há, às vezes antigos operários, que apenas capitalizaram dinheiro, mas não capitalizaram bom senso, e fazem coro com os que apenas pensam no que dá maior prazer imediato.

O prazer imediato é o mais subtil dos venenos e o mais traiçoeiro dos inimigos.

Que o digam certos ricos a quem a vida de deboche tem arruinado a bolsa e a saúde!

A responsabilidade dos operários todavia não é só na oficina e no que à oficina diga respeito.

Sempre que um operário não procure aprender o que não sabe é responsável pela sua indiferença inconsciente. Ora a sua desculpa actualmente, em matéria de sanidade está na sua própria ignorância principalmente.

Mas não o estará de hoje em diante, se o ensinarem e ele quiser aprender, mostrando-se assim consciente.

Ficam os operários portugueses sabendo que depende deles a sua maior riqueza, a sua maior força, a sua maior felicidade, o seu maior título de glória, que é a sua saúde e a das suas famílias.

O pior cego é o que não quer ver; o pior ignorante é o que não quer aprender.

Tudo isto são coisas velhas, da velha e tão esquecida sabedoria das Nações. Que pena não ser moda conhecer a sabedoria das Nações, como é o *futebol* o *cock-tail*, o *jazz-band*, o *raspa* e outras maravilhas do nosso tempo!

Não se julgue porém que a vida higiénica é uma vida monótona e aborrecida. Não. A Higiene cuida tanto de defender a saúde física, como a mental e moral, para criar homens sãos, optimistas, fortes, alegres, robustos, trabalhadores, em vez dos anémicos, olheirentos, neurasténicos, débeis, macambúzios, fracos e inúteis que se costumam encontrar à saída dos *bars*, dos casinos, das tabernas e dos campos desportivos.

A grande arma a utilizar é a vontade, a vontade esclarecida e sã. Dela resultará, sempre que isso é possível, a melhor saúde, a melhor aptidão, o melhor profissional.

Mas os operários têm de fazer isso tudo sòzinhos?

Ninguém os ajuda? Ajuda.

Ajudam-nos os Serviços de Saúde Pública, os Serviços de Saúde Escolar, os múltiplos serviços espalhados pelos diferentes Ministérios — o

Estado, enfim. Ajudam-nos as organizações já existentes, de natureza corporativa ou associativa, no género desta vossa prestigiosa *Voz do Operário*.

O conjunto de todos esses elementos são o melhor auxiliar da chamada Medicina Social.

A Medicina Social, como já vimos, não é obra apenas de médicos, embora a sua finalidade, a saúde física, mental, moral e social do indivíduo, do trabalhador, da família, da fábrica, da povoação, do país, da raça, da humanidade, seja o seu fim, sendo orientada superiormente por médicos que são concomitantemente sociólogos.

A Medicina Social utiliza instituições múltiplas que a maior parte da gente mal pensa que fazem parte da sua engrenagem e do seu arsenal técnico.

Haverá em Portugal alguma coisa em tal sentido? É o que agora vamos ver em breves palavras, num simples enunciado, estando pronto a documentar objectivamente quanto afirmo, pois acima de tudo e de todos tive sempre culto pela verdade.

*

* *

Recentemente, um notável médico belga, René Sand, Professor da Universidade de Bruxelas e uma das personalidades de maior relevo em matéria de Medicina Social em todo o Mundo, que em 1946 presidiu em Nova Iorque à reunião internacional donde saiu a Constituição da Organização Mundial da Saúde, fez, num seu livro aliás interessante e valioso, essa mesma pergunta. E sabem os que me escutam qual a resposta que deu a si próprio?

— Que em Portugal nada havia digno de ser citado em matéria de Medicina Social.

Os belgas, positivamente, não são amáveis para Portugal. Depois de terem criado, a seguir à Grande Guerra, o neologismo «Portugalizar» para traduzir a desordem e o estado revolucionário endémico, dizem agora nada possuímos digno de nota em matéria de Medicina Social.

Ora isto, devido apenas a ignorância, foi uma afronta, não apenas a um Governo ou a uma situação política, mas ao que de mais nobre e construtivo há em Portugal. E porque uma das instituições que mais desmentem há muitos anos tão leviana afirmação é a *Voz do Operário* eu me senti particularmente honrado em ser deste lugar, de preferência a outra tribuna, que, afirmando embora, lealmente, a minha velha admiração

por René Sand, lanço o meu brado consciente, responsável e fácil de documentar, de protesto contra tal afirmação, dedicando as minhas palavras à memória desse benemérito da Medicina Social — apesar de não médico e que o foi mais do que muitos médicos, alguns deles brilhantes, mas que nunca se ocuparam da Medicina Preventiva, mas apenas da curativa — à memória de Alexandre Ferreira.

Que podemos nós responder a tão estranha afirmação? Que podemos nós convidar o Dr. René Sand a visitar em Portugal, em matéria de instituições e esforços ligados com a Medicina Social?

É o que, embora em brevíssimas palavras, pois já abusei excessivamente da paciência de quem me escuta — vamos ver agora.

René Sand no seu livro *A Caminho da Medicina Social* diz-nos as origens históricas e a evolução dos conhecimentos, das práticas e das instituições destinadas à defesa da saúde em todo o Mundo: da profissão médica, dos hospitais, da higiene individual, da higiene pública, da higiene social, da medicina do trabalho, da assistência, das ciências do homem, (a estatística, a demográfica, em particular a médico-social, a biotipologia, a psicologia geral e social, a medicina psico-somática, a sociologia descritiva, a genética e eugénica, a política da população e da família, a pedagogia, a criminologia, e a penologia). Depois desta resenha histórica em que nos descreve a génese e o estado actual da cultura nos diversos países no que respeita a todos estes assuntos, apresenta-nos o conceito de medicina social, descrevendo-nos a propósito de cada país, as realizações. Cita Portugal, é certo, mas está tão longe do problema como estaria quem, para nos dar ideia dos jardins de Lisboa nos mostrasse uma rosa seca encontrada no lixo dum cemitério.

Fala, por exemplo, citando Estrabão, dos lusitanos que habitaram o nosso território antes da conquista romana, para dizer que entre eles não havia medicina propriamente dita e que os doentes eram expostos à beira dos caminhos para que os viandantes lhes aconselhassem os remédios que conhecessem.

Que pena não estar ao facto, pelo menos, de que, esses lusitanos, já faziam *intencionalmente* operações de trépano, como demonstrou o Professor Leite de Vasconcelos, e de tantos outros vestígios de actividades humanas inteligentes que seria longo enumerar agora.

Refere que em 1637 os portugueses fundaram em Moçambique um hospital dirigido pela Ordem de S. João.

Antes porém de 1637 já os portugueses tinham espalhado pela África, de Marrocos a Moçambique, pela Ásia, da Índia ao Japão, e na América, no Brasil imenso, hospitais e Misericórdias, que cuidavam de doentes, de feridos, e de toda a espécie de necessitados, europeus ou indígenas, aplicando a ciência da época e ao mesmo tempo toda a consciência e carinho que não eram conhecidos dos indígenas nem podiam dar aos europeus as suas famílias, ausentes na pátria.

Mas mais: nos navios dos descobrimentos iam médicos, enfermeiros e boticas, cuidando-se tanto da defesa da saúde como de tudo o mais, o que mostrou como em tudo esses descobrimentos foram humana e cientificamente planeados. De resto (e René Sand também o não diz) já antes dos descobrimentos houvera em Portugal uns 500 hospitais, pequenos, é certo, como aliás então o eram em todo o mundo, mas, no seu conjunto, com mais camas, em relação ao número de habitantes, do que hoje mesmo no nosso País e em outros que cita com admiração — hospitais com regulamentos notáveis que ainda agora em mais de um aspecto podem servir de modelo.

Cita René Sand um único nome de português, o do Papa João XXI ⁽¹⁾, mas para referir precisamente o menos importante dos seus trabalhos, o *Tesouro dos Pobres*, calando aqueles em que mostra os seus profundos conhecimentos sobre a Medicina greco-latina e árabe, o que teria citado se tivesse lido, entre outros, um estudo que sobre esse glorioso português escrevem há anos o prestigioso Prof. Egas Moniz. Refere-se finalmente a nós, ao dizer que o número de filhos ilegítimos está a baixar, (o que não demonstra aliás) e para nos incluir entre os primeiros países que aboliram a escravatura, embora acrescente que adiámos 20 anos a execução da lei.

Que pena não ter aproveitado a oportunidade para dizer que com o regime escravagista ou outro, (e o escravagista era considerado tão natural que um rei de Inglaterra fazia parte duma companhia que negociava escravos) para dizer o que os portugueses fizeram a bem da civilização, da cultura, e da humanidade, dum modo geral, nos quatro cantos do Mundo onde se estabeleceram, de mais a mais pertencendo a um país cujo

(1) Já depois de compostas estas palavras, soubemos que o Dr. Pietro de Angelis, bibliotecário da Biblioteca Lancisiana de Roma, fundado em documentos, se propõe rever tudo o que tem sido afirmado sobre a identidade do Papa João XXI e o médico Petrus Hispanus, não a considerando demonstrada.

povo, por ser nosso vizinho em África e até dentro do seu próprio Congo, convive constantemente com portugueses.

Sobre história da profissão médica podia dizer que Portugal foi um dos primeiros países a possuir uma Universidade e que nela se ensinava medicina tão bem como nas dos outros países, havendo uma escola de medicina anterior, já um século antes, no Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra e que o ensino da Medicina, desde então até hoje, acompanhou constantemente os progressos da Ciência tendo-se notabilizado médicos portugueses, nomeadamente judeus, em Espanha, França, Itália, Rússia, Inglaterra, etc.

Sobre história dos hospitais que possuímos, além dos 500 hospitais de tipo medieval, já referidos, destinados a quem estava longe do seu lar, doente ou não, especialmente a leprosos, a peregrinos e a inválidos, dois hospitais no começo do Século XVI que foram notáveis entre os melhores da Europa, o de Todos os Santos de Lisboa e o das Caldas da Rainha, o mais antigo hospital termal do mundo, além de outros dos Séculos XVII, XVIII e XIX, que nos honraram.

Em matéria de *higiene individual*, sabemos que havia balneários públicos junto de termas, mas também noutros lugares, quando ainda os não havia em alguns países que cita. E que, se há aqui vestígios de deficientes hábitos de higiene, não os há menos em todos os países latinos e sem ser latinos, através dos séculos.

Sobre higiene pública não cita os nossos aquedutos notáveis, não só romanos, como dos séculos XVI a XVIII, nem fontes de águas bem captadas depois de bem escolhidas e bem defendidas; não cita hospitais de isolamento e um lazareto do século XV e XVI, não citando forais e posturas antigas destinadas à defesa da saúde pública, nem cemitérios e muitos outros elementos.

Sobre história da Assistência nada diz a respeito das confrarias de caridade existentes desde o começo da nacionalidade, nem das corporações de misteres e das diversas instituições mutualistas, nada dizendo também a respeito das *Misericórdias* e da sua reorganização pela Rainha D. Leonor, que as tornou um dos instrumentos de assistência mais notáveis de toda a história da humanidade.

É certo que a ideia de Misericórdia é em Portugal tão ignorada ou deturpada que mais duma pessoa ficou admirada de eu ter escrito, sabendo muito bem a responsabilidade do que afirmava, que considerava a Voz do Operário como uma das Instituições portuguesas que em todos os tempos mais se aproximaram das Misericórdias da Rainha D. Leonor. Mas René Sand nada diz também sobre tantos e tantos subsídios valiosos que

há em Portugal para o estudo das *Ciências do homem*, a estatística, a demografia, particularmente a médico-social, a antropometria, em especial a médico-social, a biotipologia, a psicologia geral e social, a medicina psico-somática, a genética e eugenica, a política da família e da população, a penologia e a sociologia descritiva. Sobre Sociologia nem sequer tem a desculpa da falta de documentos, pois em 1935, 13 anos antes de publicar a sua, apesar disso, para nós notável obra *A caminho da Medicina Social*, tinha sido publicado em Paris, em francês, um livro valioso sobre Portugal, sendo o seu autor precisamente um distinto compatriota seu, o ilustre sociólogo engenheiro Paul Descamps.

Mas tudo isto é história. É tempo de terminar. Para convencer René Sand e os que, como ele, negam as coisas ou não as referem nem aproveitam por as ignorarem, há só um remédio: Convidá-los a ver com os seus próprios olhos e a perguntarem o que baste para desfazerem as dúvidas que lhes restem, apesar de verem, até se convencerem da verdade. Começaríamos a visita, visto ser de aqui que eu faço o convite ao Dr. René Sand, pela admirável instituição da *Voz do Operário*. Escuso de dizer aos que me escutam o que ela é. Quer S. Ex.^a ser esclarecido em matéria de *Protecção à Maternidade e à Infância*? Procure o Dr. Carvalho Dias, Director do *Instituto Maternal* e que nele superintende, na Maternidade Alfredo da Costa, começada a construir em 1914, mas só terminada em 1932. Ele o esclarecerá sobre a rede de dispensários e consultas pre-natais e de puericultura, sobre as Maternidades Júlio Diniz, Magalhães Coutinho, e Daniel de Matos e os quartos e camas destinados a grávidas em todos os hospitais de Portugal e em Maternidades e casas de saúde particulares, mostrando-lhe tudo o que desejar ver, se precisar ser esclarecido ou de alguma coisa duvidar.

Mas se quiser conhecer os *jardins de infância*, procure o Dr. João de Deus Ramos e visite os *Jardins-Escolas João de Deus*.

Sobre escolas, ensino e educação pública escute os directores gerais dos diversos graus de ensino, o Presidente do Instituto para a Alta Cultura, os Reitores das Universidades e dos liceus, os directores das diferentes escolas oficiais e particulares, os Comissários Nacionais da Mocidade Portuguesa, a Presidente da Obra das Mães pela Educação Nacional. E procure ver os edificios novos escolares, visitando-os, perguntando tudo o que quiser, ou nos locais ou no Ministério das Obras Públicas.

A respeito de *Inválidos* procure na Direcção Geral da Assistência o

Director do Instituto de Assistência aos Inválidos, Dr. Pinto de Aguiar, visitando pessoalmente os Asilos e Recolhimentos que quiser, vendo os inúmeros e constantes beneficiamentos neles introduzidos e as obras realizadas, designadamente nos últimos cinco anos.

Sobre *Assistência aos Doentes Mentais* ouça o professor António Flores, Director do Hospital Julio de Matos, e os directores dos Centros de Assistência Psiquiátrica e eles lhe contarão o que possuímos hoje e estava a ser organizado lentamente há um século. Visite o Hospital Júlio de Matos, o Hospital Sobral Cid, o Hospital Miguel Bombarda e o Hospital de Conde Ferreira e as várias Casas de Saúde e os três centros de assistência psiquiátrica onde são acolhidos e tratados os loucos. Mas visite também os dispensários psiquiátricos e veja que a sua acção se estende a todo o País. Peça pormenores, que lhe serão dados.

Sobre a Misericórdia de Lisboa ouça o seu Provedor, Dr. Madeira Pinto, e ele lhe mostrará a sua complexa e notável actividade, que pouca gente conhece: Averigue o que fazem as múltiplas Misericórdias, espalhadas por todo o País, em especial a do Porto.

Quanto ao problema do *Cancro* procure o professor Francisco Gentil, visitando com ele o *Instituto Português de Oncologia*, o seu Hospital modelar, as suas consultas, os seus diversos serviços, observe os trabalhos de investigação científica ali realizados e o ambiente de vanguarda que ali se respira.

No que se refere à *Luta contra a Tuberculose* visite o Instituto de *Assistência Nacional aos Tuberculosos*, peça esclarecimentos ao seu Director, Dr. Castelo Branco, e ele o esclarecerá e lhe mostrará como Portugal possuiu um dos primeiros dispensários do Mundo e há 50 anos fez um plano notável de luta contra a tuberculose, levando-o a visitar dispensários, sanatórios marítimos, de altitude e de planície, casas de saúde, etc.

Sobre *luta contra a lepra* visite o *Hospital Rovisco Pais* e ouça o seu director Doutor Santos e Silva e verificará quão justos foram os elogios feitos no último Congresso Internacional da Lepra a tão notável estabelecimento.

Quer conhecer os serviços da Direcção Geral de Saúde? Procure o Director Geral, Dr. Augusto da Silva Travassos, e ele lhe dirá qual a organica dos serviços sanitários portugueses, como funcionam as direcções dos serviços de Salubridade, de Higiene do Trabalho e das Indústrias, de Luta Anti-Sezonática e Higiene Rural, de Higiene da Alimentação, de Epidemias, de Defesa Sanitária dos Portos, Fronteiras e Transportes Colectivos, e de Exercício de Farmácia e Comprovação de Medicamentos; o Instituto

Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, o Centro de Saúde, o Parque Sanitário, com as suas barracas-enfermarias, Postos de despolhamento, Balneários, Farmácias, Carros com material para beneficiamento de águas, transporte de epidemiados, etc., tudo pronto a partir (como tem partido) para qualquer ponto do País, ao menor alarme; os serviços das delegações e subdelegações de saúde, os estudos epidemiológicos e endemiológicos em curso; os resultados notáveis da luta antisezonática e da vacinação anti-variólica e antitífica, etc.

Em matéria de previdência será informado no *Instituto Nacional do Trabalho* e visitará os seus diversos sectores, procurando os esclarecimentos que entender (Casas do Povo e dos Pescadores, Sindicatos, Ordens dos Médicos, Engenheiros e Advogados, Grémios, etc.).

Procure saber pelos presidentes das Juntas das Províncias, em especial as de Lisboa, Porto e Coimbra, qual o valor das suas instituições de assistência. Oíça particularmente o tenente-coronel Santos Pedroso e o Doutor Bissaia Barreto sobre as suas notáveis obras de Medicina Social.

No que diz respeito a assistência particular será esclarecido na Direcção Geral de Assistência, ou pelo próprio Director Geral, Dr. Guilherme Possolo, ou pelo Chefe da respectiva Repartição Dr. Carlos Diniz da Fonseca, sobre Misericórdias, Asilos e variadíssimas modalidades desta. Mas se quiser ser esclarecido sobre os problemas da Família procure o Director do *Instituto de Assistência à Família*, tenente Assis Gonçalves, que lhe documentará toda a acção do seu Instituto e das suas delegações em todo o País. Outro tanto diremos do *Instituto de Assistência a Menores* cujo Director, Dr. António Pires Quintela, o porá ao facto das instituições tradicionais portuguesas de protecção a menores, de que a Casa Pia é o exemplo mais notável e o acompanhará nas visitas a todas as instituições e o esclarecerá em todas as suas dúvidas e lhe mostrará os beneficiamentos alcançados nos últimos anos.

Sobre o modo como funcionam os diversos serviços de assistência, pública ou particular, em todo o País, o poderá esclarecer o Inspector-Chefe da Assistência Social, Dr. Agostinho Pires.

Guardei propositadamente para o fim uma instituição particular, a cuja criação e progresso assisti com o maior interesse e é dos mais notáveis exemplos de mutualismo a mostrar em Portugal, a *Casa de Repouso dos Inválidos do Comércio* — a menina dos olhos de Alexandre Ferreira, esse homem bom, inteligente e activo a quem a medicina social portuguesa — repito-o mais uma vez — tanto ficou a dever.

É claro que o Dr. René Sand, homem arguto, viajado e sempre gostoso de se documentar, há-de querer saber quando é que foram criadas todas essas obras.

E então, em face de factos e documentos insofismáveis, terá de concluir que o maior incremento lhes foi dado nos últimos 20 anos, como ficou sobejamente documentado na Exposição das Obras Públicas com fotografias, miniaturas de edifícios, contas, etc., mostrando as verbas gastas em maternidades, hospitais, creches, lactários, escolas primárias e técnicas, liceus, obras universitárias, bairros económicos, captação de águas, construção de fontes, canalizações de águas e esgotos, de edifícios públicos vários, obras da Hidráulica, de portos, melhoramentos rurais, estradas, pontes, aeroportos, monumentos nacionais, telégrafos, telefones, navios, fomento das indústrias e das artes, etc., etc., dando que fazer à população crescente e mantendo em nível baixo (como raro se verifica em outros países) o desemprego. Tudo isto René Sand poderá verificar com os seus olhos! Mas seria injusto não lhe mostrar o que em matéria de Medicina Social, a bem da Saúde do Povo Português, se realizou de 1900 a 1925, apesar das dificuldades, vicissitudes e paixões que caracterizaram essa época, precursora e imediatamente seguinte à Grande Guerra.

Que conclusões poderemos tirar de tudo isto? Que nada nos falta? Que estamos já suficientemente apetrechados? Não. Ninguém conhece melhor do que nós o que há ainda para fazer — pois estamos sempre insatisfeitos em tal matéria. Que Portugal apenas tem de ser citado como um povo de Descobridores? Não. Isso, sem dúvida, que é a nossa grande glória e ninguém consegue ignorar nem se atreve a calar, mas mais alguma coisa que é igualmente honroso para todos os portugueses, sem excepção.

CONCLUSÕES

1.^a — Através de toda a história de Portugal verifica-se, à parte episódios fugazes, idênticos aos que aparecem na história de todos os países, sem excepção, um alto espírito de humanidade, de cumprimento dos deveres sociais e de culto pela saúde colectiva que é um índice dos mais indiscutíveis de civilização;

2.^a — Ao lado da Medicina Curativa e das instituições destinadas a prestar assistência na doença, em que a competência e dedicação dos médicos portugueses estiveram sempre a par das dos melhores médicos estrangeiros, honrando o seu País, foram, desde o início do movimento a favor da Medicina Social nos países mais adiantados na civilização, criadas em

Portugal instituições médico-sociais, tais como dispensários, preventórios, jardins de infância, etc., em que se pratica a Medicina Preventiva, tendo a fundação e incremento dado a tais instituições sido intensificados principalmente nos últimos 10 anos, colocando-nos em mais de um aspecto a par de alguns dos países mais civilizados e progressivos;

3.^a — Um dos maiores obstáculos ao progresso da Medicina Social em qualquer país é a ignorância da população sobre o modo de colaborar na sua realização, pois ela não é nem pode ser apenas obra de médicos, mas de pessoas profunda e convictamente iniciadas nas coisas sociais e imbuídas de são espírito social.

4.^a — A educação sanitária do Povo Português, das classes operárias às mais cultas, mas não iniciadas sobre as suas responsabilidades de pessoas modernas, é uma das mais urgentes campanhas a executar de modo metódico e persistentemente.

Lisboa, Julho de 1950.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

Doença de Brill

A propósito de três casos de recrudescência
de Tifo Exantemático Histórico observados em Braga

POR

J. ALMEIDA SOARES

Em 1896, durante uma epidemia de febre tifóide ocorrida em Nova Iorque, Nathan Brill que começava a ensaiar as primeiras provas da Reacção de Widal, observou casos atípicos e esporádicos semelhantes à febre tifóide mas com negatividade para aquela reacção.

Em 1910, já esse autor tinha identificado um total de 255 desses casos atípicos, que apresentavam todos as seguintes características: febre, cefaleias, estupor, exantema maculo-papuloso ao 5.º-6.º dia, nenhuma contagiosidade (só foram identificados dois casos em uma mesma família), resultados negativos para a Hemocultura e Widal e ocorrendo, na grande maioria dos casos, em indivíduos emigrados da Rússia ou Polónia.

Pouco depois outros autores citaram casos idênticos em Boston, Brooklyn e Filadélfia. Em 1912, Anderson e Goldberger, por provas de imunidade cruzada em macacos testemunharam o parentesco da Doença de Brill com o Tifo que grassava no México.

Entre 1917 e 1932 vários autores, entre os quais Neill, Maxcy, Dyer, Mooser, Castaneda e Zinsser, estabeleceram claramente a existência das

Nota — O autor agradece a preciosa colaboração laboratorial prestada a este trabalho pelo Dr. Arnaldo Sampaio, Chefe dos Serviços Técnicos de Bacteriologia do Instituto Superior de Higiene «Dr. Ricardo Jorge».

duas variedades do Tifo Exantemático, o Histórico e o Murino. Nessa data, a posição da Doença de Brill não estava ainda determinada quanto à sua etiologia e muitos autores passaram erradamente a denominar com esse termo os casos de Tifo Murino.

Mas em 1934, Zinsser estudando os seus 538 casos pôde verificar que 94,8% dos casos eram emigrantes do leste e sudeste europeu, onde grassavam epidemias de Tifo Exantemático; que nenhum contacto epidemiológico existira entre os casos; que nas respectivas famílias não aparecera mais do que um único caso isolado e que a maior incidência dos casos se registou entre os meses de Abril a Novembro.

Savoor e Velasco estudando as três estirpes de Rickettsias que Zinsser e Castaneda isolaram dos casos de Doença de Brill, verificaram perante o seu comportamento em cobaias e ratos a sua semelhança com as estirpes do Tifo Epidémico clássico.

Com estes dados epidemiológicos e laboratoriais, Zinsser desenvolveu a sua hipótese, pela qual a Rickettsia Prowasecki num tifoso poderia albergar-se no seu organismo durante um largo período de anos dominado pelas defesas imunológicas criadas pela primitiva infecção — estado de pré-imunização segundo o conceito de Sergent — defesas essas que, uma vez quebradas, condicionariam a exacerbação das Rickettsias, com possibilidades de recrudescência da doença — Doença de Brill.

Entretanto alguns autores não aceitaram esta hipótese de recrudescência do Tifo Histórico. E assim, Blanc e Balthazard sustentaram a possibilidade de conservação da virulência da Rickettsia por largos anos nos detritos e fezes secos do piolho, pulverizados entre as roupas e outros objectos caseiros, donde partiria a infecção por via cutânea, respiratória ou conjuntival quando acidentalmente fossem postos novamente a uso.

Por outro lado, Mooser e alguns autores unicistas supõem que os casos de Tifo Histórico seriam primitivamente nada mais do que um caso de Tifo Murino, secundariamente transmitido de homem a homem através do piolho, desde que certas condições sanitárias e epidemiológicas locais condicionassem essa adaptação, transformação e meio de transmissão.

De 1942 para cá os investigadores americanos passaram a dispor de antígenos com alta especificidade, permitindo assim que as reacções de aglutinação e a reacção de Fixação do Complemento pudessem diferenciar os dois tipos de Rickettsias, a Prowasecki e a Mooseri, respectivamente, do Tifo Clássico e do Tifo Murino. O isolamento das Rickettsias e os resultados da R.F.C., foram sempre concordantes nos trabalhos dos investigadores da Army Medical School.

Em 1943, Plotz estudando 23 casos de Doença de Brill verificou que os títulos da R.F.C. eram sempre superiores para o Tifo Clássico em relação aos títulos para o Tifo Murino.

O estudo mais recente da Doença de Brill pelos americanos é apresentado por Murray e seus colaboradores (Dezembro, 1949) com 14 casos laboratorialmente confirmados pela R.F.C. Em 7 casos, todos averigualmente emigrantes de origem judaica e oriundos do leste ou sudeste da Europa, onde adquiriram a sua provável primo-infecção tífica, foi possível o isolamento da *Rickettsia* por terem sido observados nos primeiros dias de doença (4.^o-8.^o dia), tendo Murray e Snyder caracterizado as estirpes como pertencendo à forma do Tifo Clássico. O facto de também terem conseguido a infecção experimental do piolho nesses 7 doentes durante esse período de doença, vem confirmar que a Doença de Brill num meio infestado pode gerar uma epidemia de Tifo Histórico, o que é de capital importância para a epidemiologia e profilaxia.

Nos restantes 7 casos, observados tardiamente (9.^o-12.^o dia), não foi possível conseguir-se o isolamento da *Rickettsia* tanto pela infecção experimental do piolho como pela inoculação no rato e no cobaio.

Não obstante esse insucesso, Murray como outros autores americanos julgam poder classificar aqueles casos unicamente pelos resultados da R.F.C. (ver Quadro A).

Autores franceses, como Giroud e Jadin, preferem proceder à diferenciação por outro método sorológico também específico, o da soro-aglutinação. Assim fundamentados, Giroud e Le Gac (Março, 1948), Worms (Janeiro, 1950) e Giroud, Boyer e Vargues (Abril, 1950) identificaram os primeiros casos de Doença de Brill verificados em França.

Os primeiros três casos, bem como aqueles apresentados pelos três últimos autores encontram-se resumidos no Quadro B. Em todos eles a confirmação de Doença de Brill foi unicamente fundamentada nos resultados sorológicos específicos obtidos pela soro-aglutinação das *Rickettsias*. Num dos casos observados, durante a 1.^a semana de doença, ainda se tentou o isolamento da *Rickettsia* pela inoculação no cobaio mas aqueles investigadores não conseguiram identificar o agente etiológico nem tão pouco a formação de anticorpos no animal inoculado.

Recentemente um estudo sorológico retrospectivo pela Reacção de Fixação de Complemento (R.F.C.) permitiu completar os resultados do inquérito epidemiológico levando-nos à conclusão de que na cidade de

Doença

Resumo Epidemiológico e
por E. S. MURRAY

Caso	Idade	Local e data da Primo-infecção Tífica	Data da emigração para os E. U. A.	Residência actual e data da Recrudescência Tífica	ISOLAMENTO DA RICKETTSIA (a) por	
					Infecção Experimental do Pediculus Corporis	Inoculação no Cobaio
x1	48	Austria 1919	1921	Nova-York 14-X-47	Positivo (I)	Negativo
2	?	?	?	?	Negativo	Negativo
3	?	?	?	?	Negativo	Negativo
x4	59	Rússia 1918	1923	Nova-York 10-VI-48	Positivo (I)	Negativo
5	?	?	?	?	Negativo	Negativo
6	?	?	?	?	Negativo	Negativo
x+7	38	Polónia	1923	Nova-York 14-IX-48	Positivo (I)	Positivo (I)
x8	20	Buchenwald Alem. 1945	1947	Nova-York 20-IX-48	Positivo (I)	Negativo
9	?	?	?	?	Negativo	Negativo
10	?	?	?	?	Negativo	Negativo
11	?	?	?	?	Negativo	Negativo
x13	41	Rússia 1915	1922	Filadélfia 17-I-49	Positivo (I)	Negativo
x14	55	Polónia 1912	1913	Filadélfia 16-IV-49	Positivo (I)	Negativo
x+15	72	?	1905	Boston 30-IV-49	Positivo (I)	Positivo (I)

- (x) — Descendência judaica.
(+) — Casos de óbito.
(I) — As Rickettsias isoladas pertenceram à estirpe clássica, do Tifo Histórico.

(*) — The Journal of the American Medical

de Brill

Laboratorial de 14 Casos
e Colaboradores (*)

RESULTADOS LABORATORIAIS NO DECURSO DA 2.ª SEMANA			RESULTADOS LABORATORIAIS NO DECURSO DA 3.ª SEMANA		RESULTADOS LABORATORIAIS NO DECURSO DA 5.ª A 6.ª SEMANA	
W. Felix OX-19 (b)	R. F. C. Clássico (c)	R. F. C. Murino (c)	R. F. C. Clássico (e)	R. F. C. Murino (c)	R. F. C. Clássico (c)	R. F. C. Murino (c)
I/20	I/1280	I/320	I/1280	I/640	I/80	I/20
Neg.	I/320	I/160	I/1280	I/320	—	—
Neg.	I/5120	I/1280	I/2560	I/1280	—	—
I/10	I/1280	I/320	—	—	I/320	I/80
Neg.	I/640	I/80	I/1280	I/160	I/320	I/80
—	I/640	I/160	I/1280	I/320	—	—
I/1280	I/320	I/160	—	—	—	—
I/40	I/640	I/160	I/640	I/80	I/80	I/10
I/20	I/1280	I/160	I/1280	I/80	—	—
Neg.	I/1280	I/320	—	—	—	—
I/160	I/1280	I/80	—	—	I/640	I/80
I/10	I/5120	I/640	I/5120	I/320	I/640	I/80
Neg.	I/1280	I/160	I/2560	I/160	—	—
I/40	I/1280	I/80	—	—	—	—

- (a) — Colaboração de E. Murray e J. Snyder (Serviços de Bacteriol. do Depart. de Saúde Pública, Univ. de Harvard).
(b) — Colaboração de J. Smadel e E. Jackson (Army Med. School).
(c) — Colaboração de H. R. Cox (Lederle Laboratories).

QUADRO B

Doença de Brill

Resumo Epidemiológico e Laboratorial de 3 Casos

por PAUL GIROUD e LE GAC (*)

Caso	Idade	Local e data da Primo-infecção Tífica	Residência actual e data da Recrudescência Tífica	RESULTADOS DA SORO-AGLUTINAÇÃO					
				No decurso da 2.ª semana		No decurso da 3.ª semana		No decurso da 4.ª semana	
				Clássico	Murino	Clássico	Murino	Clássico	Murino
1	41	Polónia 1919-20	França Fev. 1947	—	—	1/2000	1/320	1/4000	1/160
2	?	?	Paris Setem. 1946	1/5120	1/1280	1/5120	1/2560	—	—
+3	35	Varsóvia 1921	França Fev. 1946	1/20480	1/2560	1/1280	1/1280	—	—

(+) — Inoculação no Cobaio: *Negativa*.(*) — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* — Bull. et Mém. de La Soc., 5 mars 1948.

Resumo Epidemiológico e Laboratorial de 6 Casos

por P. GIROUD, J. BOYER e R. VARGUES (*)

Caso	Idade	Local e data da Primo-infecção Tífica	Residência actual e data da Recrudescência Tífica	Sinais de Infestação Pediculosa	Causa Predisponente ou Intercorrência Aguda	SORO-AGLUTINAÇÃO	
						Clássico	Murino
1	58	Riff 1922	Saint-Denis Junho, 1948	Não	Erupção sérica após inj. de soro anti-tetânico, 3 semanas antes.	I/3000	—
2	44	Corfu 1918	Vitry Julho, 1948	Não	Astenia e acesso palustre, 2 semanas antes.	I/8000	—
3	48	Algeria 1940-45	? Julho, 1948	Não	?	I/640	I/160
4	60	Moscovo 1932	Saint-Denis Janeiro, 1949	Não	?	I/5120	I/640
+5	65	Bessarábia 1911?	Montreuil Janeiro, 1950	Não	Prostático e Urémico	I/320	I/160
6	72	Rússia 1892	Saint-Junien ?	Não	?	?	?

(+) — Caso de óbito.

(*) — *La Presse Medicale*, 1er Avril 1950

Braga grassaram simultaneamente duas Rickettsioses em 1944, o Tifo Clássico e o Tifo Murino. (I)

Nesse ano a *Rickettsia Prowasecki* gerara um pequeno surto epidémico, num total de 8 doentes, verificados sucessivamente em cadeia, com origem suspeita num caso que se verificou numa doente, na 3.^a semana de Abril, doente essa que faleceu ao 8.^o dia de doença. Esta circunstância não nos permitiu até aqui estudar a epidemiologia desse foco primitivo, nem tão pouco o inquérito retrospectivo nos forneceu dados que permitissem comprovar quaisquer contactos com indivíduos doentes, forasteiros ou emigrados de Espanha através da fronteira próxima, como pareceu acontecer com alguns dos surtos epidémicos verificados no País em 1941. Salientamos, no entanto, o facto de que em 1944 o índice de infestação pelo piolho era bastante alto na camada populacional em que se verificaram aqueles casos de Tifo Histórico.

Em 1949 verificámos no decorrer de vários casos de Tifo Endémico surgidos em rosário e em estreita ligação epidemiológica com duas zonas desta cidade cujos ratos estavam infectados pela *Rickettsia Mooseri*, um caso isolado de Tifo Histórico, na 2.^a semana de Maio, clinicamente diferenciado dos outros anteriormente benignos que pelo inquérito e pela R.F.C. foram identificados como sendo Tifo Murino.

A origem desse caso esporádico (Fig. 38) cuja doente nos seus antecedentes declarara ter tido algumas doenças febris, pareceu-nos então difícil de explicar, restando-nos unicamente a certeza de que a doente não tivera actualmente contactos directos ou indirectos com as zonas murinas da cidade ou com quaisquer outros indivíduos suspeitos e que apresentava à data do internamento sinais evidentes de infestação pelo *Pediculus capitis* e suspeitos de *Pediculus corporis*.

Uma explicação plausível surgiu-nos, porém, mais tarde quando identificámos o marido da doente como tendo tido o Tifo Epidémico em 1919 e pelo inquérito orientado nesse sentido apurámos que o referido indivíduo estivera doente dois meses antes com um quadro febril agudo, aparentemente de natureza reumática, que se prolongara com o aspecto de recidivas até mais ou menos à data da doença actual da mulher, tendo ficado fisicamente bastante depauperado.

A R.F.C. feita no decorrer do inquérito ao marido da doente em questão, dois meses depois de iniciada a sua doença reumática (?), apresentou-nos o título de 1/256 para o Tifo Histórico e 1/128 para o Tifo Murino, curvas que se fixaram passado um ano em 1/128 e 1/16, respectivamente. Estes valores são suficientemente sugestivos para nos levar a

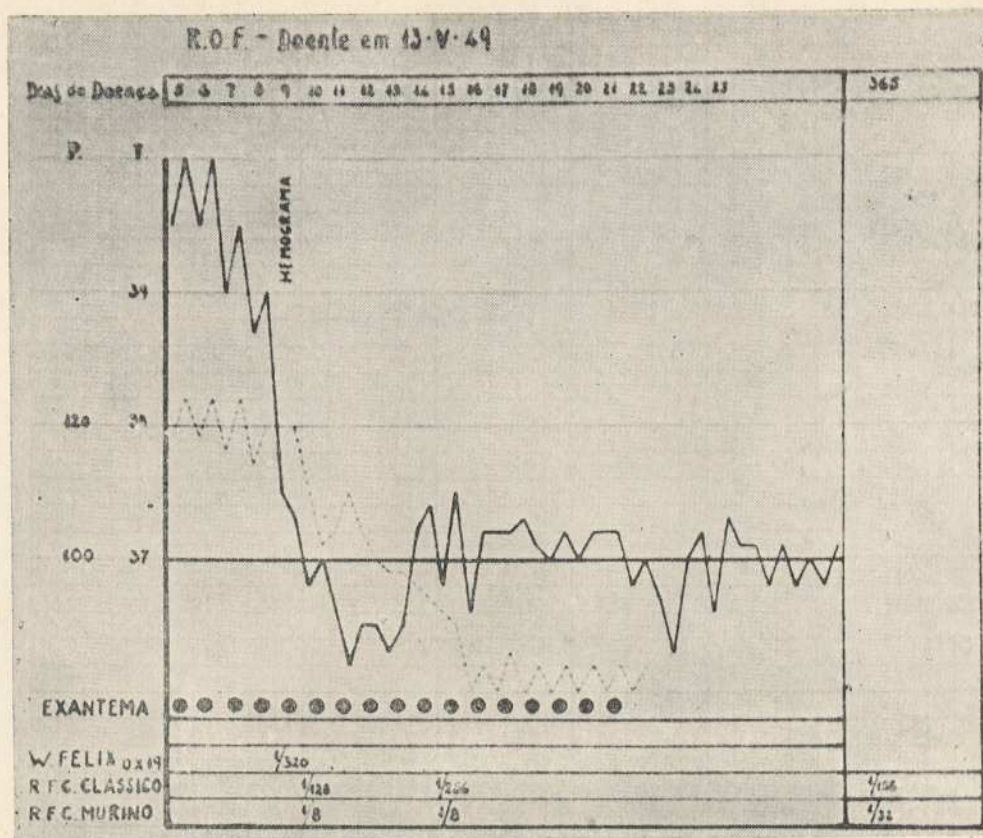
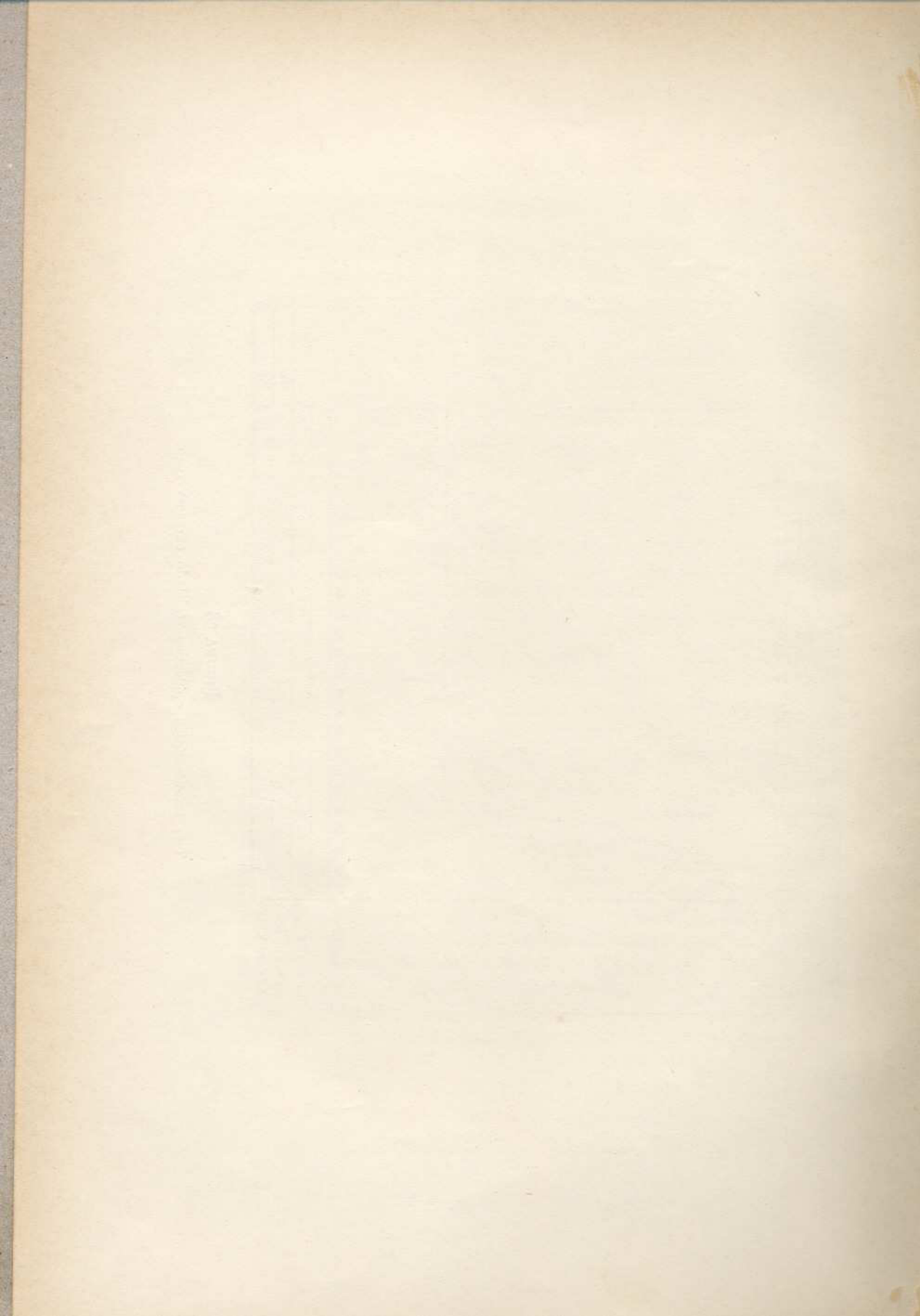


FIGURA 38

Tifo Exantemático epidêmico registado em 13-V-1949



crer que o referido indivíduo, ou teve durante, ou teve após o seu «reumatismo articular agudo», uma recrudescência do Tifo Epidémico (Ver Quadro O).

Na 3.^a semana de Março do ano corrente, em local distante dos dois primeiros, surgiu-nos um outro de Tifo Clássico numa doente que afirmara categoricamente ter tido o «Tifo do piolho» em 1919 bem assim as outras duas suas irmãs uma das quais ainda com ela coabita. Não foram neste caso encontrados sinais de infestação pelo piolho tanto na doente como nos seus familiares, nem tão pouco apurámos quaisquer contactos suspeitos ou ligação directa ou indirecta com as duas zonas murinas da cidade.

Comprovada pela R.F.C. a sua verdadeira etiologia, condizente com os elementos fornecidos pelo inquérito epidemiológico, classificámos este 3.^o caso como uma recrudescência bem patente do Tifo Histórico (Fig. 39)

Na história desta doente não encontrámos intercorrência aguda recente limitando-se a afirmar que «desde há um mês lhe faltaram as forças e o apetite, sentindo-se bastante mais combalida e mais magra».

O Quadro II mostra-nos resultados das R.F.C. nas três irmãs, incluindo os da doente.

Além das dificuldades laboratoriais do meio, o conhecimento tardio dos casos não nos permitiu uma colheita oportuna de sangue para a inoculação no cobaio com o fim de isolarmos a *Rickettsia*. Assim o 1.^o caso que podemos considerar um Tifo Exantemático inaparente chegou-nos ao conhecimento passados dois meses; no 2.^o caso, internado ao 9.^o dia de doença, a inoculação no cobaio feita ao 13.^o dia foi negativa como era de prever; no 3.^o caso, a doente não foi internada e a notificação só foi feita ao 14.^o dia.

Por todas estas razões também as medidas profiláticas pelo D.D.T. foram cumpridas tardiamente no decurso da 2.^a semana de doença.

No decorrer do inquérito epidemiológico desses três casos de Tifo tivemos ocasião de identificar além das duas irmãs da doente a que se refere o 3.^o caso, dois prováveis contactos e mais duas doentes internadas no hospital todos referindo história de Primo-infecção tífica também adquirida durante a epidemia de 1919 em Braga. Destas últimas, a primeira, esteve internada na 1.^a semana de Janeiro deste ano com uma Pneumonia e a segunda, na 2.^a semana de Abril seguinte com um quadro febril de quatro dias de evolução, que rotulámos de Gripe.

Esta circunstância foi aproveitada para realizarmos um estudo sorológico pela R.F.C., cujos resultados estão patentes no Quadro II e III.

QUADRO O

Nome	Data da Primo-infecção Tífica	Em: 23-V-949			Em: 28-V-949			Em: 28-V-950		
		W. Felix OX-19	R. F. C. Clássico	R. F. C. Murino	W. Felix OX-19	R. F. C. Clássico	R. F. C. Murino	W. Felix OX-19	R. F. C. Clássico	R. F. C. Murino
C. C. C. +	1919	—	—	—	—	1/256	1/128	—	1/128	1/64
R. O. F. ×	?	1/320	1/128	1/8	—	1/256	1/8	—	1/128	1/32

(+) — Reumatismo articular agudo? em Março de 1949.
Recrudescência de Tifo Histórico inaparente em Março Abril de 1949.

(×) — Recrudescência de Tifo Histórico em 13-V-49.
Inoculação no Cobaio em 27-V-49: *Negativa*.

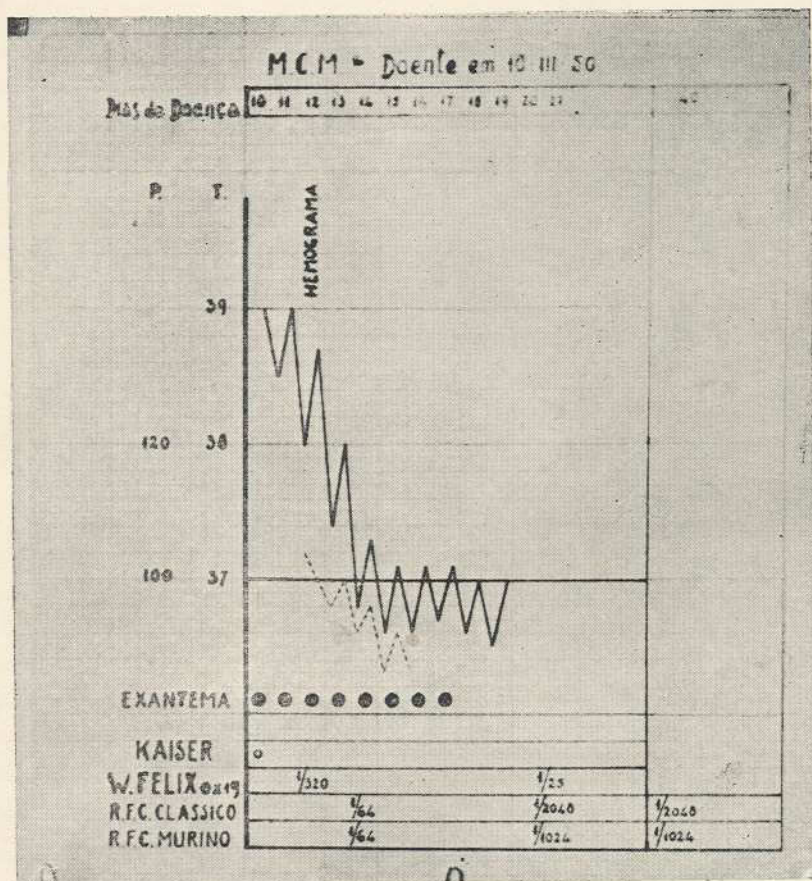


FIGURA 39

Tifo Epidémico verificado em 10-III-950

QUADRO I

Nome	Data da Primo-infecção Tífica	Em: 31-III-950			Em: 15-IV-950			Em: 8-VI-950		
		W. Felix OX-19	R. F. C. Clássico	R. F. C. Murino	W. Felix OX-19	R. F. C. Clássico	R. F. C. Murino	W. Felix OX-19	R. F. C. Clássico	R. F. C. Murino
M. C. M.+	1919	1/25	1/2048	1/1024	—	1/2048	1/1024	Neg.	1/128	1/64
C. C. M.×	1919	Neg.	1/4	Neg.	—	—	—	Neg.	1/8	Neg.
J. M. C.	1919	Neg.	Neg.	Neg.	—	—	—	Neg.	Neg.	Neg.

(+) — Recrudescência de Tifo Histórico em 10-III-950.

(×) — Quadro Gripal em 21-V-950.

QUADRO II

Nome	Data da Primo-infecção Tífica	Em: 7-VI-950			Em: 20-VI-950			Em: 15-VII-950		
		W. Felix OX-19	R. F. C. Clássico	R. F. C. Murino	W. Felix OX-19	R. F. C. Clássico	R. F. C. Murino	W. Felix OX-19	R. F. C. Clássico	R. F. C. Murino
M. A. D.	1919	—	—	—	—	—	—	—	1/8	1/4
M. D. O.	1919?	—	—	—	—	—	—	—	< 1/32	1/4
A. T. +	1919	—	1/8	1/8	—	1/16	1/8	—	—	—

(+) — Quadro Gripal em 10-IV-950.

QUADRO III

		Em: 12-I-950	Em: 19-I-950	Em: 17-II-950	Em: 1-VI-950
R. Weil-Felix	{ OX-19	Neg.	—	Neg.	—
	{ OX-2	Neg.	—	1/25	—
	{ OX-K	Neg.	—	Neg.	—
R.F.C.	{ Tifo Histórico	Neg.	1/4	1/4	1/8
	{ Tifo Murino	Neg.	1/4	1/4	Neg.

M.J.S. — Primo-infecção tífica durante a epidemia de 1919 e doente em 2-1-1950 com Pneumonia e cura clínica ao 8.º dia.

Os três casos atrás referidos de Tifo Exantemático Histórico, resumidos no Quadro C, sugerem-nos a hipótese de Zinsser no sentido da Doença de Brill (2), conclusão que reforçada pelo inquérito epidemiológico, deriva fundamentalmente da interpretação dos resultados da R.F.C. tal como é aceite por autores americanos, porquanto já atrás salientámos não ter sido possível o isolamento do agente pela inoculação no cobaio.

E assim poderíamos aceitar que o segundo caso (R.O.F.) tendo adquirido em 1919 ou posteriormente uma primo-infecção, aparente ou inaparente, tivesse agora uma recrudescência de Tifo Histórico sem relação epidemiológica com o seu marido (C.C.C.) ou então poderíamos considerar, que estando aquela indemne e tendo este tido a sua recrudescência e dada a suspeita de infestação pediculosa, ele tivesse contagiado a mulher através do piolho.

No entanto, parece-nos mais fácil de aceitar que ambos tiveram a sua recrudescência, primeiro o marido e depois a mulher independentemente de qualquer ligação epidemiológica entre si, isto é, sem comparticipação do *P. corporis*, cuja existência não ficou, aliás, cabalmente determinada.

O terceiro caso (M.C.M.), com a ausência total de sinais directos e indirectos de infestação pelo piolho e onde também as medidas profilácticas pelo DDT foram executados tardiamente, tal como nos dois primeiros casos, sem que apesar disso tivessem surgido outros casos no ambiente familiar ou

QUADRO C

Caso	Nome	Idade	Sexo	Profissão	Local e data da Primo-infecção Tífica	Residência actual e data da Recrudescência Tífica	Causa Predisponente ou Intercorrência Aguda	Infestação pediculosa averiguada (Ped. Corporis)
1	C. C. C.	68	M	Chapeleiro	Braga—1919	Braga Março, 1949	Reumatismo articular agudo?	Não
2	R. O. F.	67	F	Doméstica	Braga—1919?	Braga Maio, 1949	?	Não
3	M. C. M.	48	F	Lavradeira	Braga—1919	Braga Março, 1950	Astenia Primavera?	Não

no local de trabalho, depõe pela sua natureza esporádica a favor de uma recrudescência de Tifo Histórico, a chamada Doença de Brill.

Por outro lado, as sucessivas reacções imunológicas apresentadas pelos doentes C.C.M. (Quadro I), A.T. (Quadro III) e M.J.S. (Quadro III), todos referindo história de causa predisponente ou intercorrência aguda, mostram-nos situações que poderíamos interpretar como de transição para aquela doença, por desequilíbrio do seu estado anterior de pré-imunização. Deste modo, em cada um destes casos poder-se-ia ter gerado uma recrudescência de Tifo Histórico, com evolução aparente ou inaparente, se as respectivas alterações imunológicas fossem mais acentuadas ou de tal maneira determinantes que pudessem ter originado uma possível situação de rickettsiemia (3).

No decorrer deste estudo, por não dispormos dos meios necessários como já atrás nos referimos, não pudemos também proceder à pesquisa dentro de casebres imundos, das poeiras e doutros detritos com mais de 30 anos de existência e com os quais tentariamos uma possível inoculação em cobaios para documentação da hipótese de Blanc e Balthazard, que até hoje não foi ainda seguramente provada (4).

Mais ainda, dada a circunstância de existirem em Braga as duas formas de Tifo Exantemático que, em 1944, eclodiram simultânea e epidêmica-mente no mesmo mês, poderíamos perfilhar com os autores unicistas como Mooser e outros, porquanto nomeadamente nas zonas murinas da cidade e apesar de não termos encontrado o *Pediculus corporis* em nenhum dos casos de Tifo Murino, (quando do inquérito que permitiu a identificação desta forma de Tifo Exantemático em Braga) não faltaram nem faltam condições sanitárias propícias em determinados aglomerados familiares daquelas mesmas zonas para a realização da ideia unicista (5).

No entanto, apurámos que todos os casos de Tifo Histórico e Tifo Murino identificados não apresentaram ligação epidemiológica alguma entre si. Pelo contrário, todos os casos de Tifo Histórico, tanto os de 1944 como os actuais, caracterizavam-se no inquérito não só por habitarem, frequentarem ou trabalharem em locais distantes das zonas murinas descritas mas também pela independência dos respectivos contactos, como já tivemos ocasião de salientar.

Apesar dessas hipóteses discordantes aceitamos como a mais convincente aquela aqui citada por Murray e seus colaboradores e pelos da escola de Giroud: a de Doença de Brill, definida por Zinsser, como recrudescência de um Tifo Histórico anteriormente adquirido (6, 7, 8 e 9).

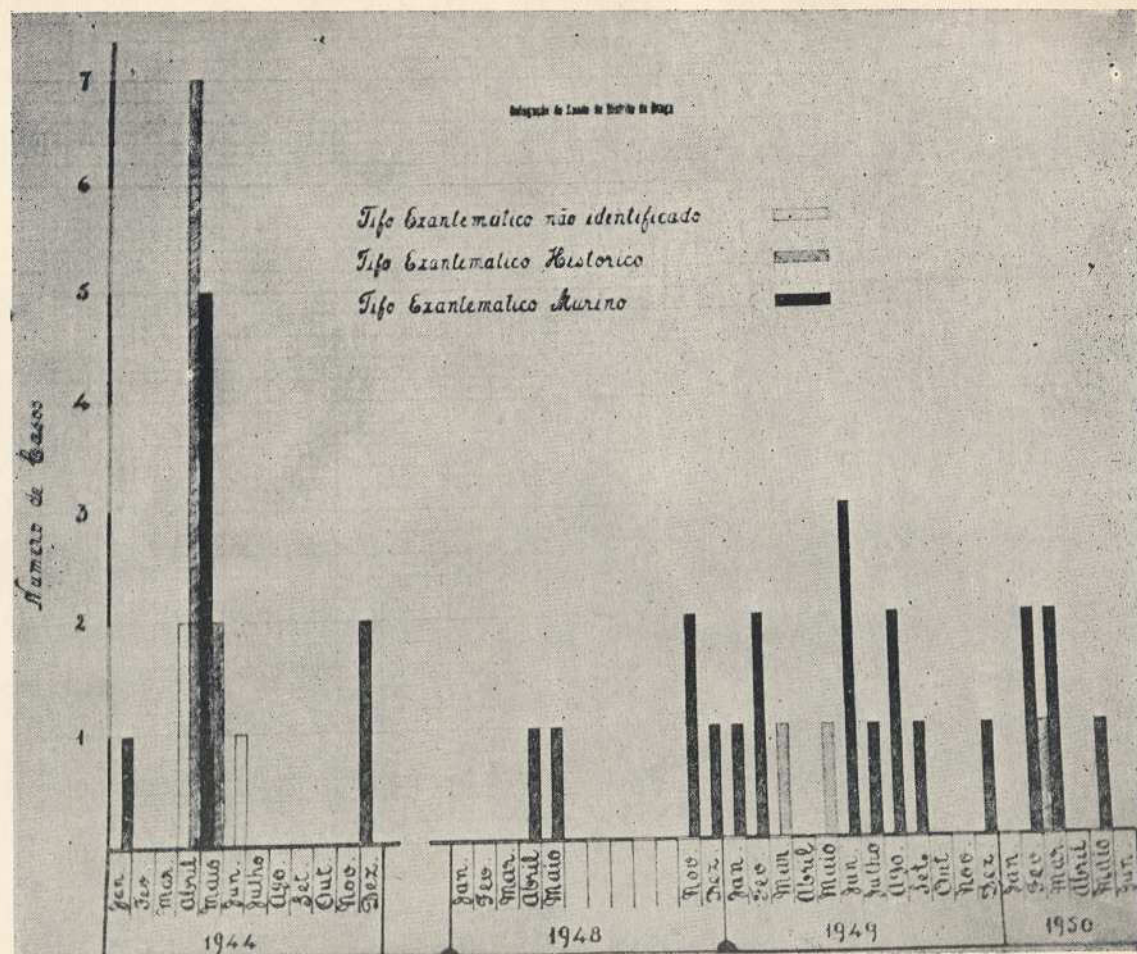


FIGURA 40

Quadro comparativo da incidência simultânea, na cidade de Braga, do Tifo Histórico e do Tifo Murino. Apresentação do surto epidêmico de 1944 e dos casos esporádicos de Tifo Histórico em 1949-50.

É dentro dessa opinião que julgamos poder concluir que os três doentes apresentados neste trabalho constituem os primeiros casos dessa doença identificados em Braga.

E nesta ordem de ideias emitimos a hipótese do surto de 1944 se ter gerado não a partir de sugestão de Mooser, mas segundo Zinsser, em que aquele 1.º caso que falecera durante a 4.ª semana de Abril ou um daqueles que no inquérito não poudeser identificado por se ter ausentado (recordar que alguns casos de 1944 foram rotulados de Febre Tifóide e posteriormente identificados como sendo Tifo Exantemático Epidémico) poder ter sido uma recrudesência de Tifo Histórico que, dadas as condições sanitárias então em prevalência com alto índice de infestação pediculosa da população, poudeser encontrar terreno óptimo para a sua propagação.

Vejamos agora os dados estatísticos quanto ao número de óbitos por Tifo Exantemático, em 1918-19 (10). Basta-nos citar a cidade do Porto, em 1918, com 1.198 óbitos e o distrito de Braga, em 1919, com 349 (1). Um cálculo optimista em função de uma letalidade de 40% dar-nos-ia, pelo menos, 2.995 e 873 casos de Tifo Exantemático verificados, respectivamente, naqueles anos e naquelas cidades. Por outro lado a média anual provável de casos de Tifo Exantemático em todo o País, de 1916 a 1925, é de 892 (2).

Parece-nos fácil de concluir, perante estes números, que são um índice flagrante da nossa situação epidemiológica no 1.º quarto deste século, que o potencial de Tifo Exantemático Histórico poderá manter-se aceso, independentemente de contactos exteriores e doutras causas estranhas ao País, bastando determinadas circunstâncias epidemiológicas e sanitárias para se gerar uma epidemia, se o diagnóstico, a notificação legal e as medidas profiláticas não forem precoce e oportunamente realizadas.

(1) Refere-se este número ao distrito de Braga, incluindo a cidade e não apenas a esta, como por lapso dissemos em trabalho anterior. (Vid. *Tifo exantemático em Braga* — no Bol. do Inst. Sup. de Hig. Dr. Ricardo Jorge, n.º 23, pág. 37).

(2) Este número, calculado para a média anual de 334 óbitos de 1916 a 1925 é manifestamente exagerado, visto a média ter incluído os anos de 1918-19-20, em que houve 3.104 óbitos, sendo a média dos 3 anos 33 vezes a média dos 7 anos restantes, de 1916-17 e 1922 a 1925, que foi de 34) — Nota da redacção.

RESUMO E CONCLUSÕES

- a) — Pelo Quadro clínico, inquérito epidemiológico e Reacção de Fixação do Complemento, foram identificados na cidade de Braga 3 casos de Tifo Exantemático Histórico, de natureza esporádica, independentes quanto aos seus contactos epidemiológicos;
- b) — Todos os casos apresentavam antecedentes de primo-infecção tífica, adquirida aparente ou inaparentemente durante os períodos epidémicos anteriores;
- c) — Dois casos não apresentavam quaisquer indícios de infestação pelo piolho e no outro, embora fossem encontrados sinais de infestação pelo *Pediculus capitis*, não se provou cabalmente a existência do *Pediculus corporis*; esta circunstância também se verificou quanto aos contactos;
- d) — Numa das pessoas de família, em dois contactos e em mais dois doentes acidentalmente observados e que referiam também ter tido o Tifo Histórico durante a epidemia de 1919, a Reacção de Fixação de Complemento apresentou algumas vezes títulos positivos com significação anamnésica e de transição para a Doença de Brill;
- e) — Nestes três casos de Tifo Histórico as medidas profilácticas pelo DDT foram tomadas tardiamente e só um dos casos esteve internado em isolamento, não tendo, contudo, aparecido outros casos de tifo entre os familiares ou contactos, apesar do baixo índice sanitário da camada populacional à qual os doentes pertenciam;
- f) — Em todos os casos foi-nos referida história de causa predisponente ou intercorrência aguda, inclusivé nos casos citados em que nos mostraram alterações imunológicas e interpretáveis como transição para a Doença de Brill;
- g) — Pelo exposto e baseado em recentes trabalhos americanos e franceses julgamos ter identificado três casos de recrudescência de Tifo Exantemático Histórico, que epidemiologicamente depõem a favor da teoria de Zinsser;
- h) — Aponta-se assim, no País, uma causa potencial, em estado latente, que determinadas condições sanitárias desfavoráveis podem a todo o momento fazer eclodir um foco epidémico.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

- a) — Par le tableau clinique, enquête épidémiologique et Réaction de Fixation du Complément, ont été identifiés, à la ville de

Braga (Portugal), 3 cas de Typhus Exanthématique Historique, en dehors de toute poussée épidémique et sans aucun contact récent permettant de déterminer la date et le lieu de contamination;

- b) — Tous les cas présentaient des antécédents de primo-infection typhique, apparente ou inapparente, acquis pendant les périodes épidémiques antérieures;
- c) — Deux de ces cas ne présentaient aucun signe d'infestation par la puce. Un, malgré quelques signes de infestation par le *Pediculus capitis*, on ne peut pas affirmer l'existence du *Pediculus corporis*. Le même a été vérifiée quant aux contacts;
- d) — Pendant l'enquête ont été identifiés accidentellement cinq personnes qui référaient avoir eu le Typhus Historique au cours de l'épidémie de 1919 et dans lesquelles la R. de Fixation du Complement a présenté des titres positifs avec signification anamnésique et de transition pour la Maladie de Brill;
- e) — À l'occasion des trois premiers cas de Typhus Classique, les mesures prophylactiques par le DDT ont été prises trop tard et seulement un a été isolé par l'internement dans l'Hôpital. On n'a pas remarqué d'autres cas de Typhus parmi les personnes de famille ou contacts malgré le bas index sanitaire de la masse populaire à laquelle les malades appartenaient;
- f) — Dans tous les cas a été référée histoire de cause prédisposante on intercourance aigüe, inclus dans les cas cités et qui ont démontré des alterations imunologiques et interpretables comme transition pour la Maladie de Brill;
- g) — Par l'exposé et avec l'appui des récents travaux américains et français nous supposons avoir identifié trois cas de recrudescence de Typhus Historique qui épidémiologiquement sont une preuve favorable de la théorie de Zinsser;
- h) — Nous venons de démontrer au pays une cause potentielle latente, que certaines conditions sanitaires défavorables peuvent à tout moment faire naître une poussée épidémique.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

- a) — As result of clinical diagnosis, epidemiological investigation and Complement Fixation tests, 3 cases of sporadic louse-borne epidemic typhus were reported in Braga (Portugal); there was no infectiousness and no epidemiological connection could be traced between them;
- b) — All cases reported an old typhus infection originally acquired during 1919 epidemic occurrence;
- c) — It was clearly established on two patients that there was no signs of louse infestation but one presented *Pediculus capitis* though it was not conclusively determined an infestation by human body lice; this same circumstance was established on all observable domiciliary and occupational relationship;

- d) — During the investigation of these cases, one relative and 2 other relationship and two other patients also referred epidemic typhus acquired 31 years ago. Their serum gave a low positive reaction when laboratory confirmation was obtained by the complement fixation test. The results briefly summarized in the tables are apt to confirm anamnestic correlation and calls attention to a possible slow and mild transition to Brill disease;
- e) — All cases, including those described as transition to Brill disease, reported history of predisponent cause or acute intercurrent occurred a few weeks before;
- f) — The sanitary prophylatic methods (DDT) in these three cases of epidemic typhus were carried on too late on account of late diagnosis and sanitary report; However, there were no more cases announced, though all they lived and connected with a very low sanitary standard population;
- g) — The epidemiologic data and serologic evidence of these first 3 cases, reinforced by recent and similar American and French descriptions, suggest that they represent a recrudescence of an old epidemic typhus, known as Brill disease, such as explained and developed by Zinsser's hypothesis;
- h) — Attention is called for the suggestion and possibility of an outbreak of epidemic typhus when cases of Brill disease occurs in louse-infested communities.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ARNALDO SAMPAIO e ALMEIDA SOARES — *Tifo Exantemático em Braga* — Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, n.º 23, 1950 e Jornal da Soc. das Ciências Médicas de Lisboa, n.º 5, 1950.
- 2 — H. ZINSSER — Arch. Inst. Pasteur Tunis, 149, 1934-23.
- 3 — CRISTIANO NINA — *Rickettsioses exantemáticas*. Revista de Clínica, Higiene e Hidrologia, n.º 9, 241, 1949.
- 4 — G. BLANC e M. BALTHAZARD — Arch. Instituto Pasteur Marroc. 11, 674, 1944.
- 5 — H. MOOSER — *Três conferências sobre tifo exantemático*, Barcelona, 1942.
- 6 — E. S. MURRAY, G. BAEHR, G. SHWARTZMAN e outros — *Brill's Disease*. The Journ. Americ. Méd. Assoc., vol. 142, n.º 14, 1950.
- 7 — GIROUD e LE GAC — *Rôle et importance épidémiologique des formes lentes du Typhus historique*. Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris, 291, 1948.
- 8 — ROBERT WORMS — *Trois cas sporadiques de Typhus épidémique observés à Paris*. Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris, 54, 1950.
- 9 — P. GIROUD, J. BOYER e R. VARGUES — *A propos de quelques cas de Typhus exanthématique survenus chez des sujets non parasités*. La Presse Médicale, n.º 20, 334, 1950.
- 10 — F. SILVA CORREIA — *Portugal Sanitário*, 196 e 213, 1938.

1885

LUGARES SELECTOS

Deficiências do ensino médico

HIGIENE

Lindos temas, e mais nada; reinou até em tempo a ideia, se me não engano, de que era um curso de luxo, próprio para desentranhar belas parlendas! Graças a estes e outros preconceitos indígenas é que a sanidade pública anda para aí na última das baixeiras.

O ensino da hygiene social tem de ser absolutamente prático, sob pena de não prestar para coisa alguma; e só pode satisfazer a esse requisito, aliando-se intimamente com o serviço da saúde pública. Criou-se há pouco um laboratório de hygiene municipal, excelentemente montado e superiormente dirigido; promovam-se as relações precisas para que tal instalação se agregue ao ensino. É um meio directo também de satisfazer ao seu fim, promovendo a instrução dos que, como os médicos, têm de velar pelo bem estar de todos. Feliz a faculdade de medicina do Rio de Janeiro onde esta fusão se operou, a bem do ensino e do serviço público.

As excursões às fábricas, às instalações urbanas, a criação dum museu de hygiene, tão fácil de colleccionar com alguma boa vontade e não muito dispêndio, seriam o complemento indispensável desta organização da instrução sanitária.

Há no País um exército variegado de officialidade médico-sanitária, por via de regra sem a menor perícia das altas funções que desempenha, sem a especialização necessária para que tal instituição não seja uma pura burla. Quando se resolvam a reformar este serviço — como as exigências sociais instantemente o mandam — esta categoria de funcionários seria recrutada entre os médicos que tivessem feito o seu aprendizado nos labo-

ratórios e estabelecimentos de higiene prática ⁽¹⁾. Tal é o processo pelo qual a Alemanha possui um esplêndido corpo de higienistas, apurados nas escolas de Berlim e especialmente de Munich, onde brilha o sábio Pettenkoffer.

Não custa isto graves excessos orçamentais; mas quando se realizará este ideal?

BACTERIOLOGIA

Há meia dúzia de anos ninguém se lembraria de que toda a escola de medicina viria a carecer dum laboratório especial, exclusivamente dedicado a estudo de micróbios nas suas relações com a patologia e as doenças epidémicas. Os Pasteurs e os Kochs realizaram este milagre científico e pedagógico; o que era até há pouco pertença só de sábios entrou no campo das aplicações práticas e forçou as portas do ensino.

O laboratório de microbiologia deve estar naturalmente ligado à micrologia patológica, relacionando-se com a higiene, a patologia geral e a clínica.

A escola tratou já de preencher esta deficiência, que os últimos acontecimentos epidemiológicos tão sensível tornaram. Está a caminho, vinda da Alemanha a instrumentação mais indispensável para a técnica microbiológica — culturas, esterilizações, etc.

RICARDO JORGE

(Do Relatório apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública, na sessão de 1 de Outubro de 1885).

⁽¹⁾ Ricardo Jorge — *Higiene Social, aplicada à Nação Portuguesa* — 1885.

Doenças infecto-contagiosas de notificação obrigatória

(CIRCULAR)

A notificação obrigatória de certas doenças infecto-contagiosas foi introduzida na prática há muitos anos, e sempre as autoridades sanitárias têm pugnado pelo seu cumprimento rigoroso, usando apenas de meios suasórios para convencer os clínicos das suas inegáveis vantagens de ordem sanitária e social.

Embora a prática de notificação tenha atingido nível de elevada perfeição em certos países da Europa e da América, a verdade é que ela ainda não logrou conquistar a atenção dos clínicos portugueses, como seria para desejar. E, o paralelo estabelecido por nacionais e estrangeiros, conduz a um juízo, que não é favorável ao nosso amor próprio.

Disse algures o Doutor José Alberto de Faria que «Portugal será, dos países europeus e americanos, um dos que apresentam essa falta de maneira mais aberta e persistente. É este um dos casos que até por sentimento pátrio conviria resolver . . .».

Apesar de todos os esforços, a Direcção Geral de Saúde não conseguiu eliminar tal deficiência, que se reflecte perniciosamente sobre todos os dados utilizáveis para cálculo da morbilidade e redonda no falseamento dos índices da letalidade.

A letalidade aparece com taxas elevadas, que induzem em erro, mercê da falta de notificação, chegando ao ponto de se verificarem mais óbitos por determinada doença infecto-contagiosa, do que o número de casos registados por notificação recebida.

A falta de notificação manietta os Serviços de Profilaxia, não lhes permite ter notícia pronta de qualquer ocorrência endemo-epidémica importante, e paraliza a sua acção, que tem de ser rápida e oportuna, para ser eficiente.

Tanto por disposição legal, cujo inteiro cumprimento deve ser obser-

vado, como por indeclinável imperativo moral e social, compete aos clínicos notificar, dentro dos prazos estabelecidos, e fornecer informações complementares, tão detalhadas e correctas, quanto possível, tanto sobre casos observados e diagnosticados, como acerca de casos duvidosos, obscuros, de difícil diagnóstico, quando suspeitem da existência de doença infecto-contagiosa de notificação obrigatória.

O sistema usado entre nós, até esta data, além de considerar um número restrito de doenças, manifestamente insuficiente, enfermava do grave defeito de não ser confidencial e de exigir franquia postal, causa de protestos, de resistência e do não cumprimento da notificação.

A Direcção Geral de Saúde viu chegar com prazer e esperança o momento em que foi promulgada a Lei n.º 2:036, de 9 de Agosto de 1949, que estabeleceu a possibilidade de alargamento da lista de doenças notificáveis e a isenção de franquia postal, determinando também a faculdade de uso de carta fechada, para manutenção da confidência.

Em cumprimento das suas determinações foi publicada a Portaria n.º 13:031, de 5 de Janeiro de 1950, pela qual passaram a constar da lista de doenças infecto-contagiosas de notificação obrigatória as seguintes:

1 — Anquilostomiase; 2 — Bilharziose; 3 — Bruceloses (febres ondulantes); 4 — Carbúnculo; 5 — Cólera; 6 — Difteria; 7 — Disenterias bacilar e amibiana; 8 — Encefalite letárgica; 9 — Escarlatina; 10 — Espiroquetose ictero-hemorrágica; 11 — Febre amarela; 12 — Febres recorrentes; 13 — Febres tifóide e paratifóides; 14 — Hepatite epidémica; 15 — Kala-azar; 16 — Lepra; 17 — Meningite cerebrospinal; 18 — Peste; 19 — Poliomielite; 20 — Psitacose humana; 21 — Sezonismo; 22 — Sodoku; 23 — Tifo exantemático e outras Ricketsioses; 24 — Tosse convulsa; 25 — Tracoma; 26 — Variola (ou variolóide) e alastrim; 27 — Doenças venéreas em período de contágio: sífilis, blenorragia, cancro mole, linfogranuloma (doença de Nicolas-Favre).

Um exame sumário mostrará que foram acrescentadas diversas, e, entre elas, as doenças chamadas venéreas, sífilis, etc.

Quanto a estas, a sua notificação regular-se-á pelos preceitos contidos na Base seguinte:

BASE XIII

1. — Os médicos que procederem à observação, tratamento e exames, previstos na base anterior, são obrigados:

... ..

c) — A participar à autoridade sanitária da respectiva área os casos que observem ou tratem durante o período de contágio;

2. — Na declaração, participação ou ficha sanitária relativas às doenças venéreas, omitir-se-á o nome e a residência dos doentes a que respeitem, salvo quando se trate de mulheres que habitualmente se entreguem à prostituição ou de pessoas que se tenham recusado a fazer ou a prosseguir o tratamento prescrito.

E quanto às citadas doenças deve observar-se a conduta seguinte, prevista na Base XII da citada lei:

BASE XII

1. — As pessoas afectadas de doenças venéreas, em fase de contágio, e aquelas em relação às quais existam presunções graves de estarem infectadas, são obrigadas:

a) — A fazer-se observar e tratar por médicos de sua escolha, da instituição de previdência em que se achem inscritos e que conceda assistência médica ou dos serviços de saúde ou de assistência;

b) — A proceder de modo a não expor outras pessoas ao perigo de infecção;

c) — A submeter-se aos exames médicos e laboratoriais determinados pelas autoridades sanitárias, para averiguação da existência da doença em período de contágio.

2. — Para os efeitos do disposto nesta base, são consideradas doenças venéreas a sífilis, a blenorragia, o cancro mole e o linfogranuloma (doença de Nicolas-Favre).

3. — São dispensadas dos exames sanitários previstos na alínea c) do n.º 1 desta base, sem prejuízo daqueles a que se refere a alínea c) do n.º 1 da base III, as pessoas que apresentem certificado médico em que se ateste a não existência de doença venérea em período de contágio.

4. — Quando a autoridade sanitária verifique haver contradição entre o certificado médico e os resultados do inquérito a que tenha procedido, poderá submeter o suspeito a exame em serviço especializado ou exigir novo certificado, passado por médico especialista.

De tais facilidades, sobrepujadas pela isenção de franquia, que permite o lançamento da notificação em qualquer receptáculo postal, é lícito à

Direcção Geral de Saúde esperar que ela alcance o mais elevado grau de perfeição, eliminando-se tantos prejuízos causados pela sua falta. Os impressos necessários podem ser requisitados às Delegações e Subdelegações de Saúde.

As actuais noções de medicina preventiva, que dominam o espírito científico dos nossos dias, devem pesar também no espírito compreensivo dos clínicos portugueses, tão dedicados e prestantes, em múltiplas emergências.

Serão eles, sem dúvida, os reanimadores desta prática essencial, indispensável para rápida e regular intervenção dos Serviços da D. G. S. sempre prontos a intervir, em leal colaboração, dotados dos meios perfeitos de que dispõem, sempre postos também à mercê dos clínicos que os solicitem.

A talho de foice, é oportuno dizer que a Direcção Geral de Saúde está apta a cooperar com os senhores clínicos, sempre que estes o desejem, tanto para esclarecimento, como para facultar meios de colheita de produtos para exames laboratoriais, e para efectuar estes exames, quando sejam expressamente requisitados, através da autoridade sanitária local.

Pelos seus serviços de visitação, pelos seus elementos técnicos, está habilitada a realizar inquéritos epidemiológicos, pesquisas, visitas sanitárias, colheitas, estudos «in loco», em suma, todos os trabalhos de campo, indispensáveis ao esclarecimento de qualquer ocorrência endemo-epidémica.

Colheitas de águas para análise, fornecimento accidental e urgente de água potável, instalação de postos hospitalares de emergência, completos, de postos de desinfecção e de desparasitação, etc., tudo pode ser fornecido pelos seus Serviços Técnicos.

Mas, toda a sua acção assenta na comunicação oportuna dos senhores clínicos, e a sua eficácia está amplamente demonstrada em variadas intervenções através do País.

Por isso, se termina exortando os clínicos portugueses ao cumprimento das regras de declaração obrigatória das doenças infecto-contagiosas, afirmando assim o seu espírito de colaboração com os Serviços de Saúde Pública, ajudando-os a cumprir a sua ingrata tarefa, num sentido humanitário e com critério científico.

Além de uma determinação legal é um imperativo de consciência social.

Direcção Geral de Saúde, em 14 de Julho de 1950.

O Director Geral de Saúde,

AUGUSTO DA SILVA TRAVASSOS

O conteúdo em carotenos de azeites portugueses

POR

G. JORGE JANZ e GABRIELA L. PINTO

INTRODUÇÃO

A presença de carotenos no azeite foi durante muito tempo posta em dúvida, e até mesmo negada peremptoriamente, segundo uma citação de Ferreira de Mira (1941).

No entanto, a literatura dos últimos trinta anos contém variadas referências ao conteúdo do azeite em provitamina A. Segundo Uzan (1938), por exemplo, sabemos que «a vitamina A foi encontrada em quantidades variáveis mas fracas, sobretudo nos azeites nativos ou virgens (Coward e Drummond, 1920; Randoin e Simonnet, Javillier e Mlle. Emerique, 1929-31; Margaillan, 1930). Rice (1931), encontrou quantidades vestigiais de vitamina em azeites mesmo refinados. Gerona (1930-34), não a encontrou senão em azeites recentes, com exclusão dos refinados. Savare, em 1934, mostrou que o teor é função da pressão: os azeites da Tunísia obtidos a grande pressão são mais ricos do que os azeites provençais fabricados a leve pressão. Também Mlle. Cordier (1936) ponde constatar a presença de provitamina A nos azeites tunisianos obtidos a grandes pressões (300 kg.)».

Entre nós, num trabalho inédito de Maia de Loureiro, lê-se entre as conclusões o seguinte: «o azeite virgem contém quantidades apreciáveis de caroteno (provitamina A), provavelmente maiores nos azeites finos de baixa acidez natural (menor que 1º), que nos azeites margarinosos mais ácidos (mais de 4º). Numa dieta completa sob todos os pontos de vista, excepto no que diz respeito a gordura e vitaminas liposolúveis, um suplemento de azeite virgem é só por si capaz de manter os animais (ratos) longamente em vida».

Estes factos despertaram-nos o desejo de, no prosseguimento de estudos em curso neste laboratório, sobre a composição dos alimentos, aproveitar a oportunidade de estudar quantitativamente o conteúdo em carotenos de alguns azeites portugueses.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudaram-se 16 amostras de azeites virgens, com a seguinte proveniência: 3 amostras de Beja, 2 de Castelo Branco, 4 de Santarém, 2 de Bragança, 4 de Portalegre e 1 de Vila Viçosa.

A amostra proveniente de Vila Viçosa, bem como 2 de Santarém e 1 de Beja, dizem respeito a azeites refinados. Os azeites foram obtidos das seguintes variedades de azeitona: verdial, cordovil, galega, bical, carrasquenha e madural.

Procedeu-se respectivamente :

1.º, ao estudo das curvas de absorpção, na zona dos 400 aos 800 m μ , feito directamente na amostra ou numa diluição da mesma em éter de petróleo. Empregou-se um espectrofotómetro Coleman Universal, modelo 11 A;

2.º, à determinação quantitativa dos carotenos, para a qual estabelecemos a seguinte técnica:

1) — *Saponificação*: Introduzir no misturador eléctrico 100 cc. de azeite e 100 cc. de potassa alcoólica a 30 %. Saponificar a frio durante 30 minutos.

2) — *Extracção*: Desligar o misturador, e juntar, no vaso do aparelho, 100 cc. de éter de petróleo; transvasar para um funil separador (se houver sabões por desintegrar, ligar o aparelho mais uns minutos). Lavar o vaso do aparelho com 50 cc. de etanol a 95%, que se transvasam para o funil separador. Juntar 200 cc. de água destilada, e extrair com 100 cc. de éter de petróleo, por duas vezes, e depois com porções sucessivas de 50 cc., até o éter vir incolor. Juntar as fracções etéreas noutro funil separador. Lavar o éter de petróleo com água destilada, várias vezes, até não dar cor com a fenoltaleína.

3) — *Remoção das xantofilas*: Ao total do éter de petróleo, juntar 100 cc. de álcool metílico a 85 % e extrair. Separar a fracção metanólica, e extrair novamente o éter de petróleo com duas porções de 100 cc., sucessivamente, de álcool metílico a 90 %. Lavar o éter de petróleo, duas vezes, com água, para remover o metanol. Filtrar por funil contendo sulfato de sódio anidro. Concentrar, evaporando com corrente de azoto, até ao volume de 100 cc.

4) — *Purificação do β - caroteno*: Passar 25 cc. do extracto de éter do petróleo por uma coluna de Tswett, preparada com 5 gr. de amido e 25 gr. de magnésia calcinada. Eluir com éter de petróleo com 5 % de acetona. Completar (evaporando ou acrescentando éter de petróleo), os 25 cc. iniciais. Ler no espectrofotómetro, com $\lambda = 440$ m μ .

RESULTADOS

1 — *Curvas de absorpção* — As curvas de absorpção obtidas estão representadas gráficamente na fig. 41. Para comodidade de representação, sobreposamos no mesmo gráfico as várias curvas obtidas. Até 500 $m\mu$, as curvas foram obtidas com diluições do azeite em éter de petróleo, devido à forte absorpção do azeite natural nesta zona. A partir dos 500 $m\mu$, a absorpção foi determinada directamente nas amostras. A vermelho, vai indicada uma curva composta, referente a β -caroteno puro cristalizado, e clorofila, para referência.

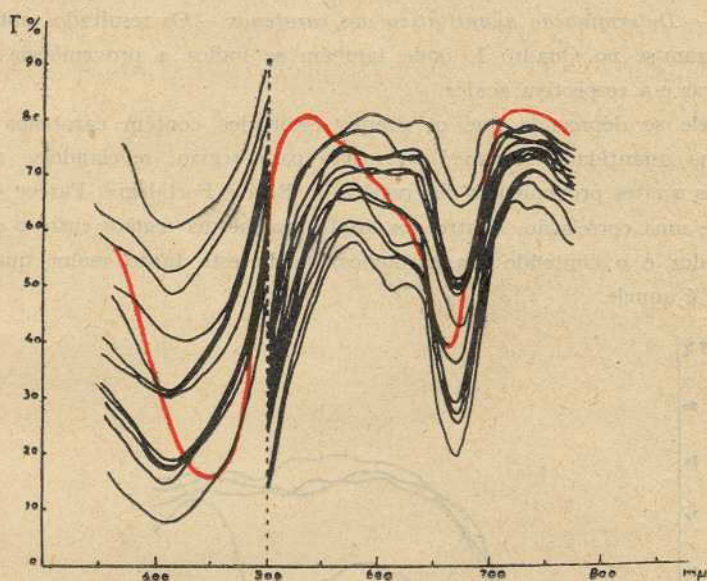


FIGURA 41

Curvas de absorpção dos azeites estudados. A vermelho, curva de referência, de uma solução de β -caroteno, puro, cristalizado, e clorofila.

Do exame das curvas, conclui-se pela existência de uma forte absorpção entre os 420-440 $m\mu$, de leves inflexões entre os 580-620 $m\mu$, e finalmente de uma outra zona de também forte absorpção, com um máximo nos 670 $m\mu$.

Este último máximo coincide praticamente com o da solução de clorofila, e deve-se certamente a esta substância. Embora fora do objectivo deste trabalho, podemos indicar que a maior quantidade de clorofila se encontra nos azeites de Beja e Portalegre, sobretudo nos primeiros.

Não procurámos estudar o significado da absorpção verificada na zona entre os 580-620 $m\mu$, e que coincide com uma das zonas de maior transparência dos azeites estudados, como já tinha sido verificado por Canhoto Vidal e Manso Lefèvre (1945).

Quanto à absorpção verificada entre 420-440 $m\mu$, ela corresponde à zona de absorpção dos carotenos, e sobre as suas particularidades nos alongaremos mais adiante, na discussão deste trabalho.

A fig. 42 representa as curvas referentes aos azeites refinados por nós estudados. Nelas se verifica, para três amostras, o desaparecimento dos máximos atrás indicados. Na terceira amostra, verifica-se ainda absorpção nos 670 $m\mu$ e na zona dos 400 $m\mu$.

2 — *Determinação quantitativa dos carotenos* — Os resultados obtidos encontram-se no Quadro I, onde também se indica a proveniência das amostras e a respectiva acidez.

Dele se depreende que os azeites estudados contêm carotenos em pequena quantidade, variável de região para região, revelando-se mais ricos os azeites provenientes das regiões de Beja e Portalegre. Parece verificar-se uma correlação, dentro dos azeites da mesma região, entre o grau de acidez e o conteúdo em carotenos, sendo este tanto maior quanto menor é aquele.

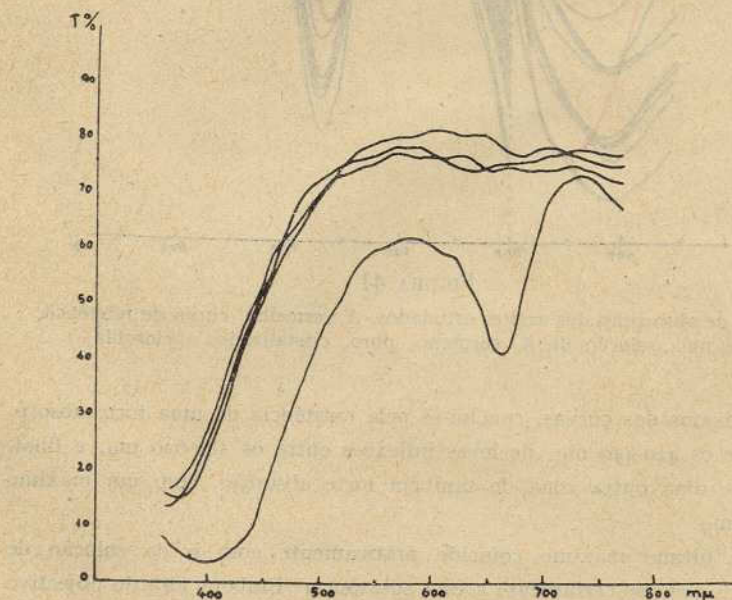


FIGURA 42

Curvas referentes aos azeites refinados.

QUADRO I

<i>Amostras</i>		<i>Acidez %</i>	<i>Carotenos, em β-caroteno (γ por 100 gr)</i>
Beja	1	1	15,1
	2	2,9	13,6
	3 (refinado)	—	3,1
Castelo Branco	1	0,45	2,5
	2	1,8	1,7
Santarém	1	0,67	7,3
	2	3,6	5,6
	3 (refinado)	—	0
	4 (refinado)	—	0
Bragança	1	0,22	6,5
	2	2,3	5,8
Portalegre	1	0,56	18,4
	2	1,1	7,9
	3	2,7	8,6
	4	4,9	7,1
Vila Viçosa ...	1 (refinado)	—	0

COMENTARIOS

Este trabalho veio confirmar, para alguns azeites portugueses, a presença de carotenos, em quantidades todavia pouco importantes, que não contribuem para que se possa incluir o azeite como fonte de provitamina A na nossa alimentação.

E confirma-se também inteiramente a afirmação de Maia de Loureiro, atrás citada, de a quantidade de carotenos ser maior nos azeites finos de baixa acidez natural.

Os carotenos desaparecem com a refinação, pois tanto a descoloração pelas terras como a desodorização com vapor de água sobreaquecido, quando não for executada ao abrigo do ar, são suficientes para destruir a pequena quantidade de carotenos existentes. A excepção, verificada numa das nossas amostras, revela provavelmente uma imperfeição na técnica de refinação.

Mas o valor alimentar do azeite, como fonte de provitamina A, ainda mais reduzido se torna, à luz de factos novos que passamos a considerar.

A avaliação da potência vitamínica A de substâncias contendo carotenos, tornou-se bastante confusa desde que Zechmeister (1940), descobriu a existência, já anteriormente suspeitada, de uma grande quantidade de isómeros estereoquímicos do β -caroteno normal (*all-trans*).

Beadle e Zscheile (1942) sugeriram a designação de neo- β -caroteno para a principal impureza pigmentar da fracção caroteno existente nos vegetais. Este neo- β -caroteno, que possui apenas metade da potência biológica do β -caroteno, pode ser obtido a partir deste pela acção do calor, da luz, e mesmo com o tempo.

Ora, sabe-se que, a não ser empregando certos métodos cromatográficos, a solução final de caroteno a examinar pode dar um espectro de absorpção anormal, devido precisamente à interferência do neo- β -caroteno e outros cromogénios. E, assim, o máximo de absorpção característico do β -caroteno, que se localiza geralmente nos 450 m μ , na solução em éter de petróleo, desloca-se para comprimentos de onda inferiores.

É o que ressalta claramente do exame das curvas por nós obtidas, e representadas na fig. 41. E é curioso verificar, como nós o fizemos, que a adição de quantidades crescentes de β -caroteno puro, não isomerizado, ao azeite, desloca novamente o máximo de absorpção para valores superiores de comprimento de onda.

O conhecimento destes factos torna por isso aconselhável, sempre que se pretenda avaliar a potência biológica em provitamina A de substâncias vegetais, a determinação do espectro de absorpção, que nos permitirá concluir da presença de estereo-isómeros pouco ou nada activos e, se necessário for, da sua percentagem em relação ao total de carotenos presentes (Beadle e Zscheile, loc. cit.).

CONCLUSÕES

Estudou-se o conteúdo em carotenos de alguns azeites portugueses, tendo-se encontrado valores entre 1,7 e 18,4 γ por 100 gr.

O exame das curvas de absorpção permite concluir que grande parte desses carotenos deve corresponder a isómeros estereo-químicos, pouco activos biologicamente, do β -caroteno normal (*all-trans*).

Agradecemos ao Ex.^{mo} Presidente da Junta Nacional do Azeite todas as facilidades concedidas.

REFERÊNCIAS

- BEADLE, B. W. e ZSCHEILE, F. P. — J. Biol. Chem., 144: 21, 1942.
- MIRA, FERREIRA DE — «Valor alimentar e terapêutico do azeite». Junta Nacional do Azeite, Lisboa, 1941.
- LOUREIRO, J. A. MAIA DE — «Estudo experimental das propriedades alimentares do azeite de oliveira e outros óleos vegetais». Junta Nacional do Azeite. Inédito.
- UZAN, M. — «Vitamines des aliments». Paris, 1938.
- VIDAL, V. A. CANHOTO e LEFÈVRE, P. MANSO — A cor do azeite — Agron. Lusit., 7: 253, 1945.
- ZECHMEISTER, L. — Chem. Revs., 34: 267, 1944.

Aspectos sanitários do Minho ⁽¹⁾

Convidado pelo Director deste Instituto a versar o assunto «Alguns aspectos da sanidade do Minho», focando os problemas característicos do meu distrito, os erros e obstáculos que se opõem à acção sanitária, as dificuldades resultantes do clima e demais factores naturais, com alguns dados estatísticos referentes à sua endemiologia e epidemiologia e as medidas e os resultados obtidos, venho cumprir a incumbência, embora reconheça as minhas fracas possibilidades para o encargo, que não ouse classificar de «lição» ou «palestra», mas apenas uma superficial descrição do que me foi dado observar no distrito a meu cargo, no decorrer dos três últimos anos. Se ao menos eu soubera usar da palavra para vos realçar a sua beleza panorâmica, os seus valores artísticos, os costumes da sua gente, quer nas romarias com seus vestidos garridos quer nos trabalhos quando labutam a cantar alegremente, ainda poderíeis dar por menos mal empregado este tempo. Assim, sem novidade sanitária a apresentar-vos nem pureza na forma de exposição, não sirvo bem nem uma nem outra arte. A culpa não é só minha, pois também cabe ao Senhor Dr. Fernando Correia, de quem recebi o convite que aceitei, como quem tem de cumprir mais esta missão.

*
* *
*

A província do Minho está localizada na parte setentrional do País e é constituída pelos distritos de Braga e Viana do Castelo. Aqueles que a conhecem certamente já lhe prestaram os seus louvores e aos que dela são naturais sòmente os amargurará o não a saberem melhor estimada.

Esta província compreende uma área de 2.730 quilómetros no distrito

(1) Lição proferida no dia 29 de Maio de 1950 durante o VI Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, realizado no Instituto Dr. Ricardo Jorge.

de Braga e 2.108 no de Viana do Castelo, com 544.231 habitantes no primeiro e 275.093 no segundo, ou seja um total de 819.324. Para aquelas superfícies cabe uma densidade populacional média de 164,8, pertencendo 130,4 ao distrito de Viana do Castelo e 199 ao de Braga. Só os distritos do Porto e Lisboa a superam e os distritos de Aveiro e das ilhas adjacentes se lhe comparam. As restantes províncias e distritos ficam-lhe muito aquém. Este factor tem a sua importância sanitária, como V.^{as} Ex.^{as} sabem.

Existem nesta província 4 cidades e 23 concelhos, sendo a mais populosa a capital de província, Braga, com cerca de 50 mil habitantes, seguindo-se-lhe a de Viana, com cerca de 20.000, Guimarães com 15.000 e Barcelos com 12.000, em números redondos. A sua extensão vai desde São Gregório, do concelho de Melgaço, aos limites dos concelhos de Espozende com Póvoa de Varzim; e do mar às serras de Trás-os-Montes. Aparte alguns aglomerados urbanos do distrito de Braga, como Guimarães, Famalicão, Fafe e Vizela, que têm características industriais, a maioria tem a feição de regiões agrícolas, onde predomina a vida rural.

É ao distrito de Viana que temos de nos reportar, porque é nele que temos aplicado a nossa actividade profissional e sanitária, procurando apurar as causas que são perturbadoras da sua saúde, para bem as conhecermos e na medida do possível tentar atenuar os seus efeitos.

Este distrito é composto por dez concelhos, cuja população é assim distribuída: Viana, 60.000; Ponte do Lima, 45.000; Arcos, 40.000; Monção, 30.000; Caminha, 19.000; Melgaço, 19.000; Valença, 18.000; Coura, 16.000; Barca, 16.000; e Cerveira, 12.000. Está situado no extremo norte do País e confronta em grande parte com a Espanha, ora por intermédio do rio Minho, da qual este a separa desde a sua foz até ao lugar de Sevide, na freguesia de Cristoval, do concelho de Melgaço, ora pelo afluente deste, de nome Trancoso, que deste lugar se estende até ao lugar de Alcobaça, da freguesia de Fiães, do mesmo concelho, local a partir do qual a linha divisória é terrestre, sinuosa, serrana, abrangendo a parte nascente e do sul, delimitada por marcos, que se estende através dos concelhos de Melgaço e de Ponte da Barca, e que continua pela montanha do distrito de Braga e outros. Como vimos, ao norte é limitado pelo rio Minho até à foz deste, em Caminha; ao nascente pelo afluente de nome Trancoso e pela Espanha; ao sul, também por este país; e a poente, pelo mar, que o banha desde Castelo do Neiva, onde se liga ao distrito de Braga, na ponte do mesmo rio, até à vila de Caminha.

Pelas suas confrontações se verifica que tem duas zonas com características especiais, cada uma com atributos definidos; a zona marítimo-fluvial e a terrestre. Pode ainda considerar-se sob dois aspectos: a zona

litoral e a zona do interior. Pertencem à primeira os concelhos de Viana e Caminha. A restante constitui zona do interior, que por sua vez compreende a parte ribeirinha e montanhosa, aquela situada ao longo dos rios Minho e Lima, com seus afluentes, e esta na parte mais elevada e serrana.

Temos, pois, a considerar a região marítima, a ribeirinha e a montanhosa. A primeira e a segunda, de baixas altitudes, compreendendo as planícies e vales, e a última com médias e elevadas altitudes, que culminam na serra da Peneda e montados anexos, de Castro Laboreiro, Soajo, Lindoso, etc., atingindo locais com 1.200 a 1.400 metros. Esta faz parte da meseta ibérica, correspondendo à submeseta setentrional e desta ao maciço galaico-durienese. Como se sabe, é a este maciço que pertencem os montes da Galiza e do Norte de Portugal («Entre-Douro e Minho, Trás-os-Montes e Beira») com terrenos de constituição granítica ou de gneiss, da época arcaica ou fundamental. Na parte ribeirinha do Minho, existe uma linha de depressão com várias falhas, donde brotam mananciais de águas minero-medicinais, resultante de movimentos orogénicos e de deslocamentos de terrenos, pondo em contacto através dela os mais antigos com a superfície da terra.

Assim, temos as do Peso, localizadas no concelho de Melgaço, classificadas de carbonatadas-mistas, segundo a classificação de Armando Narciso, com uma frequência anual de 600 a 800 aquistas, 2 pavilhões de abrigo no ponto de captação, um em boas condições sanitárias e outro de maior pobreza, que tão úteis são na diabetes com desnutrição e na diabetes infantil, bem assim nas dispepsias hiperclorídricas, insuficiência hepática, litíase úrica e nos estados de acidose. Tem ainda um balneário onde são aplicados diversos tratamentos adjuvantes, com a assistência de dois clínicos e pessoal de laboratório auxiliado por pessoal menor.

As Caldas de Monção com as suas águas termais sulfuradas sódicas, azotadas, muito radioactivas (emanação) que brotam na margem esquerda do próprio rio Minho. São muito úteis nas bronquites asmatiformes, nos reumatismos crónicos e nas dermatoses subagudas, pruriginosas e irritáveis, com uma frequência que já atingiu o número superior a um milhar antes da última guerra, tornando-se um centro ou nó de comunicações para os concelhos contíguos de Melgaço e Arcos de Valdevez e até agora para Espanha através do seu rio ou pela ligação que existe em Melgaço pela Ponte Internacional de São Gregório ou pela Ponte Internacional do concelho de Valença.

As águas de Valadares do Minho, conhecidas pelas águas da Corga do Vergueiral, situadas entre Monção e Melgaço, num local aproximadamente equidistante das sedes destes concelhos, mas pertencendo ao primeiro, com as suas águas também carbonatadas mistas, hipotermias, me-

sosalinas, muito semelhantes às do Peso, Melgaço, mas mais diuréticas e menos gasosas, com grande aplicação na litíase renal e biliar, gastropatias, enterocolites átonas, diabetes, que estão por explorar mas que são procuradas pelos efeitos da sua aplicação.

As termas de São Pedro da Torre, do concelho de Valença, conhecidas pela «água da pele» pertencem ao grupo das águas fracamente mineralizadas, sulfatadas cálcicas, cloretadas e sulfuradas sódicas, de grande valor terapêutico, nas dermatoses tórpidas, tais como psoríasis, eczemas secos e outras.

As de Grichões no concelho de Paredes de Coura, de tipo oligometálico, muito azotadas, hiposalinas, radioactivas, de grande efeito como vazodilatadoras, cicatrizantes das úlceras da pele e nas dispepsias gástricas, bem assim nas doenças do aparelho respiratório.

Além destas nascentes existem neste distrito muitas outras, de menor valia, mas que no conjunto mostram bem a grande riqueza desta região em águas minero-medicinais, uma das maiores do País, que ainda não possuem o desenvolvimento nem uma aplicação extensiva a um maior número de indivíduos, mormente às classes menos protegidas, como era para desejar, para tratamento dos achaques que os produtos farmacêuticos já não debelam.

Presentemente, apenas os habitantes das localidades ou as pessoas abastadas é que as frequentam e delas tiram os proveitos que do seu uso resultam. Só no Peso e Monção é que existem hotéis que permitam instalação dos aquistas, tornando-se ainda centros de repouso e de cura pelo seu clima e pelo aprazível do local.

Nas restantes não existem meios que permitam a instalação dos aquistas e turistas, a não ser numa ou noutra casa particular.

Enfim, é uma região turística por explorar e sem o devido aproveitamento da riqueza que ela contém para desenvolver a indústria do turismo.

O clima, os costumes, a produção, a paisagem e distribuição das populações é diferente em cada uma das zonas consideradas. Por isso mesmo esta parte do Minho se torna duma beleza sem par, onde atinge o deslumbramento nalguns pontos mais apreciados e já consagrados como dos melhores da nossa terra. Percorrer o distrito, seguindo pela estrada marginal, que vem do Porto e se estende à ponte internacional de Melgaço, São Gregório, cortando a zona marítimo-fluvial, e voltando pela que de Monção passa pelos Arcos, Ponte da Barca e Ponte do Lima, fazendo uns desvios no concelho de Melgaço para subir às serras da Peneda e Castro Laboreiro e em Valença para visitar o concelho de Paredes de Coura, observando dos diversos miradouros que se oferecem neste trajecto

(Faro e Portas do Sol em Valença, Nérís e Brejoeira, em Monção, Portas do Sol em São Gregório, Castelo de Castro Laboreiro, Monte do Castelo, nos Arcos, Castelo do Lindoso, Santa Madalena, em Ponte do Lima, etc.) para caminhar finalmente ao longo das veigas do Lima, até chegar à serra d'Arga e à montanha de Santa Luzia, com panoramas que só artistas sabem descrever, é maravilha que a todos encanta e deleita e que rivaliza com as regiões mais belas do Universo, onde a Natureza foi pródiga nas cambiantes coloridas que nos apresenta. Todo o distrito é região agrícola sem indústria desenvolvida ou de vulto, salvo uma ou outra tentativa isolada ou indústria caseira. Na zona marítima há uma pequena colónia de pescadores, com uma empresa de pesca, e ultimamente estão em organização estaleiros para construção e reparação de barcos.

De futuro, com esta Empresa que manda os seus barcos à Terra Nova, à pesca do bacalhau, com que se alimenta parte da população desta região, e com os seus estaleiros, pode vir a desenvolver-se ou a constituir-se um centro de industrialização. Fora esta localização da população piscatória, só outra existe em Praia de Âncora, do concelho de Caminha.

É através do seu porto de mar em Viana que se exportam grandes quantidades de madeiras, sobretudo de pinho, que crescem e medram neste distrito. Como região agrícola que é, com uma densidade populacional de 130,4 habitantes por quilómetro quadrado, o nível económico dos seus habitantes é baixo, obrigando à emigração e imigração por não produzir o torrão natal o bastante para todos. É da zona costeira e montanhosa que mais se nota a saída dos elementos válidos da nossa terra. São-lhes preferidas as terras de França, Brasil e Espanha, onde procuram angariar um pecúlio que mais tarde lhes permita voltar ao seu lar para acabar tranquilamente os últimos tempos da vida em comunhão com os membros da família que lhes resta ou da nova que constituíram. A produção mais abundante é a do milho e vinho, à mistura com outros cereais ou leguminosas em pequena quantidade. O azeite e as frutas são em diminuta produção e só parte do distrito se dedica à sua cultura. Nas serras encontram-se alguns rebanhos de gado caprino e lanígero, sobretudo nas localidades onde os cereais e os vinhos nada ou pouco se desenvolvem. É desse gado e da cultura da batata que tiram os meios indispensáveis à sua alimentação. A criação do gado bovino não existe ainda em elevado grau, constituindo porém uma das fontes de receita do nosso pequeno lavrador.

Há concelhos, como os de Monção e Arcos que têm vinhos afamados, com características especiais, que constituem um dos mais apreciados vinhos verdes. São consumidos na região e apenas são exportados para o

Brasil e nossas colónias. Da falta de indústria, da falta de exportação doutros produtos, da sua pequena riqueza de gados e da sua elevada densidade populacional lhe advêm as suas débeis condições económicas. Só em parte são reforçadas pelas economias dos que emigrando se lembram da família e dos que vêm finalmente consumir os rendimentos dos bens adquiridos lá fora ou as próprias economias. A beleza natural deste canto da nossa Pátria, anda acompanhada com a sua pobreza, mas pobreza de meios e não de virtudes, pois que aqui ainda existe o amor pelo Lar, a devoção pela família e a crença da nossa Religião que se eleva em arroubos de misticismo. A alegria da sua gente é proverbial, exteriorizando nos seus vestidos garridos o que a alma sente. É ver e assistir às suas romarias, onde à mistura com o seu espírito de religiosidade ressalta o contentamento dessa gente, que sabe compreender a vida no meio dos seus trabalhos e sacrifícios, sem manifestações de revolta, que a ambição desmedida ou o egoísmo feroz provoca noutros meios. É assim o povo do meu distrito, que trabalha a cantar e a rir, num ambiente de paz e concórdia, agradecendo a Deus nas suas igrejas e ermidas espalhadas por todos os lugares, as bênçãos que sobre ele lança. Porque é calma e tranquila a sua vida, sem exigências nem lamentações, sabendo calar os seus sofrimentos e procurando diminuí-los no auxílio comum que se prestam, eis talvez o segredo da sua expansão alegre, que nos enche de admiração e enlevo.

É de crer que o seu clima contribua para este estado de alma, criando-lhe energias vivificadoras, comunicadas pelo sol que resplandece nos seus campos e a abundância da água que brota dos seus mananciais para alimentar a sua vegetação e torná-la capaz de produzir os belos frutos que constituem a base de abastecimento da sua excedente população.

Esse clima é tão diferente em cada uma das zonas referidas que forçosamente tem de dar aspectos próprios às condições de vida dos habitantes da Serra da Peneda e montados anexos de Castro Laboreiro e Soajo e àqueles que vivem na orla marítima ou em plena zona interior, mas em situação de baixas altitudes. Sabeis muito bem que o indivíduo se desenvolve no meio de três elementos essenciais à sua vida: um sólido, que constitui a petrosfera, outro, líquido, que é a hidrosfera, o restante, gasoso, a atmosfera. Na parte onde concorrem estes três factores, (a terra, a água e o ar) é onde melhor se adaptam as condições de vida dos seres, isto é, a biosfera.

Dos seus caracteres predominantes em cada uma das zonas descritas, resultam também condições e ambientes diferentes, que constituem o seu clima local e até os seus microclimas.

Por isso nós vos apresentamos também três climas distintos, neste

pequeno distrito, duma forma geral: o clima da montanha, seco, de tipo continental, de baixa pressão, compreendendo grande parte do concelho dos Arcos, Melgaço, todo o concelho de Paredes de Coura e parte de Ponte da Barca; o clima de planície e interior, compreendendo a restante parte dos concelhos já referidos, todo o concelho de Monção, Ponte do Lima, Valença e Vila Nova de Cerveira; e o clima marítimo, de características atlânticas, compreendendo os concelhos de Caminha e Viana do Castelo.

Destas diferenças climáticas, que seria supérfluo caracterizar, pois são as peculiares a estas variedades do clima em geral, resultam costumes e hábitos diferentes dos povos que habitam as respectivas zonas.

Assim, as moradias da zona montanhosa ainda são de tipo e construção primitiva, sem luz suficiente e de exíguas dimensões, com um simples postigo através do qual possam enxergar os terrenos em volta, algumas delas ainda cobertas de colmo, com os currais no rés-do-chão, quando não no compartimento ao lado, numa promiscuidade confrangedora. O número de divisões da sua habitação não permite também que os diversos elementos da própria família se distribuam conforme a decência manda, que se recatem pais de filhos e entre estes os de maiores idades das crianças e tendo em vista as diferenças de sexos. As condições higiénicas nesta vida de comum promiscuidade entre si e animais, são extremamente deficitárias. Defende-os o ar puro da montanha, a tranquilidade, a resistência adquirida em contacto com a agressividade do ambiente, numa luta constante desde o seu nascimento, em que só persistiram aqueles a quem a selecção natural permitiu o seu desenvolvimento e adaptação às condições que o meio lhes ofereceu.

Na zona de planície interior, a mais produtiva e mais rica, situada ao longo dos vales e dos rios, ou faldas das vertentes montanhosas, é onde a densidade populacional é maior e os terrenos estão extremamente divididos e as casas salpicam todos os recantos, numa distribuição irregular, ora aglomerando-se em pequenos lugarejos, ora dispersando-se em pequenas herdades muito próximas, com hábitos de vida mais próprios da humana, mas com insuficiência dos meios de salubridade dos locais pela maior cultura dos seus terrenos e pela falta dos meios de defesa sanitária contra a agressão dos microorganismos, que a concentração dos povos causa.

Igualmente sucede na zona marítima, onde os núcleos populacionais são mais densos e onde ocorrem durante o período de verão outros indi-

víduos das zonas restantes, para tonificarem os seus filhos e fugirem aos excessivos calores das suas terras. Nestas regiões que têm as características dos meios urbanos, mas sem as condições de sanidade usualmente conferidas a estes, com abastecimento de águas e eliminação de dejectos, embora a vivenda e a formação higiénica dos seus habitantes seja melhor, a verdade é que a aglomeração e uma maior conspurcação do ambiente que o conduz rapidamente à saturação, acarretam problemas de ordem sanitária que são de ponderar.

Se nas montanhas, apesar das faltas apontadas, as doenças de carácter endémico e epidémico são fáceis de debelar, por serem localizadas, pois os seus habitantes se encontram como que isolados em locais próprios distantes uns dos outros, já assim não sucede com as zonas de planície e marítima, onde qualquer estado endemo-epidemiológico pode irromper com extrema rapidez e facilidade numa grande expansão.

Por isto se verifica que esta divisão esquemática em três zonas, não só tem interesse climático mas também endemo-epidemiológico.

São várias as ilacções de ordem sanitária a tirar dessas diferenças de clima e de meio, tão bem conhecidas de todos vós, que seria fastidioso descrevê-las, mas de que enumeraremos algumas, para melhor nos basearmos.

A maior humidade da zona costeira, contribui para um acréscimo de doenças do aparelho respiratório, sobretudo da tuberculose, que atinge no concelho de Viana, mormente na cidade, aspectos graves, causando uma mortalidade de cerca de 100 indivíduos em média por ano. No ano de 1947 registaram-se óbitos em 57 varões e 46 fêmeas; em 1948, 53 varões e 41 fêmeas; em 1949, 54 varões e 42 fêmeas. No distrito, a totalidade foi, em 1947, 265; em 1948, 260; e em 1949, 279. Temos, assim, uma média de 268, sendo 100 só do concelho de Viana do Castelo.

Sabeis que a cada indivíduo que falece por esta doença, correspondem em média 5 doentes, o que deve elevar estes a cerca de 500 somente no concelho de Viana do Castelo, a maioria localizados na cidade, e a 1.374, no total do distrito. E para todo este número de doentes, apenas existe um dispensário anti-tuberculoso na cidade, que não basta para satisfazer às suas necessidades assistenciais e de vigilância profilática junto dos seus familiares.

Neste dispensário registou-se o seguinte movimento durante os anos de 1947, 1948 e 1949:

	Inscrições	Consultas	Visitas	Radioscopias	Pneumotorax	Análises	R. de sediment.
1947	539	3.283	87	589	966	727	28
1948	383	2.829	—	171	801	267	3
1949	442	3.704	—	522	1.109	399	13

Calculado como está que cada núcleo populacional de 50 a 75 mil habitantes deve possuir um dispensário para combate a esta doença, fácil se torna compreender que neste distrito se tornam necessárias mais três unidades para acudir à totalidade dos doentes.

O problema toma ainda aspectos dramáticos por vezes, pelas dificuldades de internamento dos julgados mais contagiosos e de maior número de familiares e mais débeis condições económicas.

Compreendeis bem esses quadros tão comuns, que me abstenho de descrever. Embora no distrito exista um sanatório no concelho de Paredes de Coura — o Sanatório «General Carmona» — este destina-se apenas aos ferroviários e o número de leitos não vai além de três dezenas, quando se necessitaria de instalações que comportassem três centenas de doentes, correspondentes aos óbitos anualmente registados por esta causa.

Além desta doença, o clima húmido predispõe mais às doenças reumáticas, às corizas, à gripe, bronquites e, enfim, a todas aquelas cujos germens produtores penetram ou se eliminam pelas vias respiratórias altas.

Na zona interior de planície, de temperaturas mais variáveis, embora com menor grau higrométrico, ora predominam os frios intensos ora os calores abrazadores, contrastando nas diferentes estações do ano.

Durante a estação fria, verificam-se com mais frequência as erupções e infecções da pele, as nefrites, as pneumonias, bem assim algumas doenças infecciosas, como a escarlatina, a difteria, etc. E na estação quente, com excessivo calor, são mais frequentes as doenças do aparelho gastro-intestinal, com o aparecimento das tão mortíferas gastroenterites infantis, as febrês tifo-paratifóides, salmoneloses e shigeloses, que tantas vezes deixam como consequência a elevada percentagem, na patologia dos meios rurais, das colites, colecistites, dispepsias, etc.

Na zona montanhosa, as variações da temperatura, a maior altitude, a menor pressão atmosférica e humidade, a sua mais intensa luminosidade, têm também a sua patologia mais frequente, com os fenómenos da acção intensa do sol, duma menor tensão do oxigénio do ar, duma maior necessidade de gorduras durante a estação fria. É nestas zonas que predomina a pelagra nos hipoalimentados, pela acção altamente nociva que sobre estes exercem os raios solares, com perturbações digestivas e do seu sistema nervoso. A par desta patologia há ainda a acrescentar a dos doentes da circulação e dos pulmões, nas formas congestivas. No entanto é ainda o melhor clima do tratamento da tuberculose pulmonar, dum modo geral, pela maior pureza do seu ar, pela pequena humidade, maior exposição ao sol, maior tranquilidade e melhor local de contemplação da natureza.

Sob o ponto de vista sanitário interessam-nos, sobretudo, as doenças de carácter infecto-contagioso, nomeadamente as de notificação obrigatória. Nos quadros que vos apresento, se verifica quais as doenças que foram notificadas nos três últimos anos. Destas sobressai o grupo das febres tifopara-tifóides, espalhadas por todo o distrito, salpicando todos os seus concelhos, freguesias e lugarejos, que bem denotam o estado da sua salubridade, ora por falta de condições de saneamento desses locais ora por deficiências de educação higiénica das suas populações. Aqui me deterei um instante, para dizer o que procuramos realizar para evitar o seu alastramento e obviar às insuficiências da sanidade local, enquanto não for modificada pela sua beneficiação, que aqui tão poucos cuidados tem merecido.

É de primordial importância a notificação imediata de qualquer caso suspeito, que se procura esclarecer por meio dos exames laboratoriais postos à disposição de todos os clínicos, a fim de que se estabeleça o isolamento do doente, quer no hospital quer no seu domicílio, se neste houver possibilidade de o manter.

Esta medida acompanhada do inquérito epidemiológico que nos possa levar a descobrir a fonte dos seus agentes, dá-nos a garantia de estabelecer uma luta imediata na sua tendência à difusão.

Pelos quadros que vos apresento, podereis verificar os casos notificados e os óbitos ocorridos nos anos de 1947 a 1949, por concelhos, por meses, idades e sexos. Por eles se verifica também a letalidade havida em cada um dos três anos, a média desta, a correcção da sua morbilidade em função da letalidade, tomando como taxa desta 8 %, e as diferenças que deveriam ter existido entre os casos ocorridos e os notificados. Estes cálculos estão sujeitos a vários erros, uns por declaração de casos suspeitos que não foram confirmados laboratorialmente e outros por serem inscritos como óbitos por estas doenças, quando foram por outras causas.

Mas um facto compensa o outro e o resultado da diferença obtida deve ser pequeno. Até agora ainda era pela mortalidade que se via a prevalência destas doenças, porém, com o aparecimento da cloromicetina, já assim não pode fazer-se de futuro, em virtude da mortalidade se ter reduzido a taxas muito inferiores sem contudo diminuir proporcionalmente a sua morbilidade.

Além das vantagens do isolamento dos doentes e desinfecções concomitantes, com eliminação das fontes ou veículos da infecção, também

se procurou criar resistência nos indivíduos da localidade expostos a esta e susceptíveis de a adquirir por a não terem passado ainda.

Para isso recorreu-se à imunização por meio de vacinas, que têm o seu valor nos contactos, quebrando a cadeia de casos que se vão transmitindo directamente e pelos indivíduos que restam porta-bacilos, durante certo período.

Nestas circunstâncias, se efectuaram as seguintes vacinações:

	Completas	Incompletas	Reactivações
1947	4.448	518	170
1948	3.353	1.114	280
1949	6.208	3.685	243

Assim se obsteu ao aparecimento de qualquer estado epidémico, limitando-nos a combater alguns pequenos surtos, que teriam tomado maiores proporções se não fosse posta em prática esta acção profiláctica imediatamente.

Não vem para aqui a descrição de cada um destes focos em que nos foi dado estabelecer estas medidas, de que tiramos os melhores resultados.

Das demais doenças contagiosas declaradas obrigatoriamente, observam-se a seguir os dados referentes à difteria:

	Casos	Óbitos
Em 1947	24	7
Em 1948	16	7
Em 1949	10	—

Seguindo a mesma orientação, se vêem no quadro que vos apresento as diferenças apontadas quanto à sua notificação, que aqui fica sujeita a maiores causas de erro, por falta de exame bacteriológico dos inscritos como falecidos por estas doenças no registo de óbitos e dos notificados, e das formas frustes ou subclínicas, que passaram como rinites, rino-farngites, amidalites, etc.

Verificado como está que nos meios onde melhor se estabelece diagnóstico clínico e bacteriológico, a percentagem de óbitos por esta doença não excede 3 %, foi tomada como base esta taxa, para cálculo dos que teria havido no nosso distrito nos três últimos anos. Também se verifica nesse quadro que é no grupo ectário de 1 a 6 anos que a frequência se torna maior, sendo os casos cada vez mais raros a partir desta idade e os óbitos ocorridos ainda em menor proporção. Quer dizer que a profilaxia desta doença deve incidir sobretudo tendo em vista tornar

menos susceptíveis as crianças nestas idades, o que se pretendeu realizar através das imunizações efectuadas e que foram:

	Completas	Incompletas	Reactivações
Em 1947	276	493	—
Em 1948	122	113	—
Em 1949	1.585	451	13

É serviço pouco palpável mas que marca o início do chamamento dos pais à prática da preservação dos seus filhos contra a temível doença nas idades próprias (1 a 6 anos).

A aplicação deste meio preventivo, teria melhor indicação nos postos ou dispensários de assistência à criança à medida que se fosse observando periodicamente o seu desenvolvimento. Porém, nos distritos como o nosso, onde não está montada essa rede de protecção materno-infantil, deve ser encargo do funcionário de Saúde e médicos municipais, das Casas do Povo e Pescadores. A todos se vem pedindo o seu concurso, para estabelecerem nos locais onde exercem a sua actividade, a campanha educativa do uso desta vacina. Outras doenças transmissíveis se verificam no nosso distrito mas são tão comuns e fugazes e de tão pequena mortalidade que não vamos dedicar-lhes qualquer referência. Contudo, queremos chamar a atenção para a elevada mortalidade da tosse convulsa, que hoje já é doença de notificação obrigatória e que no ano de 1947 nos causou 62 óbitos. Este número representa uma elevada percentagem de casos ocorridos por esta doença, que não só causou por si própria a morte dessas crianças como contribuiu para tornar o organismo de muitas outras vulnerável à acção dos agentes doutras doenças. Tivemos empenho em divulgar também a imunização antipertussis, que por vezes se fez conjuntamente com a vacina antidiftérica, tanto mais que à sua acção preventiva comprovada há quem acrescente a sua acção curativa nos doentes em período catarral. A sua incidência na primeira e segunda infância é tão frequente que bem merece o cuidado de precavermos as crianças contra a sua investida.

Vem a propósito referir as causas mais frequentes da mortalidade infantil neste distrito, que pelos mapas se verifica terem sido as doenças do aparelho digestivo (diarreias e enterites), do aparelho respiratório, por debilidade congénita ou vícios de conformação ou de nascimento prematuro e por causas não especificadas. Assim, no ano de 1947, houve 791 óbitos em idades inferiores a um ano e 203 de 1 a 5 anos, perfazendo 994 óbitos de 1 a 5 anos de idade; em 1948, até 1 ano de idade houve 889 óbitos e de 1 a 5 anos 130, perfazendo um total de 1.019 óbitos; em 1949, houve

1.193 óbitos até 1 ano de idade e 181 de 1 a 5 anos, perfazendo um total de 1.374 óbitos.

Se atendermos a que a mortalidade geral desses anos foi respectivamente de 4.036, 3.555 e 4.186, ou seja um total de 11.777, e o de crianças de 1 a 5 anos, no mesmo triênio, perfaz um total de 3.387, e de 2.873 até um ano de idade, conclui-se que 28 ½ % da mortalidade geral incidiu sobre crianças de 1 a 5 anos, e nas crianças até um ano de idade, essa percentagem vai a 24 ½ %, quer dizer que mais de um quarto dos óbitos ocorridos incide sobre o viveiro humano do distrito por causas que em grande parte poderiam ter sido combatidas e evitadas por meios assistenciais convenientes dispersos por todo o distrito, com fornecimento de alimentos e medicamentos apropriados. A falta desses meios e o descuido e ignorância dos pais, são os responsáveis por tão elevada taxa de mortalidade infantil no meu distrito.

Só se dispõe dum centro de assistência social infantil na cidade e é de tal forma insuficiente a verba que lhe é destinada que está na perspectiva de acabar com a assistência clínica e puerícola, por não poder satisfazer o encargo do pessoal destinado a estas tarefas.

Para elucidação apresento-vos o seu movimento desde a sua criação, em Agosto de 1946:

ANOS	Consultas	Tratamentos	Injecções	Leites e farinhas	Leite condensado
1946 (De Agosto em diante)	7.192	—	—	942 q.	202 latas
1947	8.205	6.559	6.972	75 q.	—
1948	3.476	4.683	—	—	—
1949	1.754	4.785	1.170	20 q.	—

Começou com aspectos de grandeza e gastos supérfluos para dentro de pouco mais de um ano decair até chegar a um estado de grandes dificuldades. A grandeza inicial não correspondeu o meio com o seu auxílio por julgar a instituição como sendo de carácter oficial e dotada de verbas bastantes. Por sua vez, os subsídios de cooperação das autarquias locais também não satisfazem e o do Instituto Maternal não permite sequer cobrir as despesas da sua creche, onde são recebidas em regime de semi-internamento 60 crianças. Tem sido esperada a criação da subdelegação do Instituto Maternal neste distrito, para impulsionar essa protecção materno-infantil, que os números que eu vos aponte bem mostram merecer tal preocupação e ainda porque o viveiro humano deste distrito atingiu um número de nado-vivos nos três anos referidos, respectivamente de 6.911 em 1947, 7.815 em 1948 e 7.671 em 1949.

Porém, as esperanças de vermos criadas as condições da sua assistência

e profilaxia contra os males que dizimam tantas vidas, vão-se perdendo apesar da nossa insistência, constante, junto de quem tem a superintendência na zona a que está adstrita a área sob a jurisdição da Delegação de Saúde deste distrito.

Não desistimos ainda porque não costumamos deixar-nos invadir pelo desânimo, mas reconhecemos que também é sobre os nossos serviços sanitários que tem de recair a aplicação dos meios preventivos nas doenças evitáveis. Por isso se continua a pedir a melhor cooperação de todos os clínicos atrás referidos, na defesa deste viveiro do nosso distrito, que é fértil e vai suprir as faltas dos meios urbanos mais debilitados pela limitação do número de filhos ou constituir uma parte dos elementos de colonização das nossas províncias ultramarinas ou uma grande fonte de emigração.

Na verdade, estabelecendo o índice vital deste distrito, verifica-se que é de 1,7 em 1947; 2,2 em 1948; 1,8 em 1949, ou seja cerca de 2 no triénio, e que a estrutura da população deste distrito, por idades e sexos, é de molde a não permitir o seu envelhecimento, pois que está assim constituída (censo de 1940):

De 0 a 14 anos	44.422	mulheres	42.754	homens	Total	87.176
De 15 a 49 anos	67.599	»	50.513	»	»	117.912
De 49 a 64 anos	20.134	»	12.536	»	»	32.670
De 65 a 100 ou mais anos de idade ...	7.227	»	12.812	»	»	20.039
De idade ignorada	335	»	464	»	»	799

Assim, os grupos activos da vida, dos 15 aos 65 anos, comportam 150.582 no total, sendo 87.533 mulheres e 63.049 homens, isto é, mais de metade da população do nosso distrito, e o grupo das mulheres de 15 aos 50 anos, período da fecundidade, compreende 67.599, ou seja, mais de uma quarta parte do total da população, quando se sabe que numa população tipo basta que $\frac{1}{3}$ tenham capacidade de procriação.

Estes números revelam também quanto tende a aumentar a nossa população, o que pode verificar-se bem por este mapa, no referente ao presente século:

ANOS	População	Densidade
Em 1900	215.267	101,1
Em 1911	227.250	107,8
Em 1920	226.046	107,2
Em 1930	240.261	114
Em 1940	258.596	122,7
Em 1950	275.093	140,8

Em cinquenta anos houve um aumento de população de 59.826 indivíduos, em média 1.200 por ano. Só no decénio de 1911 a 1920 é que se nota atraso desse acréscimo, o que tem a sua explicação por durante ele termos sofrido as consequências da 1.^a Grande Guerra e da epidemia da gripe pneumónica, que motivaram uma maior mortalidade.

Já agora mostrarei pelos respectivos mapas quais as causas de maior obituário geral observadas nos últimos três anos, que são as inscritas sob as rúbricas seguintes:

Tuberculose do aparelho respiratório; Hemorragia cerebral, embolia ou trombose cerebral; Doenças do coração; Pneumonias; Diarreia e enterite; Debilidade congénita; Senilidade e Causas não especificadas ou mal definidas.

Por elas se observa que são as doenças do coração e circulatórias, a senilidade, a tuberculose, as pneumonias e diarreias, isto é, as provenientes de estados degenerativos e dos infecciosos. Sobre estes ainda os serviços sanitários podem exercer a sua influência na sua diminuição, sobretudo desde o aparecimento dos antibióticos, porém sobre as causas de natureza degenerativa isso depende mais dos próprios indivíduos e meios económicos sociais.

Referirei ainda que no inquérito da lepra executado no meu distrito, foi possível fazer a averiguação de 79 indivíduos doentes e suspeitos, assim distribuídos:

Concelhos	Averiguados	Internados	Isolados	
			no domicílio	Falecidos
Viana	26	7	5	14
P. Lima	5	—	5	—
P. Barca	4	—	4	—
Arcos	12	3	7	2
Melgaço	4	—	3 (1 safu para o Brasil)	—
Monção	13	—	12	1
Coura	5	5	—	—
Valença	6	—	4	2
Caminha	3	1	1	1
Cerveira	2	—	1	1
	80	16	42	21

Aqueles que não foram ainda internados estão isolados em suas casas e são examinados periodicamente pela Brigada Móvel do Hospital Rovisco Pais, para se verificar se se encontram ou não em período contagiante, bem assim todos os seus comunicantes, para se verificar se foram ou não

contagiados. Esse isolamento é precário em alguns casos, e as suas condições higiénicas não satisfazem a uma boa profilaxia contra o mal de Hansen.

Além desta doença de carácter social, terei ainda de fazer menção das doenças venéreas, bastante frequentes na sede do distrito, mas também espalhadas pelos demais concelhos. Só na cidade é que se pode ter uma ideia da sua incidência, pelo movimento registado no Dispensário de Higiene Social, que foi:

Inscritos que transitaram até ao ano de 1947, 933; inscrições durante este ano, 98 varões e 168 fêmeas, dos quais 8 eram portadores de sífilis primária; 89, de sífilis secundária; 17, de sífilis terciária; 106 de heredo-sífilis e 3 de sífilis antiga e 42 portadores de outras doenças venéreas. No decorrer deste ano, incidiram sobre a totalidade dos inscritos 1.238 consultas e 12.014 injeções, sendo 113 de arsenobenzóis, 3.738 de bismuto e 7.123 de mercúrio e as restantes de diversos produtos, que com 1.238 tratamentos, perfaz um total de 13.252 serviços neste ano.

Em 1948 regista mais 308 inscrições de doentes, a acrescentar às dos anos anteriores, a quem foram aplicadas um total de consultas e tratamentos de 13.391; no ano de 1949, as novas inscrições foram de 235 e o número total de tratamentos e de injeções foi de 12.975.

Pelo relatório do dr. Tovar de Lemos, referente ao ano de 1946, se verifica que, depois dos dispensários de Lisboa, Porto e Funchal, aparece o de Viana com maior soma de serviços prestados.

Existia outro dispensário no concelho de Ponte do Lima, com um movimento que bem justificava o seu permanente funcionamento, mas que foi encerrado por falta de verba e de pessoal. Era sustentado também pela Junta Provincial do Minho, como é o de Viana. É de lastimar que não continue a prestar essa assistência, que tão útil se tornava e onde atraía elevado número de sífilíticos, fazendo, ao mesmo tempo que a terapêutica da sífilis, a sua profilaxia.

Para se calcular a acção desenvolvida, basta citar que de 1936 a 1947 se inscreveram 27 indivíduos com sífilis primária; 122 com sífilis secundária; 433, com sífilis hereditária; 287, com sífilis terciária e 287 doutras doenças venéreas. A todos estes foi prestada nesse período a seguinte assistência: 5.555 consultas; 247 injeções de produtos arsenicais; 11.312, de bismuto; 37.875, de mercúrio; e 81.440 tratamentos, serviços estes que somados perfazem o total de 141.984, durante 11 anos de existência.

A sua actividade foi por vezes interrompida por períodos, devido à irregularidade de verbas atribuídas e por falta de produtos a administrar. Por aqui se faz uma ligeira ideia de como nos meios rurais existe a necessidade de estabelecer serviços de tratamento e profilaxia destas doenças,

gratuitamente aos economicamente débeis e com limitados e não excessivos gastos aos das classes de melhores possibilidades.

Nos restantes concelhos a luta contra estas doenças está limitada à exercida pela clínica particular, para elas não havendo até à publicação da lei 2.036 obrigatoriedade de notificação.

Não há luta organizada senão na cidade, com a inspecção semanal das toleradas, suspeitas ou denunciadas, que a polícia manda examinar, e que serão internadas no hospital quando se verifique estarem infectadas.

Nos demais concelhos só se procede igualmente, quando haja conhecimento público da existência de contágios provocados por pessoa suspeita e averiguada a causadora dessa infecção.

As romarias, as feiras, os serões e arraiais de que os minhotos tanto gostam e os animam com a sua alegria, constituem também as causas da maior sedução e prostituição.

*
* *

Das outras doenças infecciosas que grassam no nosso distrito mas sobre as quais não recai vigilância especial e até mais vale que se suportem na infância que nas idades da puberdade ou adulta, como sejam o sarampo, o trazorelho, varicela, etc., não vale a pena fazer qualquer descrição, por apresentarem as características endemo-epidemiológicas comuns aos demais distritos e outros países, com uma grande difusão e sem probabilidades nem vantagem duma profilaxia ordenada. A sua mortalidade é mínima e a maior parte das vezes mais por complicação ou agravo doutras doenças existentes.

Desejamos ainda focar um facto que nos foi dado verificar quando acompanhamos a brigada da zona norte do Centro Psiquiátrico, por ocasião da sua instalação, que visitou os concelhos do nosso distrito para fazer o computo do número de doentes prováveis com perturbações mentais. Consistiu esse facto no aparecimento de elevado número de crianças com sequelas nervosas resultantes de meningite cérebro-espinhal relacionadas com uma epidemia dessa doença, que grassou no ano de 1943, em Ponte de Lima, nalgumas das suas freguesias, num número aproximado de 100 casos. A partir dessa data vem sendo notado naquele concelho, precisamente nos locais onde existiu o foco epidémico ou nas suas vizinhanças, o aparecimento de casos de púrpura infecciosa, quer em adultos quer em crianças, cuja causa tem sido atribuída ao meningococcus. Estes estados surgem sobretudo na Primavera e os clínicos locais já prevenidos da sua causa acodem aos doentes com a administração dos antibióticos e

soro com os melhores resultados. Se se deixarem entregues a si próprios sem esta terapêutica, decorrido certo tempo surgem as manifestações de nevraxite, por vezes irreversíveis. Isto tem a sua explicação pelo número de portadores que persistiram nesse meio após o foco epidémico referido. Durante essas visitas, também foi motivo de reparo a existência de doentes com perturbações nervosas e mentais que se reconheceu terem o seu assento em indivíduos portadores de pelagra. Isso motivou um pedido de inquérito nos concelhos onde essa doença se manifestava com mais frequência, chegando-se à conclusão de que deveriam existir no ano de 1947 cerca de 1.000 pelagrosos, situados numa zona que tinha por centro o concelho de Paredes de Coura e por periferia a parte dos concelhos de Ponte do Lima, Arcos de Valdevez e Valença, nas suas freguesias confinantes. Essa doença da nutrição está relacionada com os vícios e insuficiências alimentares daqueles locais, onde impera uma grande produção de cereais, sobretudo de milho, e na qual a alimentação se fazia quase à custa destes produtos durante o período da crise do post-guerra. Para combater este estado, foram concedidas pela Direcção Geral de Saúde as vitaminas PP, as do grupo B e extractos de fígado que se distribuíram através das respectivas subdelegações ao mesmo tempo que se iam dando instruções sobre a maneira de evitar estas insuficiências, que muitas vezes não eram somente provenientes da miséria mas também da ignorância e má aplicação dos seus alimentos.

Essas condições de sanidade mudaram com os meios empregados e com a melhoria dos abastecimentos que se seguiu a esse período, embora apareçam ainda alguns casos todos os anos, mas sem aquele carácter que mais nos parecia uma invasão epidémica que uma situação de insuficiência económica ou de educação da higiene alimentar, com as suas consequências.

Muitos estados patológicos dos nossos meios rurais têm a sua base nos vícios e desvios alimentares, que muitas vezes levam a carências perturbadoras da sua saúde física e mental.

Talvez que a elevada percentagem da patologia do aparelho digestivo observada neste distrito seja em grande parte resultante dessas causas, não só por deficiência quantitativa mas também qualitativa.

Além desta patologia encontram-se também a dos reumatismos, e a das doenças da circulação com relativa frequência.

Pelo quadro exposto, que nos foi amavelmente cedido pelo ilustre director do Centro Psiquiátrico do Norte, se nota a percentagem dos doentes mentais observados no distrito e por concelhos, a quem presta assistência durante duas visitas mensais realizadas à sede do distrito e com o internamento dos casos agudos que não tenham possibilidades de

fazer tratamento no seu domicílio ou dos casos crónicos que constituam ameaça permanente para a sociedade (Vid. Quadro I).

Para hospitalização de doentes de clínica geral neste distrito, existe um hospital em cada concelho, com os leitos indicados no quadro que apresentamos (Vid. Quadro II).

A não ser o hospital do concelho de Vila Nova de Cerveira e o dos Arcos de Valdevez, que possuem pavilhão próprio para isolamento, nos restantes têm-se improvisado nas suas enfermarias gerais ou em algumas das dependências destinadas a outro fim, o que já se tem realizado quando as circunstâncias obrigam. Tudo se tem feito com a boa vontade e cooperação dos directores clínicos e provedores dos hospitais das Misericórdias, na aceitação dos doentes contagiosos a quem está indicado o internamento, para manter a vigilância profiláctica e seu tratamento, que tem sido um dos meios mais recomendados e eficazes de se evitar a propagação de doenças transmissíveis.

Para assistência clínica no distrito existem ainda 16 Casas do Povo, 3 dos Pescadores, além dos serviços das Caixas Sindicais de Previdência.

A assistência médica é efectuada por 72 médicos, dos quais 30 localizados no concelho de Viana e destes 21 na cidade; 8 no de Ponte do Lima, 3 no de Ponte da Barca, 5 no dos Arcos, 3 no de Coura, 4 em Melgaço, 6 no de Monção, 4 em Valença, 3 em Cerveira e 6 em Caminha.

Dos 71 clínicos, 21 são médicos municipais e destes 9 exercem cumulativamente as funções de «subdelegados de Saúde» e 4 as de médicos das Casas do Povo. 3 clínicos exercem funções nas Casas dos Pescadores e os restantes dedicam-se à clínica particular e geral na sua maioria, exceptuando dois oftalmologistas, 3 estomatologistas e 1 radiologista.

A percentagem é de 1 clínico para 4.000 habitantes, na sua maioria concentrados na cidade e vilas, o que agrava mais a assistência clínica nos meios rurais. Apesar de assacarem aos médicos municipais o pouco rendimento da sua acção assistencial e sanitária concelhia, o que se verifica é que nos meios rurais são eles que prestam a maioria desses serviços. Contudo, isso não tem impedido que alguns municípios deixem de preencher as vagas que se vão dando nos seus quadros. O resultado é fugirem os médicos para os centros e abandonarem as aldeias, onde até agora se instalavam no início sempre penoso do exercício da clínica e onde criavam raízes pelos laços de família e amizades contraídas. O pequeno vencimento camarário era um chamariz de localização àqueles a quem a fortuna não dera um berço doirado que continuasse a embalá-los para além da sua infância. A falta de condições de vida nos meios rurais, sem garantias futuras de qualquer espécie, não permite que a assistência clínica nestes

meios corresponda às suas necessidades nem tampouco contribui para melhor educação higiénica das populações pela sua acção constante e aplicação da profilaxia adequada.

Esta resolução de algumas Câmaras, que persistem em não continuarem a preencher os lugares de médicos municipais, deve ser compensada com a criação de centros de saúde instalados e localizados em áreas determinadas; porque contar apenas com os médicos de clínica livre para cuidar dos pobres do seu concelho, revela o mesmo cuidado que as Câmaras têm com a satisfação das melhorias das freguesias e lugarejos, no abastecimento de águas potáveis bem protegidas e construção de meios de recolha dos seus dejectos, de forma a torná-los inofensivos, sem perderem as qualidades de adubação. As águas das nossas aldeias andam conspurcadas com toda a espécie de imundícies, pois que os poços de mergulho são frequentes e as fontes de afloramento, sob os terrenos cultivados e sem qualquer resguardo, compreendem uma grande percentagem. A higiene do nosso camponês continua a manter-se dentro dos mesmos hábitos e costumes dos seus antepassados, enquanto nos meios urbanizados as obras de sanidade pública atingem por vezes o supérfluo e a pulverização de meios assistenciais leva por vezes a entrecrocarem-se e a permitirem ser explorados. De resto, temos de lembrar que no nosso distrito, cuja população urbana (sedes dos concelhos e cidade) atinge 32.694 habitantes, sendo a dos meios rurais de 220.950 habitantes (censo de 1940), ainda nem toda a parte urbana está abastecida de águas em boas condições de captação, condução e distribuição. As vilas de Praia de Âncora e Ponte do Lima ainda a não têm em qualidade e quantidade para seu abastecimento e a própria cidade de Viana só a possui em limitada quantidade, estando ainda em projecto o aproveitamento duma ressurgência da veiga de Areosa, que servirá de reforço para as épocas de Verão e de estiagem prolongada.

Quanto à rede de esgotos nem a cidade a tem, pelo que se serve dos condutos das águas pluviais e dos de lavagem das ruas. Sòmente a vila de Monção tem parte dessa rede construída há cerca de 2 anos, mas para cúmulo de descuido ainda não foi determinada a ligação das habitações.

Enfim, este distrito rural não tem recebido a compensação do seu esforço para a causa comum, pois que os benefícios andam arredados da sua porta. Por outro lado as Câmaras Municipais fazem o emprego das suas verbas em obras doutra natureza, geralmente mais vistosas mas menos proveitosas, e sempre que se lhes indica a conveniência e necessidade de terminarem com a causa dum foco endemo-epidémico prometem com as melhores palavras resolver o assunto a contento nosso, todavia terminado o motivo que despertava interesse momentâneo — como seja

uma exacerbação dum foco endémico de febres tifóides em qualquer localidade — tudo se esqueceu e arrumou para o canto por se julgar desnecessário e improfíquo. E assim se vão passando os problemas sanitários dumas para outras vereações e duns para outros funcionários de Saúde quando estes vão descansar o sono eterno das suas fadigas e desilusões. Foi neste ambiente que sempre trabalhamos durante 20 anos no exercício das funções sanitárias. Temos de concordar, também que algumas Câmaras, como as de Melgaço, Monção, Vila Nova de Cerveira e a da cidade, nos últimos anos têm procurado intensificar as obras que conduzam a um fornecimento de águas em melhores condições. Se o ritmo dessas obras não é de molde a dar-nos inteira consolação, temos de compreender também que as suas disponibilidades económicas não permitem realizações de vulto e generalizadas que se estendam a uma boa parte das nossas freguesias.

Segundo um mapa estatístico apresentado pelo Ex.^{mo} Sr. Inspector Couto Nogueira à II Reunião dos Delegados de Saúde, em que focava o número total de projectos aprovados pela Junta Sanitária de Águas desde 1935, de pouco mais que um milhar, descriminados por distritos, o de Viana do Castelo era um dos que caminhava à cauda dessa lista, com 19 projectos sòmente. Isto revela que, à parte outras pequenas obras camarárias de limitado dispêndio, mas às vezes de grande importância sanitária, o nosso distrito não tem sido dos mais atendidos nem dos mais cuidados na realização dos meios que conduzem a um melhor estado de salubridade e higiene. As vistas voltam-se mais para outros locais, sobretudo para as regiões fabris, desprezando a parte agrícola, donde surge o viveiro humano a alimentar com a sua seiva as cidades mais deficitárias e que constituem uma tentação pelas facilidades duma vida menos trabalhosa e de menos sacrifícios com possibilidades de melhores proventos e mais regalias. Os bairros de casas económicas também só se constroem nesses locais, mas não se pensou ainda na construção de casas rurais para os pequenos lavradores com currais independentes, nitreiras e abastecimento de águas, de modo a permitir-lhes uma vida mais sadia e humana, com mais apego à terra, ao mesmo tempo que constituam modelos a serem seguidos na construção de novas habitações pelos vizinhos mais abastados ou pelos que tendo emigrado regressam às suas terras com um pecúlio que lhes permita melhorar a sua vivenda, pois que é a destes a melhor parte que se encontra nos nossos meios rurais.

Durante o triénio em que me foi confiada a direcção dos serviços de saúde no meu distrito, não nos foi dado observar nem ter conhecimento de qualquer caso de varíola ou tifo exantemático. A varíola não tem

aparecido como mancha negra a manifestar a incúria quer da nossa gente quer dos serviços sanitários, porque se têm procurado fazer vacinações em todas as freguesias, nas escolas, nos locais de trabalho onde haja aglomeração de pessoal, nas fábricas, etc. Apesar de não se atingir a percentagem indispensável para mantermos confiança precisa na não irrupção desta doença no nosso distrito, julgamos que este se encontra melhor defendido desde que foi possível nestes últimos três anos imunizar 55.071 indivíduos contra essa doença, ou seja cerca de um quinto da sua população. Podemos afirmar que os compreendidos até à idade dos 20 anos estão protegidos com a imunidade contra a varíola, porque, quer à entrada para o ensino primário quer quando abandonam a escola, são sempre revacinados os seus alunos, o que lhes permite manterem-se defendidos por um período provável de 7 anos até atingirem a idade adulta.

Ao mesmo tempo que se realizava a aplicação desta vacina aproveitava-se a oportunidade para aplicar outras às crianças das proximidades e aos próprios pais, convidando-os a comparecer em dias e horas determinados, para se protegerem, a si e a seus filhos. Para este trabalho de imunizações se dispensou o pessoal sanitário auxiliar da Delegação de Saúde, para cooperar com os diversos médicos municipais nas diferentes localidades e sob a sua direcção. Assim se ministraram conjuntamente, conforme as indicações, as vacinas contra a difteria e contra a tosse convulsa, e simultaneamente a anti-variólica e anti-diftérica ou aquela e a anti-tifóide, a fim de evitar muitas sessões, com menos número de deslocações, que é factor importante, não só de economia nossa mas principalmente dos que têm de deixar os seus trabalhos e a sua vida doméstica com perda de tempo.

Nunca as reacções observadas foram de molde a mostrar-nos inconvenientes neste modo de proceder e a imunidade de algumas destas doenças está hoje assente que se reforça até pela combinação dos antigénios.

Também não nos foi dado observar o aparecimento de casos clínicos dessas doenças naqueles que completaram um número suficiente de vacinações.

Devem V.^{as} Ex.^{as} ter reparado que no decorrer da descrição sumária que acabo de fazer do estado endemo-epidemiológico do distrito a meu cargo, frequentemente estabeleci estreitas relações dos serviços preventivos com os assistenciais. Não o fiz sòmente por ter dedicado a maior parte da minha vida profissional à medicina curativa, para a qual me sentiria ainda impellido pelas tendências da formação profissional imprimidas ao meu espírito, mas porque reconheço que a medicina preventiva lhe deve estar associada nos dispensários de Higiene Social, nos dispensários anti-tuber-

culosos, nos dispensários de puericultura, nos Hospitais, enfim, em todos os consultórios ou postos médicos. Só com uma boa organização da assistência médica se poderá obter uma boa sanidade pública, motivo que nos levou a estabelecermos a melhor ligação com todos esses serviços, auxiliando-nos mutuamente, num entendimento de perfeita compreensão. Deste empenho de auxiliar e valorizar os que trabalham na medicina curativa, fornecendo-lhes os meios necessários à confirmação laboratorial dos diagnósticos clínicos, pondo-lhes à disposição produtos para estabelecer luta profilática, recebemos sempre a recompensa. Da organização e distribuição destes recursos em todos os concelhos é que depende o êxito da nossa missão, pois que os da medicina construtiva não estão ao nosso alcance, antes algumas vezes até em antagonismo de acção connosco.

Muito mais teria a referir para dar uma pequena ideia dos aspectos sanitários do Minho, ou mais propriamente, do distrito de Viana do Castelo, que, possuindo uma extensa ligação fronteiriça, quer terrestre quer fluvial, com o país vizinho, nos leva a ter em consideração a possível introdução dos seus surtos epidémicos entre nós, pelo intercâmbio das populações raianas e até pelos que regressam dos períodos de emigração em trabalhos que ali procura a nossa excedente população. Não devo nem posso abusar da vossa paciência por mais tempo, que já deve estar esgotada durante esta hora, numa descrição sem atractivos.

Resta-me pedir-vos desculpa desse facto e agradecer-vos a vossa tolerância para a minha insuficiência.

Também quero pedir desculpa ao Ex.^{mo} Director deste Instituto, por não ter correspondido à sua finalidade, como tanto seria do meu desejo, mas quem dá o que tem não pode a mais ser obrigado e consola-me apenas o ter respondido à chamada com a minha presença.

CÂNDIDO AUGUSTO DA ROCHA E SÁ

Delegado de Saúde de Viana do Castelo

Mapa dos doentes mentais assistidos pelo Centro Psiquiátrico do Norte no Distrito de Viana do Castelo

Concelhos	Doentes atendidos	Consultas e tratamentos	População	Doentes mentais	Permilagem o/oo	Internados	Observações
Arcos de Valdevez ...	15	18	37.009	58	1,56	6	Movimento ambula- tório até Dezembro de 1950.
Caminha	37	41	16.204	39	2,40	3	
Melgaço	16	16	17.388	44	2,50	2	Internados existen- tes em 20 de Dezem- bro de 1950.
Monção	36	58	27.069	51	1,88	3	
Paredes de Coura	9	10	15.303	37	2,41	1	
Ponte da Barca	12	22	14.959	32	2,15	1	
Ponte do Lima	96	269	40.171	81	2,10	6	
Valença	5	23	16.925	30	1,77	2	
Viana do Castelo	164	658	62.618	118	1,88	16	
Vila Nova de Cerveira	10	12	10.900	18	1,65	1	
Totais	400	1.127	258.546	508	1,96	41	

QUADRO I

**Número de camas para internamento de doentes nos
Hospitais dos Concelhos do Distrito
de Viana do Castelo**

Concelhos	População	Número de leitos	o/oo
Arcos de Valdevez ...	37.009	55	1,4
Caminha	16.204	40	2,4
Melgaço	17.388	17	0,9
Monção	27.069	40	1,4
Paredes de Coura	15.393	20	1,3
Ponte da Barca	14.959	28	1,8
Ponte do Lima	40.171	27	0,6
Valença	16.925	32	1,8
Viana do Castelo	62.618	89	1,4
Vila Nova de Cerveira	10.900	19	1,7
Totais	258.546	367	1,4

QUADRO II

(Durante a lição foram apresentados mais quadros com mapas e gráficos, documentando as afirmações feitas).

LUGARES SELECTOS

A Peste no Porto

A epidemia da Fonte Taurina

(Relatório de 28-7-99) (*)

Informado de que em algumas casas da Rua da Fonte Taurina se tinham dado mortes inopinadas e consecutivas, procedi, apesar das certidões de óbito indicarem para os casos assinalados doenças normais, a uma visita e inquérito no local incriminado a 6-7-99, que me fizeram descobrir uma irrupção epidémica de moléstia grave e insólita. Dado logo aviso do pernicioso achado à autoridade e encetadas as medidas sanitárias imediatas, incessantemente me ocupei tanto no estudo da forma e natureza do andaço, como na vigilância e combate da sua propagação. Desses trabalhos começo de dar conta mais minuciosa neste primeiro relatório, por descargo meu e por interesse superior de saúde pública.

I — OS CASOS

Apurar as vítimas mortas e escapas, refazer a marcha da epidemia e seguir-lhe o rastilho, só foi conseguível à custa duma inquirição prolongada e repetida. A primeira investigação o receio da denúncia e de vexames fez calar muito do que eu desejara saber; mas esta repugnância venceu-se por completo, e, graças às minhas idas frequentes, à forma suasória das instâncias, à vigilância continuada do pessoal do posto de desinfecção, à obsequiosidade de alguns colegas e ao emprego enfim de todos os meios possíveis de devassa de que lancei mão, sempre me vi de posse de suficientes materiais e esclarecimentos.

A primeira averiguação a registrar é a descrição dos casos seriados cronologicamente e topograficamente referidos. Dos mencionados, uns

(*) Primeiro relatório apresentado por Ricardo Jorge.

são-no por informação verídica das pessoas que assistiram, ou dos médicos, outros pela interrogação dos já curados, outros, enfim, pelo exame directo do enfermo.

CASO I — Fonte Taurina, 88 — Gregório Blanco, espanhol, de 47 anos de idade, carrejão de bordo e de armazéns do porto. Andava há pouco adoentado de uma pontada no lado direito, sem inchaço algum ⁽¹⁾, quando em 5 de Junho passado, depois de um dia de serviço, entrou no domicílio taciturno e cambaleante; a gente da casa chegou a supô-lo embriagado. Foi à latrina e, como se demorasse, os companheiros foram dar com ele já morto. Trabalhava ultimamente em carregó de trigo para os armazéns da casa Barreto.

CASO II — Escadas das Verdades, ilha do Trinta — José Lourenço, de 33 anos, espanhol, também carrejão. Adoeceu logo ao outro dia (7-6) do enterro do Gregório, de quem era amigo e companheiro. Recolheu-se ao Hospital de Santo António, onde esteve 11 dias, Febre, delírio, pontada debaixo do braço direito; aos 5 dias começou-lhe o tumor, que foi avolumando. Ainda hoje (6-7) se sente a tumefacção dura e indolente na cova do braço. O restabelecimento tem sido lento, muita fraqueza e inaptidão para o trabalho; não tem podido fazer carretos. Carregou bacalhau para a casa Araújo nos dias anteriores à doença.

CASO III — Fonte Taurina, 88 — José Soares, 48 anos, espanhol, também carregador; coabitante do Gregório. Enfermou aproximadamente a 15 de Junho com calafrios e febre. Tinha 2 inchaços, um debaixo do braço direito outro na virilha esquerda. Não teve que recolher-se ao hospital, e restabeleceu-se passada uma semana. Está hoje perfeitamente, sem que o mal deixasse vestígios.

CASO IV — Fonte Taurina, 88 — José Souto, 30 anos, espanhol, mesma profissão e circunstâncias do anterior. Adoeceu na ocasião do precedente e com sintomas análogos. A íngua era na virilha direita. Esteve só três dias de cama e a convalescença foi rápida. Um pouco aterrado com a doença partira para a Galiza, onde dizem conservar-se.

(1) Já muito tardiamente em fins de Agosto o sr. dr. Francisco Ferreira da Cunha veio declarar pela Imprensa que vira os dois ou três primeiros casos. Pena foi que na ocasião o não soubesse, tanto mais que, junto de seu irmão o Dr. Alcino da Cunha, procurei obter esses esclarecimentos. Nessa carta publicada diz o sr. Dr. Ferreira da Cunha que o Gregório Blanco tinha um inchaço axilar. Confirma-se assim o meu diagnóstico. Nada mais acrescenta que exceda os informes que indirecta e laboriosamente obtive na ocasião da descoberta da epidemia.

CASO V — Fonte Taurina, 88 — Alberto Thomé Rodrigues, 57 anos, espanhol, locandeiro. Estava doente de cama com uma nevralgia facial, quando o Gregório faleceu. Oito a dez dias depois, atacou-o também o mal que rompeu com calafrios, febre e prostração; durante 48 horas manteve-se numa apatia completa. Nasceu-lhe então uma íngua na virilha esquerda com dores e rubôr, que dentro em pouco se desvaneceram; o inchaço continuou de crescer e indurecer para desaparecer em seguida pouco e pouco. Esteve acamado oito dias, e hoje (6-7) voltou completamente ao seu estado anterior de saúde, sem que a moléstia parecesse agravar os seus padecimentos anteriores.

CASO VI — Fonte Taurina, 84 — Maria Rosa, 26 anos, casada, portuguesa. Estava grávida de alguns meses; entrou de adoecer, a 15-6, abortou e dois dias depois falecia. Nasceu-lhe uma espinha brava no ombro direito, e ínguas debaixo dos dois braços, tão dolorosas que os não podia mexer. Teve diarreia abundante e fétida. Na véspera da sua morte, finava-se também um filhinho de 6 meses; era criança fraca e mal alimentada.

CASO VII — Fonte Taurina, 84 — Domingos Louredo, 30 anos, carrejão espanhol, marido da antecedente. Morreu a 21-6, 4 dias depois do falecimento da mulher, após o qual se refugiara na casa número 70 onde expirou. Sentiu-se doente a 17; febre e íngua no sovaco direito. Empregava-se habitualmente em carrejão de bacalhau. Era companheiro e amigo do Gregório, e como tal velou também o seu cadáver.

CASO VIII e IX — Duas filhas de Romão Sanches, espanhol e carrejão, que dormia à semana na casa n.º 70, mas residindo adiante dos Carvalhos, na freguesia de S. Martinho de Argoncilhe, onde passa do sábado à segunda-feira. A primeira, de 7 anos, adoeceu a 17-6; febre, delírio e agitação durante duas noites, inchaço na virilha direita e esquerda. A segunda, de 11 anos, enfermou a 19-6; mas com mais intensidade. A íngua também na virilha direita tumefez-se muito. Ambas se restabeleceram ao cabo de alguns dias; mas na segunda o tumor, em vez de abater, supurou a 14-7. Ambas tiveram diarreia abundante e fétida.

CASO X — Fonte Taurina, 88 — José Pais Branco, idade 50 anos, espanhol, carrejão e coabitante do Gregório. Foi quem barbeou o Domingos depois de morto. Caiu com o mal a 30-6; tiveram de o recolher ao hospital com febre e prostração extrema, tinha ínguas na axila direita. Morreu a 1-7.

CASO XI — Rua dos Mercadores, 64 — Joaquim António Pinto, barbeiro, 34 anos, português. No dia 16-6 veio consultar o médico Alcino da Cunha, mas o abatimento e as dores não o deixaram subir as escadas.

Como vivia só, foi tratar-se para a viela do Buraco, n.º 28, onde morreu a 20-6. Acusava os sintomas habituais; íngua na virilha direita.

CASO XII — Escadas dos Guindais, 20 — Manuel Martins, casado, 49 anos, carregão. Tinha ultimamente carregado de bordo bacalhau para a casa Araújo, era também carregador de frutas da casa João Botelho, da Ribeira. Adoeceu a 19-6; febre e delírio; uma manhã saltou da cama para a rua em grita desabrida. A 24-6 entrou no hospital; trazia um antraz no flanco direito e uma íngua na virilha correspondente; entenderam os assistentes que se tratava dum antraz com infecção ganglionar e geral consecutiva. Quando a 6-7 o digno director clínico do hospital foi por mim avisado da existência do foco epidémico, o caso então evidenciou-se e o enfermo foi logo isolado com todas as precauções num pavilhão da cerca ⁽²⁾. Vi-o a 8-7. Prostração e apatia, face emaciada, língua saburrosa, amarela e seca; o estado geral duma adinamia tifóide. Carbúnculo no flanco direito, bubão supurado e aberto na virilha, escara sagrada correspondente a um carbúnculo primitivo dessa região. A febre, desde que entrou no hospital, era de tipo sub-contínuo, oscilando entre 38º e 39º; a 7-7 chegava a 39º,9, mantendo-se desde então entre 40º e 40º,5 até à morte, que se deu a 9-7, às 3 horas e meia da tarde. O pús bubão e baço deste doente foram sujeitos à análise bacteriológica.

CASO XIII — Escadas dos Guindais, 27 — Vieira, espanhol, de 35 anos, carregão. Adoeceu a 24-6; abatimento, anorexia, febre, pontada à esquerda. Esteve desacordado durante 2 dias. A íngua apareceu-lhe depois no sovaco esquerdo; ainda hoje (6-7) tem os gânglios axilares encaixados e duros. Restabeleceu-se ao cabo de 10 dias; sente-se bem disposto e trabalha como dantes.

CASO XIV — Fonte Taurina, 70 — F., rapariga de 11 anos; caiu a 26-6; febre, agitação nocturna, íngua na axila direita. Quando a vi a 6-7, aproximava-se o restabelecimento; a 10-7, já andava a pé. A íngua tinha avolumado e estava um pouco dorida, pele luzidia e violácea; dias depois vinha a furo, sendo aberta a 14-7; pús abundante, laudabile, e carnicão. Estado geral excelente; bom apetite e forças.

CASO XV — Fonte Taurina, 84 — F., rapariga de 7 anos, adoeceu a 30-6, com a invasão costumada; íngua dolorosa empastada na axila direita. A 6-7, febre nula, ainda na cama; três dias depois a criança andava a pé como se nada fôra; da adenite restava um caroço duro e indolente.

(2) Foi o primeiro dos doentes hospitalizados que foi considerado empestado. Os outros passaram naturalmente despercebidos, e estiveram nas enfermarias comuns.

CASO XVI — Fonte Taurina, 70 — José Inácio Garcia, 33 anos, espanhol, carrejão. Encontrei-o atacado do mal na minha primeira visita a 6-7, fi-lo imediatamente remover para o hospital, onde foi internado na enfermaria de isolamento, ao cuidado do sr. dr. Guilherme Nogueira. No dia 3-7, à noite, sentiu-se com febre, peso na cabeça, cefalalgia; na terça-feira ainda trabalhou a custo na descarga dum vapor. Veio para casa já com íngua dolorosa debaixo do braço direito, tonturas e dores de cabeça intensas. Acamou no dia seguinte, estado febril, anorexia completa, prostração. A 6-7, ao esforçar-se por erguer-se caiu estonteado e nesse dia foi transportado para o hospital; temperatura 39°,3, empastamento doloroso e rubor na linha axilar direita, na altura da quinta costela por dentro do bordo do grande peitoral. Dor, engorgitamento, e rubefacção tinham diminuído muito ao outro dia; formava-se o caroço ganglionar do tamanho duma noz. Descia a temperatura a 38°, o estado geral era outro. Não caminhou todavia para um restabelecimento rápido. Pouco apetite, má digestão, fraqueza; a temperatura, que pela manhã está a 37° ou 37°,5, tem uma exacerbação vespertina de 38°,5 e mais, chegando às vezes a 39°. E mais ou menos assim se manteve até estes últimos dias, em que entrou numa convalescença mais franca.

CASO XVII — Cima do Muro dos Bacalhoeiros, 113 — Maria José, 38 anos, mulher de Francisco Moreira Soares, barbeiro. No dia 14-7, à tarde, veio-lhe grande soltura e uma dor na cova do braço; de noite, tremuras, febre, cefalalgia, terrores. Todo o dia seguinte passou mal, arrastando-se ainda nas suas ocupações domésticas; a 16-7 ainda se ergueu, mas acamou logo. As dores na cabeça e nas pernas eram intoleráveis, o braço nem o podia mexer. Piorou a 17-7, dia em que tomou um purgante. No dia seguinte pela manhã, quando a visitei, alívio considerável, boa disposição, pulso apiretico. A 19-7 levantou-se; foi só então que apareceu o caroço no alto do sovaco que chegou a volumar até ao tamanho duma noz. A diarreia teve-a sempre mais ou menos até agora (24-7).

II — FEIÇÃO CLÍNICA

A síntese nosográfica desta série de casos tão conexos pelas relações cronológicas, topográficas e etiológicas, revê-se imediatamente do seu esboço descritivo, sucinto sim, mas expressivo e frisante. Calquem-se e sobreponham-se os traços parcelares, que a figura total da espécie mórbida imediatamente se destaca com inteireza e sem falhas nas suas linhas essenciais e características. A estampa sintomática é ponto por ponto a da

peste do levante, como se dizia outrora, a da peste bubónica, na expressão de hoje.

— Eis o painel da nossa epidemia, tal como nos foi possível esboçá-lo em face das observações tomadas ⁽³⁾.

O mal fere quase a súbitas ou com prodromos mais ou menos dilatados; quebrantamento, anorexia, arrepios, dores de cabeça, estonteamento. A invasão declara-se pelo aniquilamento de forças, fala embaraçada, cefalalgia violenta, agonias, marcha titubeante, caída na cama. Arde a febre logo; caem (caso V e XIII) numa apatia singular, inertes, automáticos, indiferentes a tudo, semelhantemente à observação feita pelo sr. Gomes da Silva na epidemia de Macau de 94; prostram-se mesmo num estado supural profundo em verdadeiro estupor; toma-os a espaços sobretudo de noite, um delírio calmo. Apenas o doente do caso XII foi presa dum delírio violento saltando pelo leito e ululando pela rua naquele frenezim que as crónicas registram com pavor nas epidemias medievais.

Espeta-se pontada viva, ou no lado por baixo do braço, ou junto da virilha: é o que os nossos antigos na pandémica peste negra de 1348 chamavam a dor de levadigas, a dor que precedia ou acompanhava a levção, a íngua. A par com a invasão, ou o mais tardar ao 3.º ou 4.º dia (caso XVII), nasce o bubão — a assinatura característica da peste. É axilar ou inguinal ⁽⁴⁾; como já muito bem o observara o nosso Ambrósio Nunes na epidemia de 1598, escrevendo que os inchaços saem debaixo dos braços e nas virilhas. Nos dezasseis casos, em que a adenite se registra, nove tiveram-na no sovaco (sete à direita, um à esquerda, um dos dois lados) — seis na virilha (quatro à direita, um à esquerda, um dos dois lados; um enfim na axila direita e na virilha esquerda.

Nos casos que melhor observei a adenite iniciava-se por um empastamento doloroso espontaneamente e à pressão com rubor cutâneo, assente sob o bordo do grande peitoral; esta agudeza dissipava-se ao cabo de dois ou três dias, os gânglios encaroçavam e ficavam mais ou menos indolentes. Outras vezes foram os gânglios da abóbada axilar os enfartados. Ora a reabsorção se faz rapidamente e a tumefacção se apaga sem deixar ves-

⁽³⁾ Note-se que é em face das observações tomadas, pois que o quadro se foi alargando com o andamento da epidemia que aliás está hoje mesmo (4-9) ainda longe de esgotar as modalidades da peste.

⁽⁴⁾ Destes bubões da virilha só um tinha visto por observação directa. Classifiquei-os a todos como inguinais; mas por certo que muitos deles seriam, não propriamente inguinais, mas crurais, que tanto têm abundado nos casos subsequentes.

tígio, ora se mantém longo tempo, como no caso II; supuração só a houve em três casos; num, precoce, logo aos primeiros dias, coincidente com agravação progressiva de sintomas (caso XII); nos outros dois, tardia em plena convalescença (casos IX e XIV). O nosso Ambrósio Nunes sublinha já este contraste entre o apostema benigno e maligno dos inchaços. O carbúnculo é depois do bubão o segundo sinal da peste. De mau agouro como é da praxe, apareceram os carbúnculos em dois casos ambos fatais; o nosso monografista destacava também este acidente, dizendo-o tão perigoso, que geralmente mata ou põe o enfermo em muito risco. O primeiro foi o da doente do caso VI, que tinha um carbúnculo no ombro; o segundo vi-o no caso XII, onde houve dois carbúnculos, um no flanco direito acima da íngua, outro, no sacro que se tornou depressa em escara ⁽⁵⁾.

O estado gastro-intestinal ressentiu-se sempre; anorexia, língua saburrosa, etc.; de diarreia abundante rezam os casos seis e dezassete. Do estado pulmonar não se me depararam indícios de perturbações acentuadas. Tão pouco apareceram sinais de hemorragia e nomeadamente as petechias, as famosas pintas dos nossos maiores que tanto estremeciam ao vê-las. Numa palavra, complicação gastro-intestinal em alguns casos; localização pulmonar e forma hemorrágica em nenhum. O tipo é bubônico puro.

O andamento da doença teve todos os modos. Aos três ou quatro dias o mal faz crise. Ora o atacado sucumbe logo, ou apenas deita fora mais alguns dias; são os casos graves, rapidamente mortais (casos VI, VII, X e XI); ora há um alívio considerável a que se sucede, ou um restabelecimento rápido sarando completamente o doente em poucos dias (casos III, IV, V, XIII, XV, XVII), ou o mal continua em remissões e exacerbações mais brandas, prolongando a doença, e deixando o doente longo tempo enfermo (caso II), ou engravece pouco a pouco com a supuração ganglionar, os carbúnculos, a adinamia tifoide até à morte (caso XII) ⁽⁶⁾. É esta última a forma normal da peste, a mais comum em plena epidemia; as formas rapidamente letais ou facilmente curáveis, como aqui se observam, são as próprias da inauguração epidémica. O caso I é até de forma quase fulminante: a íngua nem chegou a aparecer; mas o modo da invasão e os consequentes na mesma casa evidenciam a sua natureza. ⁽⁷⁾.

⁽⁵⁾ É notável que até hoje (4-9) são os dois únicos casos registrados com carbúnculos.

⁽⁶⁾ Até hoje (4-9) é o caso mais prolongado; a morte continua a sobrevir em regra nos primeiros dias.

⁽⁷⁾ Já nos explicámos sobre este ponto na nota da pág. 2.

A terminação foi fatal em seis casos num total de dezassete: a morte sobreveio uma vez na invasão, quatro no período de estado, uma em evolução ordinária.

A convicção médica, que deste quadro ressalta, impõe-se. Leiam-se as descrições antigas ou modernas da pestilência asiática, e ver-se-á que sem a menor discordância ou falha, o nosso quadro é absolutamente conferente com a pintura feita.

Clinicamente, e quaisquer que sejam as razões de outra ordem que tal contrariem, não há para capitular o andaço outra rubrica senão a da peste bubónica.

NOTA — Aglomero tão sòmente os casos para os quais o dignóstico se me impunha, mas reservei outros que podessem sofrer dúvida ⁽⁸⁾.

Assim, a 7-7 observei na casa 70 da Fonte Taurina um indivíduo (caso A) que desde véspera se sentira tomado de febre, cansaço, agonia e pontada no lado direito; estes sintomas persistiram por mais dois dias, e tudo cedeu mais ou menos lentamente sem a aparição do menor bubão. Não seria ousadia tomar o caso como uma forma abortada da moléstia.

Nas Escadas dos Guindais, n.º 20, casa onde vivia o Manuel Martins (caso XII), visitei a 12-7, por mo terem denunciado, uma mulher (caso B) casada e com filhos, de 35 anos, que tinha um pequeno tumor ganglionar no sovaco direito, por baixo do peitoral; disse-me que estava adoentada, havia três meses, e não acamara nunca, e o inchaço lhe apparecera quinze dias antes sem que fosse precedido ou acompanhado de incómodo algum ou febre. Supondo mesmo que esta confissão era verdadeira, não repugna admitir que se tratava também aqui dum ramo atenuadíssimo de peste.

Na casa n.º 70, 3.º andar, da Fonte Taurina, disseram-me ter morrido a 27-6 uma mulher de 56 anos, sobre a qual tomei informações que o respectivo clínico Moraes Costa depois espontâneamente e obsequiosamente me completou.

Acamou (caso C) a 25 com vômitos, diarreia, agonias e febre (40º,5); a 26 anciedade respiratória, congestão pulmonar; a 27 morreu inesperadamente, mal o médico saíu. É suspeito o caso; mas a vítima sofria havia meses.

A 19-7 falecia na Rua dos Guindais (caso D) uma mulher de 20 anos,

⁽⁸⁾ Apenas para manter a força demonstrativa à exposição clínica é que fiz esta apartação. De todos estes casos, menos num, adquiri o convencimento de que se tratava de peste; um deles forneceu até os elementos da prova bacteriológica. (Vide o relatório seguinte).

ao cabo de três dias de doença, durante os quais, segundo as informações que pedi ao médico assistente Alcino da Cunha, não manifestou senão os sintomas duma febre grave, pronunciando-se apenas o estado gastro-intestinal; o clínico inscreveu na certidão de óbito o diagnóstico de «febre tifóide» (?).

A 12-7 fiz internar no hospital (caso E) Preciosa Eufrázia, de 56 anos, moradora na Rua dos Mercadores, 116, 1.º andar, que na véspera adoecera gravemente. O exame da doente, que ficou aos cuidados do sr. dr. Maia Mendes, denunciou uma pneumonia; mas quatro dias depois tumefaziavam-se à esquerda a parótida e os gânglios sub-maxilares; dentro em pouco rubefacção cutânea, dores, edema duro e extenso; surdiu pús pelo buraco do ouvido, e por fim formou-se abcesso que foi aberto. O estado local e geral, apesar de grave, tem declinado.

Na casa n.º 37 do Largo de S. Domingos (caso F) adoecia a 8-7, um rapaz de 13 anos, criado, com vômitos persistentes e biliosos, diarreia, dores de cabeça, delírios, febre; no dia seguinte foi visto pelo médico Loureiro; a temperatura marcava 40º,7. Mandado recolher ao hospital no mesmo dia, nem lá chegou a penetrar; expirou nas escadas.

Na mesma casa, a 19-7 (caso G), uma criada, de 29 anos, era atacada de calafrios, cefalalgia, mal estar, alguns vômitos, diarreia e febre; a 21-7 aparecia-lhe uma inflamação de pálpebras e ouvido à direita, o que no dia seguinte persistia e aumentava com tumefacção dos gânglios sub-maxilares e parótida. A 25-7 o colega Nogueira teve a amabilidade de me convidar a vê-la com o assistente dr. Loureiro; a temperatura atingira na véspera à tarde 40º,6, delírio nocturno, grande prostração, pulso fraco e frequente, tumefacção enorme da parótida e adjacências, pálpebra rubra e inchada, supuração ocular. Foi removida, a conselho dos médicos, nesse mesmo dia à noite para o hospital.

Este complexo de casos deixa por certo o espírito abalado e infunde o receio de que os abranja a constituição pestilencial. Uns parecem forma abortada pela morte rápida e inopinada; outros formas menos características, ou pelas localizações pulmonares (Peste-pneumonia), ou pela adenite sub-maxilar e a parotidite em que falam os monografistas da peste. Os dois casos de S. Domingos na mesma habitação e com dez dias de intervalo impressionam fortemente.

Se é certo que os casos manifestos da peste declinam de número e gravidade, permitindo um prognóstico favorável para a epidemia, estas moléstias insólitas e gravíssimas que se descobrem em torno do foco pestífero são um mau agouro que incutirá justos temores ao mais optimista.

III — FEIÇÃO EPIDÊMICA

A Rua da Fonte Taurina não passa duma cangosta secular, já mencionada em documentos do século XIV, da velha cidade que pojou beira-Douro, sob a influência do comércio e navegação.

Paralela ao rio, de que apenas o separa o renque de casas de Cima do Muro dos Bacalhoeiros cujas traseiras entestam nela, a Fonte Taurina, toda de prédios esguios e altos, é uma rua sombria e mal encarada como as daquele velho bairro, que da Reboleira se estende até aos Guindais. Há muito que o camartelo devia ter extripado aquela massa fétida, ascorosa e insalubre.

Enxameiam por ali os carregadores de bordo, pela maior parte galegos; foi por eles que a epidemia primeiro grassou, eles que lhe forneceram mais vítimas. Localizou-se o foco epidémico na extremidade ocidental da rua nas casas 88, 84 e 70, que pertencem à fiada do norte, a pior, porque as trazeiras ficam soterradas sob a elevação do solo em que se apuram as casas da Rua dos Ingleses. São más as suas condições de salubridade; todos os clínicos, que subscreveram as certidões de óbito, especificaram como mau ou péssimo o estado higiénico. Por baixo dos pavimentos do rés-do-chão havia água encharcada de cloaca; a casa n.º 84 principalmente estava minada por uma vasta fossa. O divórcio com a esfrega e com a cal era antigo e absoluto; sobretudo a casa 70 dava a penosa impressão duma sórdida espelunca.

O primeiro caso verídico da pestilência deu-se no 88; foi o do Gregório (caso I) em quem o mal acertou logo de morte. O 2.º e 3.º andar deste prédio era ocupado por carregadores galegos; além do Gregório, José Soares (caso III), o José Souto (caso IV), e o José Pais Branco (caso X). Não escapou nenhum à preza do mal que vitimou o companheiro; todos eles velaram e manipularam o cadaver; o José Soares e o José Souto caíram no meado do mês, o José Branco nos fins do mês.

No 1.º andar vive Alberto Thomé Rodrigues (caso V) também galego; não é carregador, tem uma venda ao rés-do-chão. Apesar de estar acamado com uma nevralgia facial que ainda hoje o aflige, também lhe chegou o contágio já no meio do mês. De sorte que nesta casa a peste dá cinco casos, dois dos quais mortais, em três investidas sucessivas, guardados os intervalos de incubação; escaparam apenas indemnes a mulher de Thomé Rodrigues e uma menor sua criada.

O José Lourenço das Escadas das Verdades (caso II) tinha a mesma nacionalidade e ocupação dos inquilinos da casa 88, com os quais vivia intimamente. Apesar desta convivência, não pode admitir-se que o seu

caso se filiasse no do Gregório, visto que a peste o assaltou logo ao outro dia do enterro deste. É, pois, um caso primitivo e paralelo ao do Gregório ⁽⁹⁾.

A casa 84 é pegada porta com porta à 88. Habitavam o 2.º andar Domingos Louredo com sua mulher, também carregador galego, amigo e companheiro dos seus patrícios do prédio contíguo. A mulher foi a primeira a empestar-se (caso VI), rompendo logo bubões e carbúnculos; com a intensidade do mal abortou e morreu, o marido poucos dias lhe sobreviveu (caso VII). Com a morte dum filho de seis meses que se finou dias antes dos pais, ficou esta família extinta em breve trecho.

Estes seis casos aconteceram a meado do mês, simultâneos com a segunda série da casa vizinha; o José Pais, o último do 88 que adoeceu, foi quem barbeou o cadáver do Domingos. No primeiro andar do mesmo prédio 84 reside uma família composta de um casal e quatro crianças, uma das quais pelo fim de Junho teve uma peste benigna (caso XV). A gente do terceiro andar — um casal — ficou indemne.

Medeiam dois prédios que não deram nenhum rumor de si, entre o 84 e o 70, que foi a terceira estação do andaço. O Domingos, aterrado com a exterminação dos seus, mudou, e lá morreu, para o segundo andar da casa 70, habitado por quatro galegos carrejões, companheiros e amigos dele, como dos seus patrícios da casa 88. Dois destes galegos nada sofreram; os outros dois são o Romão Sanchez (casos VIII e IX) e o Garcia (caso XVI).

Este Romão Sanchez andava com o Gregório e com os outros empestados; vivia à semana na malta, mas os domingos passava-os com a mulher e os filhos, que residem em Argoncilhe, além dos Carvalhos, a alguns quilómetros do Porto. Não sentiu o menor vislumbre do mal, mas transmitiu-o às duas filhas, que caíram com peste bem caracterizada, além do meado de Junho.

Este exemplo de contágio indirecto é muito elucidativo para a demonstração da natureza do andaço; representa mesmo um facto bem nítido para cortar certas dúvidas etiológicas sobre propagação pestilencial.

O Garcia, coabitante dos anteriores, é dos enfermos da última camada (caso XVI), também nos primeiros dias de Julho, e está convalescente no hospital.

(9) Assim me pareceu, norteador pela ideia de que a incubação pestilencial dura dias. As pestes da Índia têm, porém, mostrado casos de incubação acelerada; Simond cita alguns nos quais este período se reduziu a um dia e ainda a menos. Sendo assim, o caso II que me parecia aberrante, filia-se perfeitamente no do Gregório.

No primeiro andar da mesma casa 70, habitavam Manuel Francisco da Silva, mulher e seis filhos, o mais velho dos quais forneceu o caso XIV, começado em fins de Junho. No terceiro andar morava uma família a que pertencia a mulher do caso suspeito (caso C) e o indivíduo (caso A) que me pareceu tocado por uma forma tenuíssima do mal.

O caso XVII deu-se em Cima do Muro dos Bacalhoeiros, 113; a doente vivia nas trazeiras do prédio que olha para a 84 da Fonte Taurina.

As Escadas dos Guindais lançadas na escharpa abrupta que sobrepuja a Ribeira pelo nascente, deram, não falando no suspeito (caso B), dois casos, ambos além do meado de Junho; um na casa 27, o do Vieira, carregador, pertencente à malta dos galegos da Fonte Taurina; outra na casa 20, o do Manuel Martins, carregão português, que me não pareceu ter promiscuidade de vida e de serviço com os galegos. Quanto ao barbeiro da Rua dos Mercadores, caso sucedido também passado o meio de Junho (caso XI), só pude apurar que alguns dos galegos eram seus fregueses.

Aqui está o encadeamento dos casos epidémicos, tal qual nos foi possível ligá-los, em face da inquirição feita. Desferida a faisca do mal nos princípios de Junho, deflagrou logo e rastilhou; primeiro na própria casa onde apalpou quase todos, depois nas casas vizinhas, com repercussão a distância, aqui ou além, em volta do foco e até longe dele. Segue-se nitidamente na maioria dos casos o contágio local, vêem-se os atacados de fora virem buscar o mal à sede e até os indemnes transportá-lo ao largo.

Todo este andamento epidémico é exactamente o da peste aos primeiros rebates, sempre que se tem surpreendido a invasão do flagelo. Entrada pelo porto na sua qualidade de pestilência exótica, implanta-se num bairro contíguo imundo e miserável, e ensaia-se nos que pelo seu mister encontra mais a geito; local e gente são os que estão em relação com a entrada marítima, e menos protegidos pela higiene. Forma-se o foco, açoitam um núcleo de habitações; é uma epidemia de casas. Mas também projecta a distância o contágio, um caso ou outro, que nem sempre se sabem referir ao foco inicial, onde os ataques se sucedem com mais ou menos fracasso. Percorre logo toda a gama da sua intensidade: ora surpreende com tal violência que fulmina, ora branda e ténue nem sequer põe a vida em perigo.

Mais uma vez confere a lição dos observadores de epidemias pestilenciais de outrora e de agora. Peste bubónica, se o é clinicamente, é-o também epidemiologicamente.

RICARDO JORGE

Epidemiologia em meios rurais *

Não é possível estabelecer uma distinção precisa entre o conceito de povoamento rural e povoamento urbano. «Não falando dos casos excepcionais em que uma cidade é formada em todas as suas peças, por mero acto de vontade do homem, a aglomeração urbana resulta quase sempre doutro aglomerado de inferior categoria, que pouco a pouco naturalmente se vai desenvolvendo». «Por muito desenvolvimento que tivesse, ou por pouco populoso que fosse, enquanto os seus habitantes viviam apenas da exploração agrícola do solo e saíam do centro do povoado para exercer as suas habituais ocupações, pode dizer-se que ainda não havia «centro urbano» verdadeiramente digno deste nome. Desde porém, que uma parte da população, como sucede nas cidades e vilas cabeças de concelho, sem trabalhar directamente nos campos, se fixou dentro do povoado, vivendo exclusivamente ou de quaisquer funções públicas, pode dizer-se que esse núcleo de povoamento se urbanizou».

Estes conceitos de Amorim Girão estão de acordo com a definição adoptada na Conferência de Higiene Rural de 1931.

Nas actas dessa reunião internacional vem explícito:

«A expressão de rural qualifica uma região ou um distrito no qual a agricultura constitui a única ou a principal actividade e nos quais a actividade industrial é escassa e dependente da agricultura».

«Nem sempre é fácil determinar as condições requeridas para que uma povoação possa considerar-se um «centro urbano» ou merecer o nome pomposo de cidade» (A. Girão).

São de Palanca, actual director geral de Saúde Pública do país vizinho, os seguintes conceitos:

«Os limites do ruralismo não devem ser procurados em conceitos de índole material e é inútil tratar de encontrar uma cifra estatística nem um limite no qual a cidade acabe e o campo comece».

(*) Lição proferida no IV Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, no Instituto Ricardo Jorge, em 30 de Abril de 1948.

O verdadeiro limite encontra-se nas condições espirituais e morais, nas características culturais de cada agregado humano.

Segundo Ortega e Gasset o ruralismo é o signo característico das sociedades sem minoria aparente, «hay pueblos que quedan para siempre en ese estadio elemental de la evolucion que es la aldea».

«Podra esta contener un enorme vecindario, pero su espirito será siempre labrego».

«Pasaran los siglos sin perturbarla, sin estremecerla».

Limitar, diz ainda Palanca, limitar portanto onde começa e onde acaba a higiene rural é completamente impossível.

Digamos simplesmente e em geral, que a higiene interessa aos que vivem no campo, tanto como aos que residem em pequenos povoados, e em todo o caso deixemos uma porta aberta por onde possam aplicar-se os seus princípios a todos aqueles agrupamentos humanos que por suas características culturais, pelas suas ideias, sentimentos, costumes, vícios e virtudes, merecem classificar-se por colectividades rurais, ainda que estejam catalogadas como cidades.

Factores de ordem cultural, espiritual, psicológica e económica, conjugados com aqueles outros de repercussão do clima, da geologia do solo e da geografia, de antropografia própria, modelam a maneira de ser dos habitantes de determinada região ou território, imprimem características especiais que os diferenciam de outros, influem no seu modo de vida, nas características de habitação, nos seus hábitos, na sua alimentação e na sua demografia.

Distinguem-se pelas suas características próprias os povoaamentos rurais e urbanos das nossas províncias e o carácter e hábitos de seus naturais, que permitem diferenciar um beirão, um transmontano de um algarvio ou de um alentejano; de uma aldeia da Estremadura, de uma aldeia da Beira Baixa, e qualquer destas regiões, têm seus problemas sanitários e demografias particulares, interferentes a outros que lhes são comuns.

Portanto, a monografia constitui base em que deve alicerçar-se a previsão da acção e a administração sanitária que se pretenda planejar para qualquer região ou distrito do nosso País.

A epidemiologia tem também particularidades ligadas à antropogeografia, aos micro-climas, à alimentação e hábitos que por vezes são determinantes da morbilidade. Citem-se as regiões onde o bócio é epidémico, outras em que a pelagra constitui flagelo, e entre as infecciosas e parasitárias, as regiões infestadas por carbúnculo, outras pelo paludismo, os territórios manchados pela lepra, etc.

Qual a expressão da epidemiologia nos meios rurais?

Observam-se nos meios rurais características especiais de natureza epidemiológica que as distinguem dos meios urbanos ou citadinos?

Continuando a considerar somente o aspecto da erupção das doenças infecto-contagiosas e visando o meio rural, comparando-o com o meio urbano — a cidade — devemos estabelecer: primeiro, a influência do fenómeno designado por «urbanismo», segundo a expressão geral da epidemiologia nos meios rurais, e por último, os casos particulares sobre os quais deva incidir a nossa atenção.

URBANISMO E SUA INFLUÊNCIA NO RURALISMO

O urbanismo, ou seja o exodo do campo para a cidade, de que resultou a plethora das metrópoles ou a saturação populacional das cidades regionais, deve-se, como todos sabem, a factores de ordem social e psicológicos, que tiveram seu início nos princípios do século XIX, contemporâneos portanto da formação dos grandes centros industriais. Foi por conseguinte verificado nos países em que a indústria se tornou predominante, para se generalizar em maior ou menor escala a todos os outros.

Entre nós, onde a agricultura imprime feição rural predominante até à própria indústria, o urbanismo começa a ter marcada influência.

Do êxodo do campo para a cidade e da vaga de retorno da cidade para o campo, resultam recíprocas interferências de ordem psicológica, moral e sanitária. Constituída a plethora da cidade à custa da gente rural, transplantam os emigrantes para a civilização «o ruralismo», com todos os seus problemas e consequências. O campo invade a cidade. O rural, em regra, instala-se às suas portas, ou faz a sua penetração no próprio burgo, constituindo os bairros, colectividades de características essencialmente rurais, de modo de vida e hábitos aldeões. Por outro lado a cidade exerce a sua influência sobre o campo e nos aglomerados rurais que nela se instalam, contagiando esses meios mais ou menos indefesos com as doenças sociais, nomeadamente a tuberculose, a sífilis, as doenças venéreas e os seus vícios, sem em contrapartida influir marcadamente no seu verdadeiro progresso.

Focadas as interferências recíprocas entre o urbanismo e o ruralismo devemos focar a repercussão sobre a demografia, especialmente sobre a morbilidade e a mortalidade.

LEI DA DENSIDADE DE POPULAÇÃO

A relação entre a densidade de população e a mortalidade foi estabelecida pela primeira vez por Fare (*Principles of Epidemiology* — London

1931 — N. Fare), em 1843, expressando a mortalidade pela raiz seis da população.

Trinta anos depois verificava-se que a expressão não estava certa e que em vez da raiz seis deveria ser adoptada a raiz oito. A influência da densidade de população tinha diminuído.

Em 1922, Brownle concluía ser a lei da densidade de população de Fare sòmente aplicável ao cálculo das taxas típicas «standardizadas». Reconhecia-se que a influência da aglomeração da população nas cidades se manifestava cada vez menor sobre a mortalidade, à medida que melhoravam as condições sanitárias.

A expressão do fenómeno que traduzia a lei da densidade de população só passou a ter verificação nos aglomerados rurais.

A favorável evolução da mortalidade nas cidades foi-se acentuando de tal forma que em muitos países da Europa as taxas de mortalidade rural passaram a ser mais elevadas do que as taxas de mortalidade das cidades.

Pelas comunicações epidemiológicas da S. N. em 1931 a mortalidade rural excedia a urbana nos seguintes países: Alemanha, Suíça, Holanda, Bélgica, França, Suécia e Bulgária. Em Itália as taxas de mortalidade eram sensivelmente iguais.

Para citarmos sòmente e em particular, um dos países de características essencialmente agrícolas, como a Dinamarca, as estatísticas referentes ao ano de 1926 acusaram a taxa de 7,4 por 1.000 de mortalidade na sua capital e de 7,6 e 10,5 no campo, segundo a importância dos aglomerados populacionais considerados.

Em referência às doenças infecciosas algumas delas produzem uma mortalidade mais alta nas regiões rurais do que nas cidades, como se verifica com a escarlatina, febre tifóide e a tosse convulsa.

Para não nos alongarmos em considerações de vária ordem sobre o aspecto da epidemiologia nos meios rurais, fixemos desde já as conclusões a que chegou o Comité Internacional de Higiene acerca da situação das regiões rurais verificadas na Europa:

1.º — A rapidez do desenvolvimento urbano de uma grande parte da Europa a partir de meados do século XIX provocou uma sangria muito séria na população rural. O movimento de emigração para as cidades foi particularmente importante entre as mulheres jovens que em grande número se trasladaram para as cidades para se dedicarem ao serviço doméstico, vivendo quase sempre em condições desfavoráveis.

2.º — O aumento natural da mortalidade, paralelo ao de densidade de população, foi detido, e em muitos países assinalou-se um movimento

inverso, encontrando-se as regiões rurais em situação menos favorável que as cidades.

3.º — A mortalidade era antes mais elevada na cidade que no campo. Agora, a taxa de mortalidade infantil é mais elevada no campo que na cidade na Alemanha, Suíça, Países-Baixos, Dinamarca, Suécia, Finlândia e para o primeiro mês na Inglaterra.

4.º — As taxas de mortalidade são mais elevadas na cidade do que no campo passada a idade dos 40 anos. Durante a juventude, pelo contrário, a situação da população rural na maior parte dos países é relativamente desfavorável.

5.º — Particularmente desfavorável é a situação das mulheres jovens nas regiões rurais. Deve-se provavelmente a que no campo o trabalho físico é demasiadamente pesado para elas, por outro lado emigram para encontrar trabalho como domésticas e também porque em certos países estão defeituosamente cuidadas durante e depois do parto. A saúde das mulheres jovens das regiões rurais representa uma capital de importância porquanto a sua fecundidade mais elevada dá aos países o maior número de seus filhos.

6.º — A mortalidade por tuberculose é, em geral, mais acentuada nas raparigas rurais que nas cidades.

7.º — A gripe, a pneumonia e as bronquites causam mais vítimas nas regiões rurais do que nas cidades.

8.º — A tosse convulsa é nas regiões rurais uma das mais importantes causas de mortalidade, especialmente no primeiro período de vida e causam mais mortes do que nas cidades.

9.º — A taxa de mortalidade máxima para as outras doenças epidémicas da infância, assinala-se numa idade mais avançada no campo do que na cidade.

10.º — Em matéria de censo e estatística demográfica, os dados relativos às regiões urbanas e às rurais admitem uma comparação difícil e serão precisos acordos internacionais para maior homogeneidade de material fornecido por essas estatísticas.

Fiquemo-nos por aqui por termos já suficientemente marcadas as diferenças entre a mortalidade própria das regiões rurais e a mortalidade dos meios citadinos. Acentua-se portanto uma situação desfavorável para as regiões rurais, que gosaram durante muito tempo da fama de bom ar, de melhor saúde e os seus naturais de maior longevidade.

Fixemos este conceito: a mortalidade tende a atingir maiores taxas nos aglomerados rurais, invertendo a lei de relação da densidade de popu-

lação nos centros que atingem grau de urbanismo e de nível sanitário mais perfeito. A mortalidade epidémica tende a ser mais elevada no campo do que nas cidades e é de facto maior comparativamente para determinadas doenças e comprovadamente nas doenças que atingem a primeira infância.

Feita esta sumária revisão sobre as características demográficas dos meios rurais e urbanos convirá focar algumas considerações gerais sobre a epidemiologia.

CONCEITOS GERAIS SOBRE A EPIDEMIOLOGIA

O conceito de epidemiologia limitado inicialmente ao estudo, ao modo de propagação e profilaxia das doenças infecto-contagiosas, tem actualmente sentido mais lato, para abarcar, de um modo geral, todas as enfermidades, nas relações inerentes ao indivíduo e às condições externas que o rodeiam e determinam o seu modo de vida.

Potencialmente a designação inclui, portanto, todas as doenças da Humanidade, podendo assim abranger a epidemiologia a diabetes ou o cancro, a par das doenças de carácter infeccioso.

Como sabemos as doenças infecto-contagiosas são função de três factores: o vírus, o meio de transmissão e o estado de receptividade do organismo atacado. O termo genérico de vírus designa os microorganismos infectantes, dotados de virulência, quer sejam bactérias, protozoários, ou microorganismos ultrafiltráveis, os propriamente designados por vírus ultrafiltráveis.

DO VIRUS E DA RECEPTIVIDADE

Do mais perfeito conhecimento da biologia das bactérias e da fraca resistência ante a acção dos agentes naturais, resulta considerar-se hoje o parasitismo como condição fundamental para a vida e multiplicação dos micróbios, como afirmou Chagas em 1926 na sua comunicação ao Office International d'Higiène Publique. Por conseguinte os germens microbianos fora dos organismos do homem ou dos animais, desenvolvem-se em condições disgenéticas, e exceptuando o bacilo anthracis e o tetânico, que revestem formas de resistência ou esporos; as restantes sofrem rápida transformação de ordem regressiva ou são destruídos rapidamente (Rosenau).

A virulência pressupõe parasitismo infectante ou seja a existência de reservatório de vírus.

O homem doente ou portador de germens, constitui o meio orgânico

adequado para o desenvolvimento de toda a classe de micróbios. O homem é portanto o elemento mais perigoso na propagação das doenças infecciosas.

Destes conceitos provém que a profilaxia das doenças transmissíveis deve ser orientada sobretudo pela concepção fundamental de que as fontes de contágio estão constituídas por seres vivos e não pelos lugares ou objectos inanimados. «Esta noção provém do facto bem comprovado da fragilidade dos germens patogénicos no meio exterior» (Chagas).

A génese das epidemias é portanto modelada pelo factor humano preponderante sobre qualquer outro, ou seja pela receptividade, condições de resistência e adaptação do homem às condições do parasitismo infectante.

No caso do homem ser receptivo a determinado virus e este ser dotado de sufficiente virulência a infecção ou parasitismo efectua-se e manifesta-se estabelecendo-se a luta biológica da qual a cura é a resultante da superioridade dos mecanismos de defesa.

O doente é um reservatório de virus conhecido ; como tal incidem sobre ele as medidas de profilaxia da transmissão, ao passo que o porta-bacilos é um reservatório de virus quase sempre ignorado, sobre ele não incidem quaisquer medidas preventivas. O porta-bacilos constitui o principal agente de contagiosidade, de difusão epidemiológica.

A investigação dos portadores de germens constitui portanto, uma das principais bases da profilaxia infecciosa.

A importância que reveste o disseminador de germens — o porta-bacilos — na génese das epidemias, merece por momentos a nossa atenção. A formação essencialmente terapêutica do nosso profissionalismo médico, encara o doente portador de moléstia infecto-contagiosa como qualquer outro doente. A doença é considerada curada quando clinicamente desaparecem os sintomas e o doente regressa às suas habituais ocupações. Ora acontece que além do conceito de cura clínica há a considerar a cura bacteriológica e esta só se verifica quando o indivíduo deixou de ser considerado reservatório de virus, quando o indivíduo atacado de doença infecciosa deixou de ser porta-bacilos.

Se acordarmos que, além da existência dos porta-bacilos que o são durante a convalescença, existem portadores de germens que os disseminam antes de adoecerem (portadores precoces), que são frequentes os portadores crónicos, que existem portadores que disseminam os virus sem nunca terem sofrido a doença (portadores sãos) e ainda aqueles outros indivíduos que sofrem formas atípicas da doença infecciosa, que não foram diagnosticadas, reconheceremos a transcendente importância do pe-

rigo que representam na epidemiogénese das doenças infecciosas os portadores de bacilos.

Já que nos referimos às formas atípicas das doenças infecciosas, cite-mos alguns factos que se apresentam por vezes paradoxais. Assim, as formas inaparentes da poliomielite explicam-nos o facto paradoxal de se apresentar esta doença, geralmente, sem carácter epidémico. Na notificação de um caso de poliomielite não conseguimos estabelecer qualquer espécie de ligação com outro, de modo que a paralisia infantil nos aparece como doença sem carácter epidémico. Mas, se dispusermos de meios laboratoriais que nos permitam investigar no soro dos indivíduos que na região ou localidade apresentam formas de perturbações digestivas, com certo aspecto de difusão, revela-nos o soro desses doentes na sua maior percentagem, a presença de aglutininas específicas, que traduzem por conseguinte a invasão do virus infectante.

A população adulta não é igualmente sensível à poliomielite por ter sofrido formas atípicas ou inaparentes desta virose.

Por conseguinte, o estado de receptividade de uma colectividade está condicionado pela acção dos seguintes factores:

- 1.º — A propensão de indivíduos total ou parcialmente desprotegidos que dão origem aos casos típicos de doença e aos casos atípicos (formas inaparentes).
- 2.º — As infecções latentes.
- 3.º — Os porta-bacilos sãos.
- 4.º — O estado de imunidade adquirida ou a proveniente de imunizações preventivas (vacinações).

Compreende-se portanto que o número de indivíduos imunes, e que o grau e forma da imunidade sejam os factores que modelam as epidemias.

Como consequência do parasitismo biológico e das recíprocas reacções concorrentes entre o homem e o parasita, resultam as expressões epidemiológicas. Assim, um virus muito virulento com escassos meios de transmissão ao seu alcance e uma população pouco receptiva origina uma epidemia de pouca densidade; um virus pouco virulento com fáceis e numerosos meios de transmissão e uma população muito sensível, ocasionará uma epidemia intensa e grave.

Uma grande abundância de meios de transmissão (anofeles por exemplo) numa população receptiva e a ausência de virus, (hematozoário do paludismo) não dão origem a verificar-se surto epidémico; mas nesta população ingressa um individuo reservatório de virus (um soldado licen-

ciado de África, onde sofreu de paludismo e que conserva formas resistentes do parasita) determinará o início da epidemia de paludismo; porém se tais factos ocorrem próximo do Inverno (o anopheles não encontra condições de vida com o frio intenso) a epidemia cessa para reaparecer quando voltem as condições propícias.

As manifestações epidémicas são em última análise «o resultado de um desequilíbrio entre o quantum da infecção e o quantum da imunidade, procedente por sua vez da irregularidade da transmissão. Quando esta se desenvolve com regularidade e persistência produzem-se endemias, surgindo as epidemias quando faltam os meios de transmissão por largos períodos, seguidos de condições fortuitas de transmissão.

CURVAS NORMAIS DE FREQUÊNCIA EPIDÉMICA

Para qualquer enfermidade infecciosa os informes epidemiológicos obtidos durante largo período (vários anos) permitem traçar a curva de frequência para determinada região ou agregado populacional. Os inesperados desvios do traçado habitual são indícios de situação de emergência epidémica.

DOS MEIOS DE TRANSMISSÃO — O MEIO RURAL

A necessidade de utilização de animais na agricultura, a deficiência de meios económicos e a educação defeituosa das populações rurais em matéria de higiene, são as causas que determinam um contacto directo do homem com os animais dando origem a contágio e à existência de sujidade, característica das aldeias. O homem vive em tais circunstâncias submetido à contaminação do solo, do estrume, dos utensílios de lavoura.

Tais condições são também favoráveis à fantástica invasão e multiplicação das moscas que representam, em epidemiologia, indiscutível meio de transmissão e constituem nos meios rurais verdadeira praga.

O solo arável, pela sua riqueza em matéria orgânica, formada pelo estrume e pelos dejectos virulentos, provenientes por vezes de doentes, convalescentes ou porta-bacilos, dá lugar à contaminação das origens da água de abastecimento, infectam as mãos e utensílios daqueles em quem a terra constitui oficina de trabalho. A febre tifóide, por exemplo, é «a doença das mãos sujas».

Tem portanto particular importância na propagação das afecções do grupo das infecções intestinais, principalmente das infecções tíficas, a per-

sistência do círculo infeccioso que se estabelece entre «o homem, o solo e a água».

A interrupção deste círculo infeccioso está de um lado condicionado pela salubridade do solo, do outro pela profilaxia e vigilância dos eliminadores, dos porta-bacilos e ainda pela aquisição de resistência e de imunidade.

A persistência do círculo infeccioso através de sucessivas cadeias epidemiológicas traduz-se pela incidência endémica da febre tifóide nas regiões rurais em contraste com regiões rurais indémnes. Nestes últimos devemos atribuir ao factor geológico, que dificulta a poluição do solo e consequente potabilidade da água, a principal causa que se opõe à expansão e difusão endémica.

Afigura-se-nos portanto, poder relacionar-se a epidemiologia da febre tifóide com as condições antropogeográficas que constituem factores determinantes da forma de distribuição e localização dos aglomerados rurais, do modo de vida dos seus habitantes, devendo reconhecer-se, neste particular, marcada influência do factor geológico ao qual está condicionada a salubridade do solo e da água.

Assim, as populações que se localizam em elevadas altitudes, de solo de natureza rochosa e granítica, por não disporem de solo arável, são forçadas a dedicar-se a qualquer indústria, particularmente à indústria textil, em que a água de boa qualidade e origem geológica é factor preponderante.

Ao passo que as povoações localizadas nas planícies e vales, dispõem em regra de solo arável e fértil, de lençóis aquíferos superficiais, se dedicam quase exclusivamente ao trabalho agrícola, mantendo intenso contacto com o solo permeável, oferecendo condições propícias à contaminação microbiana. Tais condições são favoráveis à difusão da morbilidade tífica.

A febre tifóide tem pois marcada preponderância no quadro epidemiológico dos meios rurais constituindo morbilidade de evolução cíclica anual e de carácter endémico.

IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO SANITÁRIA

A deficiência e, porque não dizer, a falta de notificação constitui o ponto negro da nossa epidemiologia.

A feição exclusivamente terapêutica de que enferma a formação profissional, a que já nos referimos, leva a considerar um doente, portador de uma enfermidade infecto-contagiosa, em relação à salubridade, como qualquer outro que não constituísse perigo de contágio.

É esta a causa principal da falta de cumprimento do preceito da notificação.

Verifica-se no geral não só a deficiência de formação sanitária dos profissionais de medicina, mas também desactualização do conceito do papel social que a medicina desempenha.

Se a formação sanitária é deficiente nos clínicos, não é de estranhar verificar-se a falta absoluta de educação sanitária e de higiene não só das populações das nossas aldeias mas também da que faz parte das nossas grandes cidades.

Em regra o clínico entende que a notificação tem simples finalidade estatística, e hoje que tanto se usa e abusa dos fins estatísticos, este é considerado como mais um.

Sou forçado a reconhecer que onde não existe rudimento de organização sanitária (e sofremos desse mal até à actualidade) a notificação é procedimento inconsequente, a maior parte das vezes inútil. Portanto, não devemos deitar somente as culpas do defeito para os profissionais da medicina e confessarmos responsável a deficiência apontada à nossa antiga orgânica sanitária.

Seja como for, a notificação é a chave da epidemiologia. Sem ela não há profilaxia, não tem cabimento a intervenção sanitária.

São do doutor Alberto Faria, ao qual me cumpre neste lugar prestar o meu preito de reconhecida homenagem, a todos os títulos devida, as seguintes passagens do seu notável livro «Administração Sanitária».

«Vivo na convicção de que a grande maioria dos médicos que não cumprem a participação ignora o vexame acarretado por esse procedimento sobre o nosso País, tanto em matéria de sanidade como de civilização. Por mim declaro ter resignadamente suportado, da parte de instituições estrangeiras, reparos tão delicados como profundos de penetração. Portugal será, dos países europeus e americanos, um dos que apresenta essa falta de maneira mais aberta e persistente. É este um dos casos que até por sentimento pátrio conviria resolver. Mas, quando? Mas, quando? dizemos nós todos, quantos temos sobre os nossos ombros o pesado encargo de exercer missão e profilaxia da nossa morbilidade infecciosa».

Não é portanto demais que foquemos a importância da notificação e que nos detenhamos em alguns dos seus preceitos.

Desde que surja no espírito do médico o valor que representa para a saúde pública a participação do caso ainda que suspeito, que é chamado a tratar; desde que se capacite que esse doente pode ser o primeiro elo de uma extensa cadeia epidemiológica; que se compenetre de que há não só que tratar dos doentes, mas também de precaver os sãos;

desde que avalie os enormíssimos prejuízos de ordem económica que as epidemias representam, estou certo que se modificará o seu comportamento em relação à colaboração a prestar aos serviços de saúde pública e ao cumprimento cívico das suas obrigações profissionais.

Devemos adoptar em relação à notificação um certo número de axiomas, tê-los sempre presentes no nosso espírito, no cumprimento das obrigações de médicos e principalmente de sanitaristas, para quem as responsabilidades são mais directas. Deve para nós ser axiomático :

Caso notificado de doença infecto-contagiosa deverá ser caso a inquirir ;

Caso inquirido deverá ser caso a exigir prevenção ;

Caso de prevenção exige isolamento ; desinfecção quando indicada, profilaxia colectiva quando for recomendada.

A notificação quanto mais precoce, mesmo nos casos de diagnóstico provisório, pode decidir o jugular de um surto epidémico e isto tem particular importância nos meios rurais, pelas razões já expostas, de maior receptividade.

SOBRE O INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

Assim como o sentido de diagnóstico é para o clínico uma virtuosidade o cultivar o inquérito epidemiológico é para o sanitarista uma intuição especial, que a prática cultiva e aperfeiçoa.

O inquérito visa a epidemiogénese infecto-contagiosa, objectivando cada um dos factores epidemiológicos primários a que já nos referimos.

A investigação etiológica deverá lançar mão das provas bacteriológicas, colhidas nas condições particulares e especiais, a comprovação da virulência dos microrganismos suspeitos.

Mas, as provas bacteriológicas, o diagnóstico de confirmação, é trabalho subsequente à adopção das medidas profilácticas e à prevenção.

Não deve o sanitarista entregar à missão das visitadoras ou dos agentes sanitários, o reconhecimento de um surto infeccioso que se manifeste. Deve ir receber in loco a impressão, observar o aspecto clínico dos afectados, procedendo sempre com o maior cuidado para com os clínicos de modo a serem respeitados os preceitos de deontologia profissional.

Exige-se na prática sanitária que o sanitarista seja acima de toda a especialização, o médico, conhecedor e com prática de clínica geral.

Por vezes, encontramos-nos perante condições inesperadas desconhecidas, perfeitamente intrigantes. E então, quanto mais confusas se nos apresentam essas condições maior interesse despertam.

EPIDEMIA DE FEBRE TIFOIDE NO JUNCAL 1948 ORIGEM DA INFECÇÃO

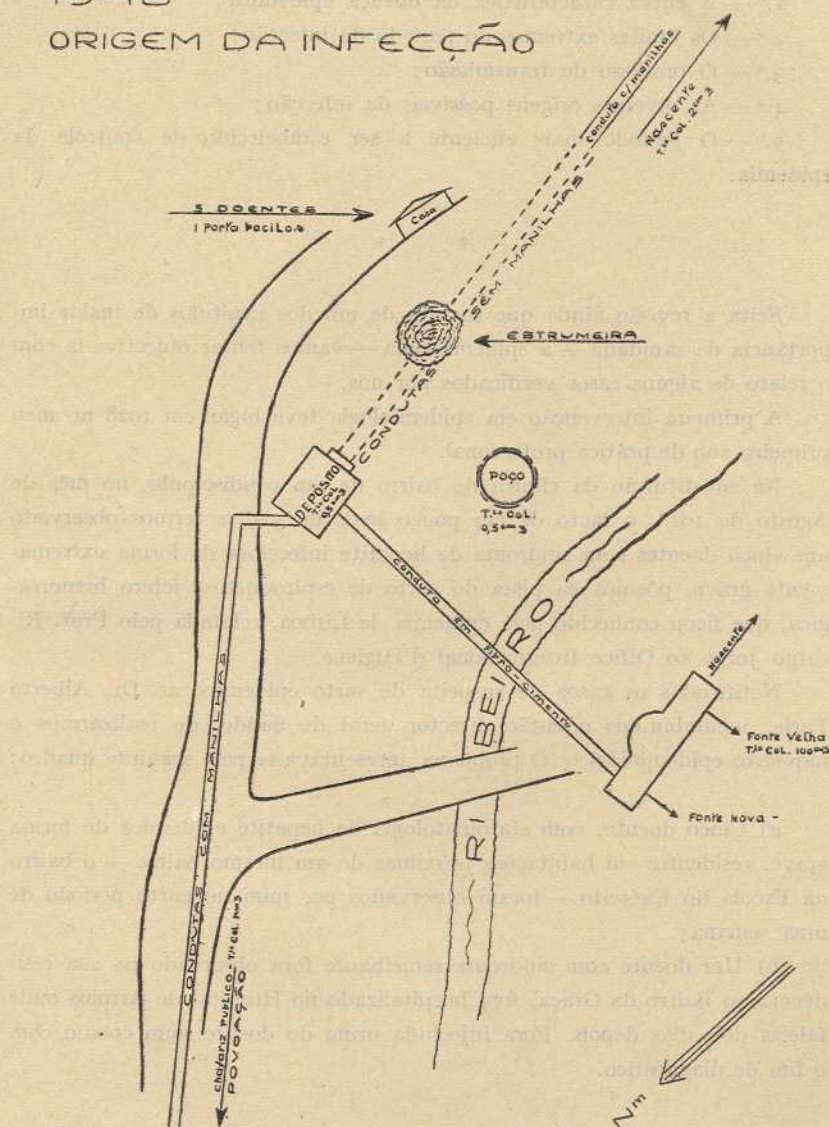


FIGURA 43

Uma vez feito o diagnóstico da epidemia devem ser consideradas as seguintes permissas:

- 1.º — A curva característica da doença epidémica;
- 2.º — Os limites extremos do período da infecção;
- 3.º — O processo de transmissão;
- 4.º — As diversas origens possíveis da infecção;
- 5.º — O método mais eficiente a ser estabelecido de controle da epidemia.

Feita a revisão ainda que sucinta de um dos capítulos de maior importância da sanidade — a epidemiologia — vamos tentar objectiva-la com o relato de alguns casos verificados por nós.

A primeira intervenção em epidemiologia teve lugar em 1928 no meu primeiro ano de prática profissional.

Na substituição da clínica de bairro de um condiscípulo, no mês de Agosto de 1928, o facto de em pouco mais de 5 dias termos observado uns cinco doentes com síndrome de hepatite infecciosa de forma extremamente grave, pôs-nos na pista do surto de espiroquetoze íctero hemorrágica, que ficou conhecido pela epidemia de Lisboa, relatada pelo Prof. Ricardo Jorge ao Office Internacional d'Higiene.

Notificados os casos de suspeita de surto epidémico ao Dr. Alberto Faria, incumbiu-nos o então director geral de Saúde, de realizarmos o inquérito epidemiológico. O problema apresentava-se pelo seguinte quadro:

a) Cinco doentes com sintomatologia de hepatite epidémica de forma grave, residentes em habitações próximas de um mesmo bairro — o bairro da Escola do Exército — foram observados por mim no curto período de uma semana;

b) Um doente com síndrome semelhante fora observado na sua residência no Bairro da Graça, fora hospitalizado no Hospital de Arroios onde falecia dois dias depois. Fora injectada urina do doente num cobaio com o fim de diagnóstico.

Voltamos a ver os doentes do bairro da Escola do Exército e do interrogatório detalhado viemos a saber que um irmão de um deles falecera dias antes no Hospital de S. José com sintomatologia idêntica, o que nos levou a inquérito no Hospital de S. José da provável existência de casos

de icterícia ultimamente entrados nos diversos serviços. Recolhemos deste modo a existência de mais cinco casos, que observámos, apresentando todos eles síndrome de hepatite infecciosa grave, não precisamente diagnosticada.

O facto de todos os doentes hospitalizados residirem no Bairro da Escola do Exército levou-nos à convicção de que qualquer coisa de anormal se passava e por isso fomos levados a comunicar à Direcção Geral de Saúde Pública a nossa suspeita.

A chave etiológica foi descoberta em casa do doente do Bairro da Graça ao declarar-nos a família que o falecido bebia água da fonte do Regueirão dos Anjos, tida por curativa de afecções intestinais.

Declarações idênticas foram a seguir prestadas pelos restantes doentes ainda vivos.

Feito o reconhecimento no Regueirão dos Anjos, verificámos o seguinte:

A fonte encontra-se perto de vários barracões onde são armazenados trapos. Nos barracões as condições prestavam-se à multiplicação de ratos hóspedes de virus da doença de Weil.

Por condições fortuitas a ressurgência local de água da fonte teria sido inquinada pela urina dos ratos que teria dado origem ao surto epidémico.

No Regueirão dos Anjos, em diversas habitações, reunimos cerca de 25 casos de icterícia.

Todos os doentes foram isolados no Hospital do Rego onde foi isolado o espiroqueta íctero-hemorrágico.

Confirma este surto epidémico a nossa asserção acerca do ruralismo, porquanto em plena cidade de Lisboa, eclodiu uma epidemia com as características epidemiológicas rurais, pois os infectados faziam uso da água de um fontenário, como se estivessem em qualquer aldeia sertaneja.

EPIDEMIA DE FEBRE TIFÓIDE DO JUNCAL (CONCELHO DE PORTO DE MÓS)

No Juncal, aldeia de 945 habitantes, pertencente ao concelho de Porto de Mós, surgiu uma epidemia tífica no decurso de 17 de Janeiro a 14 de Fevereiro.

Revestiu este surto epidémico particular interesse epidemiológico pela descoberta da origem do contágio devido a um porta bacilos, pela descoberta do mecanismo da transmissão e ainda pelos diversos aspectos da intervenção dos serviços sanitários no combate e extinção do foco, no internamento dos epidemiados em «hospital de emergência», nos meios profilácticos que foram empregados, conjunto de circunstâncias bem suce-

didas que serviram de demonstração da prática epidemiológica e de paradigma à acção sanitária.

No quadro que se segue marca-se a acção sanitária realizada contra este surto epidémico:

<i>Acção sanitária</i>	<i>Datas</i>
Notificação à Delegação de Saúde	3 de Fevereiro — 16 horas
Reconhecimento sanitário	4 de Fevereiro
Comunicação à D. G. S.	4 de Fevereiro
Envio de material hospitalar de Lisboa e sua montagem	7 de Fevereiro — 13 horas
Hospitalização de 40 epidemiados	8 de Fevereiro
Desinfecção domiciliar iniciada em	9 de Fevereiro
Cloragem da água de abastecimento público iniciada em	11 de Fevereiro
Vacinação da população iniciada em	16 de Fevereiro

Inquérito Epidemiológico

Aturadas indagações realizadas após a adopção das medidas de emergência (internamento dos contagiados em hospital de emergência, vacinação da população, desinfecção domiciliária e dos excretos e tratamento da água de abastecimento público pela cloragem) conseguiram apurar a origem etiológica do surto epidémico.

A aldeia do Juncal é dotada de captação de água de ressurgência em terreno arenoso, situada em encosta ocupada por extenso pinhal, distante cerca de quilómetro e meio do centro do lugar para onde a água segue em canalização de tubo de grês metido numa caleira de alvenaria, coberta de 3, 4 ou 5 metros de terra, variável com as cotas do terreno atravessado.

A chegada ao limite da aldeia foi construído um pequeno depósito de cimento, sobrelevado do solo, destinado à derivação de duas saídas de água para uma fonte próxima — a Fonte Nova — e para o troço de canalização que abastece dois chafarizes da aldeia situados cada um em seu largo onde se vão abastecer todos os habitantes.

Existe na aldeia uma fonte — a Fonte Velha — e quase todas as casas têm o seu poço.

Nos inquéritos epidemiológicos referiam os doentes terem bebido água sòmente dos chafarizes ou da Fonte Velha.

«Não nos pareceu que a origem da epidemia estivesse na água dos poços; faltava-nos o foco humano, além de que o serviço de abastecimento de água, com dois chafarizes e uma bica pública, daria certamente uma

epidemia explosiva, macissa e não apenas cinquenta casos, por surtos, com mais de duas semanas, numa população de cerca de 900 pessoas».

Procedeu-se a colheita de amostras de água (consulte-se o esquema topográfico) cujos resultados foram os seguintes:

	<i>Titulo colibacilar</i>
Amostra da água da nascente	2 cm3.
Amostra da água da Fonte Velha	100 cm3.
Chafariz público	1 cm3.
Amostra colhida à entrada do depósito	0,5 cm3.
Amostra do poço	0,5 cm3.

Revelaram-nos as análises bacteriológicas por conseguinte que haviam forçosamente de existir condições de inquinação da água realizadas entre a nascente e o depósito.

Por outro lado o inquérito revelou-nos a existência de uma família em que desde Abril do ano anterior se tinham dado os seguintes casos de doenças intestinais febris:

O primeiro caso verificou-se numa senhora, a mãe da dona da casa; em Julho seguinte, no seu genro. Na altura do inquérito foram isolados no Hospital de Emergência dois filhos do casal.

«Nesta casa ninguém escapou à doença, caindo um a um os seus habitantes».

Verificou-se que a casa onde habita esta família ficava a pouca distância do depósito (D), marcado no gráfico com a letra (A), e que os dejectos eram lançados numa estrumeira situada em (E).

Admitimos a hipótese de ser provável a inquinação da água do depósito pelas fezes destes doentes, mas surgiam-nos dúvidas por supormos defendida a água devido à canalização e faltavam-nos provas da existência de porta-bacilos em indivíduos que tivessem sofrido de provável infecção de tifo abdominal há já alguns meses.

Vimos a apurar, depois de pertinazes instâncias, que precisamente a canalização em tubagem de grés tinha cessado a umas dezenas de metros do depósito, substituída por caleira de alvenaria em precárias condições de impermeabilidade. Entretanto recebíamos as respostas das análises das fezes dos indivíduos da família em causa, que revelaram um porta-bacilos (a pessoa que adoecera em Abril de 1947).

Assim, inquinada a água corrente muito próximo da sua distribuição, sem tempo para poluição microbiana, estava explicada a marcha da epidemia, devido a intermitências coincidindo com a expulsão de bacilos típicos nas fezes depositadas na estrumeira.

O exame directo das fezes dos habitantes da casa (A) foi feito em meio de Wilson e Blair. Dever-se-á considerar o caso do surto epidémico do Juncal, de particular interesse epidemiológico por se classificar fora do tipo habitual de explosão de epidemia de origem hídrica, provocado por inquinações periódicas, originado pelas fezes dum porta-bacilos crónico».

Foram em número de 54 os casos de febre tifóide na epidemia do Juncal devido às medidas de profilaxia rapidamente adoptadas após as primeiras notificações. Não se registou um único caso de morte.

Foram removidas as estrumeiras, procedeu-se à montagem de canalização do troço imperfeitamente construído. Últimamente não se têm registado casos de febre tifóide nessa povoação.

EPIDEMIA DE FEBRE TIFÓIDE NO JUNCAL

Semanas	Meses	N.º de casos
17-24	— Janeiro	8
24-31	— "	13
31- 7	— Fevereiro	27
7-14	— "	6
14-21	— "	0
		54

EPIDEMIA DE VARIOLA NO CONCELHO DE PENICHE

O Delegado de Saúde do Distrito de Leiria foi informado em 19 de Junho de 1947, pelo Ex.^{mo} Intendente da Pecuária, Dr. António Simões, da existência em Peniche, de alguns casos de variola, de que teve conhecimento directo por ocasião de serviço naquela localidade.

Inquérito Epidemiológico

Teve lugar em 20 de Junho, obedecendo ao seguinte plano:

Deveria ser iniciado tendo como ponto de partida investigações realizadas na localidade do concelho de Peniche onde tínhamos notícia de ter grassado no fim do ano de 1946 um pequeno surto epidémico de variola importada do concelho da Lourinhã, em tempo em que a notificação não estava a cargo da Delegação de Saúde. A confirmar-se a existência de variola em Peniche era de presumir ser ainda latente a variola em Ferrel.

Visita a Ferrel

A aldeia de Ferrel (com 309 fogos e 1.380 habitantes) é a mais populosa povoação da freguesia de Atougia da Baleia.

Os habitantes de Ferrel dedicam-se em grande número à profissão de peixeiros. Abastecem os ferrelenses com peixe de Peniche a maior parte das aldeias dos concelhos vizinhos (Óbidos, Caldas da Rainha, Bombarral e Lourinhã). Tal deambulação de gente que sabemos avessa à vacinação anti-variólica foi perigo previsto e para o qual a Delegação de Saúde chamara a atenção do subdelegado de Saúde e do médico municipal da respectiva área, em devido tempo.

Epidemia de variola em Ferrel

Do inquérito realizado em Ferrel, concluiu-se:

1.º — A variola grassou na povoação desde Dezembro de 1946 até Abril de 1947, tendo atingido todas as pessoas imunizadas. Éde presumir que mais de 1/3 da população não estava imunizada.

2.º — Apenas se deu um caso fatal em Dezembro.

3.º — Segundo testemunho da população a quase totalidade dos doentes não teve assistência médica.

a) — Os doentes que tiveram assistência médica foram os casos notificados directamente à D. G. S. em 1946. Não houve notícia do carácter epidémico deste surto.

4.º — Alguns habitantes procuraram a vacinação na Atouguia da Baleia, em Dezembro e Janeiro, mas a maior parte, segundo informe local, compraram a vacina e vacinaram-se uns aos outros.

5.º — Dos casos mais recentes (doentes convalescentes em fins de Maio) observei cerca de 10 pessoas, com sinais evidentes de variola ainda em período de cicratização. Verifiquei existirem sinais de variola na quase totalidade de crianças menores de 7 anos, e em grande percentagem de adultos.

Inquérito de variola em Peniche

O inquérito em Peniche deveria ser iniciado pela visita a casa dos doentes que nos foram indicados.

1.º — Foi-nos fácil descobrir a casa dos doentes, na Rua Miguel Bombarda, n.º 89, onde encontrei 5 crianças de idades de: 3 meses, 3, 5, 7 e 8 anos, todas com sinais recentes de variola em fim de período de seca. O primeiro caso registou-se num rapaz de 14 anos, e a seguir numa irmã, de 19 anos, que adoeceram em Abril.

Informaram-nos da existência de muitos casos no bairro de S. Marcos e nas barracas do sítio do «Visconde», aglomerado de barracas situadas

atrás do Forte e onde vive em intensa promiscuidade a maior parte da população pobre de Peniche.

a) — IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE CASOS.

b) — Entre os doentes verifiquei um caso de varíola numa criança de 3 meses de idade. A quase totalidade dos casos deu-se em crianças da primeira infância (nunca vacinadas), e apenas 2 adultos (um do sexo masculino e outro do sexo feminino).

2.º — Observei no dia 20 de Junho 20 doentes atacados de varíola, em plena fase de erupção.

3.º — COMUNICAÇÃO DOS RESULTADOS DO INQUÉRITO À D. G. S.

Cerca das 17 horas, comunicávamos telefonicamente de Peniche, ao Ex.^{mo} Director Geral, os resultados do nosso inquérito.

Estávamos perante um intenso surto epidémico de varíola de que não tínhamos tido qualquer notícia sanitária.

a) — Era urgente isolar cerca de 20 contagiados que não podiam ser hospitalizados no Hospital da Misericórdia local por falta de alojamento e de condições de recurso;

b) — Era necessário desinfectar habitações e roupas, mas não possuía a Câmara ou a Subdelegação de Saúde qualquer aparelhagem;

c) — Em presença de um intenso foco varioloso, que ameaçava invadir um populoso meio indefeso, (por falta de vacinação) impunha-se proceder rapidamente à «vacinação em massa» para o que necessitávamos de agentes sanitários e de vacina.

Medidas tomadas

Por determinação do Ex.^{mo} Director Geral, formulada por telefone, competia-nos:

1.º — Informar da escolha do local onde instalar uma enfermaria de isolamento;

2.º — Prever o número de leitos a instalar;

3.º — Recrutar o pessoal de enfermagem necessário ao seu funcionamento;

4.º — Escolher instalações adequadas à montagem de um posto de desinfecção;

5.º — Montar a campanha de vacinação.

NOTA — Este conjunto de medidas de emergência deveriam ser acor-
diadas com as entidades locais — com o espírito de máxima cooperação,

competindo-nos também estimular, a par da sua comparticipação efectiva, o seu interesse tendo em vista prestigiar a função e acção sanitária.

Estabelecer immediata ligação com as seguintes entidades locais: *Presidente da Câmara, Provedor e Mesa da Misericórdia Local, Director Clínico do Hospital, Presidente da Casa dos Pescadores.*

Acompanhava-nos nas demarches o subdelegado de Saúde Dr. Armin-do Simões Serra.

As 19 horas comunicávamos por telefone ao Ex.^{mo} Director Geral que a enfermaria de isolamento poderia ser montada no salão de festas da Casa dos Pescadores de Peniche, que presentemente servia de «Teatro» e onde cabiam 20 camas, tantas quantos os doentes a isolar;

a) — Podiam-se estabelecer condições de isolamento da instalação;

b) — A proximidade do Hospital, facilitaria o funcionamento da enfermaria.

Dia 21 — As 16 horas dirigimo-nos a Peniche, levando como auxiliar o escriturário da Delegação de Saúde do Distrito de Leiria e duas visitadoras do Centro de Assistência Social de Leiria, a quem o actual director autorizou a coadjuvarem o nosso serviço. Aproveitaríamos o Domingo (dia 22) para iniciarmos a campanha de vacinação com esta equipa.

A nossa chegada a Peniche visitámos a Casa dos Pescadores, onde estava tudo a postos para receber o material vindo de Lisboa da D. G. S. Comunicámos ao sr. Provedor da Misericórdia as condições estabelecidas pelo Ex.^{mo} Director Geral.

a) — A enfermaria de isolamento seria montada no dia seguinte pela D. G. S. com todo o material necessário ao seu funcionamento;

b) — Mas seria para todos os efeitos considerada como «ampliação do Hospital da Misericórdia» que forneceria a alimentação, medicamentos, assistência médica e enfermagem, serviço de limpeza e serviço auxiliar;

c) — A D. G. S. satisfaria o encargo de 12\$00 por dia e por doente;

d) — No caso de se verificar a falta de pessoal, este deveria ser assalariado pela Misericórdia e pago pela D. S. G.;

e) — A liquidação dos encargos referidos realizar-se-ia por subsídio da Direcção Geral de Saúde à Misericórdia.

Execução do plano — Montagem da Enfermaria de Isolamento

Dia 23 — As 14 horas chegaram a Peniche os transportes da D. G. S. (Parque Sanitário) com todo o material necessário ao internamento de doentes;

a) — Material de desinfecção necessário à montagem de um «Posto de Desinfecção», que ficou instalado num anexo do Hospital da Misericórdia (que servia de casa de banho). Veio também material de desinfecção domiciliária. O posto e a desinfecção ficou a cargo do agente sanitário do Parque Sanitário de Lisboa.

b) — A ambulância para o transporte de doentes e o motorista ficaram também em Peniche enquanto fosse necessário efectuar o transporte de doentes.

Quatro horas depois de ter chegado o material entravam os primeiros contagiados ficando todos hospitalizados ao fim de 3 horas. A população e a família dos doentes aceitaram com entusiasmo e boa vontade todas as nossas determinações.

Enfermagem

O Presidente da Casa dos Pescadores autorizou que o enfermeiro da Casa dos Pescadores fosse assalariado para as funções de enfermagem.

Vacinação

Foi iniciada às 7,30 horas do dia 22 (domingo) a qual obedeceu ao seguinte plano:

Zona da vila considerada afectada

Tendo percorrido toda a vila, depois de localizado o foco, foi prevista a área infectada na carta topográfica da vila, demarcada pelos bairros localizados acima da Rua das Amoreiras, entre o Forte e a Rua Joaquim António de Aguiar.

A área mais infectada dessa zona era o Bairro das Barracas, pelo que, para evitar a deslocação dos coabitantes com os atacados, deveria fazer-se a vacinação de casa a casa. Das 7,30 horas às 12, vacinaram-se 400 pessoas.

a) — No limite desse bairro, montámos um «posto de vacinação» (posto n.º 1) num armazém de redes de pesca, que serviu a 2.ª área demarcada — (compreendendo as habitações situadas acima da rua transversal à igreja de S. Marcos).

Este posto funcionou das 12 às 13 e das 14 às 18 horas (enquanto houve linfa no dia 22 e no dia 23).

b) — A 3.ª área da mesma zona foi demarcada entre o limite da 2.ª até à Rua das Amoreiras e nela instalámos o 2.º posto de vacinação.

servindo-nos da casa da «Acção Católica», amavelmente cedida pelo Rev.^{mo} Pároco.

c) — Das instruções ao subdelegado, ficou estabelecida a instalação de mais dois postos, um em Peniche de Cima (3.º posto) que conjuntamente com as sessões de vacinação realizadas no Hospital da Misericórdia (4.º posto) englobariam a área de residência da restante população.

Funcionamento dos Postos de Vacinação

A equipa de vacinação nos dias 22 e 23 foi constituída por: 2 visitadoras do Centro de Assistência Social de Leiria — 2 médicos — o Delegado e o Subdelegado de Saúde, auxiliares, encarregados de escrituração: 4 a 6 funcionários da Câmara e um guarda da Polícia de Segurança Pública.

Consegui vacinar no primeiro dia 1.000 pessoas (às 17 horas estava esgotada a vacina que possuíamos).

Nos dias subsequentes a equipa de Leiria foi substituída por: a visitadora da Casa dos Pescadores, o agente sanitário, o subdelegado de Saúde e o mesmo número de auxiliares.

O número total de pessoas vacinadas e revacinadas foi de 7.965 entre os 8.816 habitantes da vila de Peniche.

Inquérito Epidemiológico ao Concelho

O concelho de Peniche é constituído por duas freguesias na vila (Ajuda e Conceição) e por uma 3.ª freguesia rural, a de Atouguia da Baleia, com 22 povoações, das quais a aldeia de Ferrel é como se disse já a mais populosa.

Constou-nos haver varíola nas aldeias de:

Bufarda — verificação de 4 casos hospitalizados em 23/6.

Riba-Fria — verificação de 2 casos hospitalizados em 23/6.

Na primeira a epidemia estava, à data da nossa visita, em declínio. A população vacinou-se na Atouguia da Baleia.

Desta aldeia veio no dia da minha visita, para Peniche, uma doente em estado grave, em pleno período de erupção variolosa e em período de puerpério infectado por parto prematuro (8 meses) tendo a criança nascido morta e com varíola.

Fui em reconhecimento a todas as aldeias próximas. Em Geraldês (615 habitantes), a aldeia mais próxima das referidas, a população foi quase toda revacinada por instâncias de um influente local que solicitou a vacinação ao médico do partido.

As restantes aldeias estão bastante afastadas dos focos epidémicos e não houve notícia de casos de varíola.

Dia 25 — Efectuou-se a visita do Ex.^{mo} Sr. Director Geral e Inspector Superior Dr. Castro Soares.

Em face do número de hospitalizados e dos que necessitavam isolamento, (casos verificados nos dias seguintes e futuros a prever), era necessário escolher novo local onde instalar enfermaria com mais de 40 camas e juntar as julgadas necessárias a futuros internamentos.

As démarches prosseguiram no dia 26, directamente com o Ex.^{mo} Director Geral e em 27 optava-se pela escolha do edifício das Escolas Primárias.

Do Parque Sanitário seguiram mais 40 camas para instalar no dia 27. Às 23 horas procedíamos a remoção dos doentes da enfermaria da Casa dos Pescadores para a enfermaria do novo isolamento, serviço que terminou às 4 horas da madrugada.

Em 28 procedeu-se ao internamento de novos casos, de Peniche e da Bufarda.

A epidemia foi completamente jugulada pelas medidas sanitárias tomadas entre as quais foi decisiva a rápida imunização da população receptiva e considerava-se completamente extinta em 20 de Julho, data da entrada do último varioloso no Hospital de Isolamento.

EPIDEMIA DE VARÍOLA EM PENICHE

<i>Semanas</i>	<i>Meses</i>	<i>N.º de casos</i>
22-28 — Junho	...	0
28- 5 — Julho	...	41
5-11 — »	...	2
11-18 — »	...	3
18-20 — »	...	2
		48

Reivindicamos para esta campanha o primeiro ensaio realizado pelas delegações de saúde com as características descritas.

DUARTE GORJÃO HENRIQUES
Delegado de Saúde do Distrito de Leiria

Corrimentos uretrais⁽¹⁾

(Aspectos Bacteriológicos do Problema)

I

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A BLENORRAGIA

Com o advento do moderno arsenal terapêutico era de crer que o problema das uretrites estivesse resolvido.

O grupo de exposições que vão decorrer sob a designação de corrimentos uretrais tentará demonstrar que apesar de tudo aquele problema mal se encontra equacionado; na breve resenha de hoje exporemos alguns dados que nos parecem úteis sobre a blenorragia, a mais importante entidade nosológica uretral e acerca da qual correm mundo tantos conceitos obsoletos.

Após uma breve noção sobre as características bacteriológicas do gonococo encararemos o diagnóstico da blenorragia e os critérios para afirmarmos a sua cura.

*

* * *

O gonococo pertence a um grupo de microorganismos reunidos sob a designação de género *Neisseria*. Estes microorganismos, estritamente parasitas, são ubíquos em relação às mucosas humanas. Os órgãos genitais externos masculinos e femininos não escapam a essa invasão e

(1) Lição proferida no dia 16 de Maio de 1950, durante o VI Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

nas suas mucosas observam-se frequentemente e por vezes em grande profusão as *N. sicca* e *catarrhalis* além de outras espécies menos frequentes.

Vale a pena insistir um pouco nas características gerais do grupo por razões que adiante se verão.

MORFOLÓGICAMENTE podemos dizer que todas as *Neisserias* são idênticas; se se pode dizer que usualmente nos produtos patológicos os gonococos são mais volumosos, tomam mais intensamente as cores que as outras *Neisserias* presentes nesses produtos e se caracterizam ainda pela sua forma reniforme, o que é verdade é que a morfologia dos membros do género varia não só de espécie para espécie e de estirpe para estirpe mas ainda dentro de cada estirpe varia de tal modo que perante um esfregaço, apenas se pode dizer, na maioria dos casos, que se trata de um representante daquele género.

Visto assim como é difícil, ou melhor, impossível na maioria dos casos em que o laboratório é chamado a intervir, separar em exame bacteriológico directo as diversas espécies neisseriformes vejamos quais as características fundamentais de que podemos lançar mão para o fim em vista — o diagnóstico.

EXAME DIRECTO — O corrimento de uma blenorragia aguda masculina costuma apresentar aspectos variados conforme o momento da colheita: A secreção a princípio sero-purulenta, transforma-se do terceiro ao quinto dia em francamente purulenta. Enquanto não há secreção abundante, os gonococos encontram-se principalmente constituindo aglomerados intra e extra-celulares. Ao aumentar a supuração encontramos os germens em grande quantidade incluídos nos glóbulos brancos. É curioso e altamente importante para o diagnóstico o facto de raramente se encontrar o gonococo juntamente com outro germen no mesmo piocito e este dado é de tal modo importante que se vimos fagocitados um diplococo Gram negativo e outro microorganismo, quase podemos afirmar que aquele não é gonococo. Para os últimos períodos da doença, já em plena convalescença, aumenta o número de células e o muco, diminue o de leucocitos e germens. Mais adiante aparecem células epiteliais grandes e de contornos irregulares e aparecem além do muco (parcialmente em filamentos) alguns germens da flora habitual do meato, os quais talvez, daqui em diante, vão desempenhar um papel muito importante na manutenção dessa mesma gota.

CARACTERES CULTURAIS — Se é trabalhoso cultivar as *Neisserias* e mantê-las vivas no Laboratório, a cultura e manutenção do gonococo é de execução particularmente difícil. Estas dificuldades têm feito

com que a maior parte dos laboratórios, não pudessem encarar a cultura do gonococo como meio de rotina e, consequentemente, se arreigasse no espírito dos clínicos práticos a quase impossibilidade dum diagnóstico laboratorial correcto da enfermidade que ora nos interessa. Aliás não é só entre nós, mas mais ou menos por toda a parte, que o problema tem sido posto assim e muitos são os trabalhos que se publicam ainda hoje sobre o diagnóstico laboratorial da blenorragia só para afirmar que não se deve basear tal diagnóstico apenas em exames directos mas, sobretudo, em exames culturais. E as dificuldades de cultura vêm-se na profusão de meios de isolamento propostos e o estarmos ainda longe dum meio de cultura que satisfaça completamente.

IMUNOLOGIA — Por aglutinação directa e por saturação de aglutininas verificou-se que o gonococo constitui um grupo antigénicamente muito complexo e ainda em íntima relação com o meningococo. Embora por aquele último método se consiga o estabelecimento de tipos dentro da espécie, não temos ainda dados suficientes que permitam a execução duma técnica de diagnóstico idêntica à de Widal para a febre tifóide.

A injeção de certos extractos de gonococos em coelhos desencadeia o aparecimento de anticorpos reveláveis por Reacção de Fixação de Complemento e por meio dos quais nós podemos desdobrar a espécie em tipos.

PATOGENIA — O gonococo é bem um parasita estrito dos seres humanos. As inoculações feitas até agora — e têm-se utilizado as mais variadas vias em diversos animais — só têm servido para confirmar aquela asserção. Realmente consegue-se produzir pús e até a morte com a inoculação de culturas puras de gonococos mas os resultados mostram que não deve haver multiplicação dos germens e que em vez de infecção se deve falar preferentemente de toxémia. Temos portanto de pôr de parte a ideia de fazer um diagnóstico por meio da inoculação dos produtos patológicos como, por exemplo, procedemos para com o pneumococo.

DIAGNÓSTICO

EXAME DIRECTO — *No homem e durante a blenorragia aguda:* a pesquisa de gonococo no pús uretral por exame directo é relativamente segura. Com efeito encontra-se aí a disposição típica dentro dos piocitos e não costuma haver contaminação com outras bactérias.

Na blenorragia crónica: é extremamente difícil demonstrar o gonococo em exame directo. Isto é particularmente verdadeiro no sexo feminino quer na mulher quer na criança, onde mesmo na gonococcia aguda é relativamente raro encontrar esfregaços que em exame directo não deixem dúvidas. Em casos femininos deve-se colher o pús directamente do colo do útero, do meato urinário e por pressão das glândulas de Bartholin. Na *salpingite crónica e na artrite*, as secreções são frequentemente estéreis.

Nas meninas são válidas as considerações que fizemos a respeito da mulher. Apenas há a ressaltar que antes da puberdade, as características especiais que a doença toma fazem com que seja no pús vulvar que nós encontramos o gonococo.

EXAME CULTURAL — Com uma zaragatoa colhe-se um pouco de pús e semeia-se em placas de meios especiais; o meio hoje mais em voga entre nós é o de Proteose Peptona N.º 3 da casa Difco ao qual se junta hemoglobina e um dos dois produtos chamados suplementos A. e B. fornecidos pela mesma firma.

Incuba-se em microaerobiose a 37°. Ao fim de 48 horas de incubação deita-se sobre o desenvolvimento um soluto a 1% de dimetil ou tetrametil-parafenilenadiazina. As colónias de gonococos avermelham e por fim enegrecem. Das colónias enegrecidas fazem-se esfregaços que se coram pelo método de Gram. Se se deseja continuar o estudo bacteriológico da estirpe isolada, fazem-se passagens das colónias suspeitas antes de enegrecerem.

Dentre as Neisserias apenas o gonococo e o meningococo dão reacção das peroxidases, mas espécies há de outros géneros bacterianos que também gosam dessa propriedade.

Se tomamos a gonococcia em bloco verificamos que o número de casos diagnosticados por cultura é cerca do dobro do número de casos diagnosticados pelo exame directo.

Evidentemente o método de cultura indicado implica a presença do doente junto do laboratório. Tem-se tentado obter processos de levar a distância os produtos colhidos conservando a vitalidade dos gonococos.

O laboratório do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricargo Jorge põe à disposição dos serviços dependentes da Direcção-Geral de Saúde embalagens do meio de transporte de Moffett, Young e Stuart onde os gonococos resistem vivos durante 24-48 horas. Com este método obtém-se 87% de culturas positivas em relação às que se obteria fazendo a sementeira imediatamente após a colheita.

FIXAÇÃO DE COMPLEMENTO — O sangue para a execução desta reacção é colhido como para a reacção de Wassermann.

Em relação à antiguidade da doença se tomarmos as estatísticas como um todo verificamos que na 1.^a semana o número de gono-reacções positivas é relativamente ligeiro (27% para Price); vai aumentando sucessivamente até ao fim do 1.^o mês em que atinge cerca de 83% e continua a aumentar nas blenorragias crónicas (93%). Os resultados parecem bons nas complicações do campo genital, sobretudo masculino, e nas artrites. Nestes casos o seu valor é manifesto se nos lembrarmos que quer o exame microscópico quer o cultural muitas vezes são negativos. É de especial valor nas doenças crónicas da pelve.

Parece que a reacção se torna negativa 2-3 meses após a cura e é negativa nos indivíduos sem antecedentes blenorragicos. Quanto a falsas reacções por cruzamento com outras enfermidades não parece haver muito a temer. Apenas a gravidez parece influenciar fortemente a g.R. diminuindo fortemente o número de casos. A vacinoterapia, como é de prever, torna positiva a reacção de fixação de complemento.

Quando a reacção apresenta talvez todo o seu valor é nos casos em que uma forte suspeita recai sobre um individuo, em especial mulher, na qual a pesquisa do germen por cultura resultou negativa apesar de todas as reactivações possíveis. Uma reacção positiva nestes casos obriga-nos a envidar todos os esforços para encontrar o microorganismo.

Igualmente importante parece ser esta reacção para, em presença de uma gota matinal que dure há mais de 3 meses, decidirmos se estamos em presença duma gonococcia ou dum corrimento inespecifico.

Mas não pensemos que esta reacção tenha um valor equivalente ao da reacção de Wassermann para a sífilis pois não só está sujeita a todos os erros das R. de fixação do complemento como ainda os tipos de antigénio que existem variam de autor para autor e com eles os resultados obtidos.

O Instituto Superior de Nigiene Dr. Ricargo Jorge escolheu para as suas reacções o antigénio de Minor por lhe parecer o que neste momento apresenta mais probabilidades de dar resultados satisfatórios.

Outros métodos indirectos têm sido tentados: reacções de precipitação entre as descargas inflamatórias e sôro antigonocócico; reacções de sensibilidade semelhante às provas cutâneas de Frei ou da tuberculina. Os resultados obtidos são dispare e sem interesse clínico.

É possível que com antigénios melhores do que os que hoje possuímos se obtenha mais uma arma de diagnóstico da blenorragia crónica.

VERIFICAÇÃO DA CURA

Após o tratamento de uma blenorragia impõe-se naturalmente verificar a cura etiológica. Para essa verificação têm de se conjugar os métodos clínicos e laboratoriais.

O fim laboratorial em vista deve ser sempre encontrar o gonococo, e para isso fazemos o que se chama a reactivação. Esta tem importância fundamental sobretudo na mulher na qual a doença reveste muitas vezes desde início uma forma latente, sem a entrada espectacular que costuma apresentar no homem.

Para fazer a reactivação podemos deitar mão de vários métodos:

No homem — Nos 5.º, 15.º e 21.º dias após a cura fazer massagem prostática e recolha da secreção. Na blenorragia crónica fazer no dia anterior irritação da uretra com nitrato de prata a 1 % e a prova da cerveja.

Na mulher — Nos últimos dias de menstruação faz-se a colheita dos produtos obtidos por expressão do colo do útero, do meato urinário e das glândulas de Bartholin. Pode-se coadjuvar a reactivação menstrual com outros métodos como por exemplo a administração parenteral de leite. Será conveniente fazer a verificação da cura após três períodos menstruais.

Mas não se pense que basta fazer reactivações e culturas dos exsudados genito-urinários e não encontrar o gonococo, mesmo em cultura, para se afirmar que uma blenorragia está curada. As estirpes que mostram relutância em se desenvolver nos meios de cultura, a má colheita dos produtos, a presença de micro-abscessos glandulares fechados, etc., fazem com que por vezes certos indivíduos dados como curados laboratorialmente venham a mostrar recidivas a distância mais ou menos longa.

FERNANDO RAMALHO DA CONCEIÇÃO CORREIA

Adj. Chefe Lab. Inst. Ricardo Jorge

Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências

Do dia 23 ao dia 29 de Outubro de 1950 realizou-se em Lisboa, no Instituto Superior Técnico, o Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências, ao qual apresentaram comunicações alguns dos que trabalham no Instituto Ricardo Jorge, cujos resumos aqui se registam, publicando-se na integra, a abrir este número do Boletim, o estudo dos Drs. Jorge Janz e D. Gabriela Pinto, apresentado igualmente ao Congresso, sobre «O conteúdo em carotenos dos azeites portugueses».

FERNANDO DA SILVA CORREIA

As bases científicas do ensino sanitário

I — O ensino sanitário tem de assentar numa formação médica equilibrada adquirida nas Faculdades de Medicina, fugindo à especialização precoce e em que seja dado já o lugar que merecem à Higiene, à Medicina Preventiva e à Medicina Social.

II — As ciências biológicas, como a Fisiologia, a Bacteriologia, a Parasitologia, a Virulogia, a Zoologia, a Botânica, etc. e às médicas, como a Patologia Geral, a Fisiopatologia, a Semiologia, bem como às físico-químicas e à Geologia, aprendidas nos Liceus e Faculdades (todas elas a recordar em sessões de estudo, de carácter prático, fugindo a especulações, antes tendendo à sua aplicação à Medicina Preventiva) é indispensável acrescentar o estudo, com carácter objectivo, das ciências sociais.

III — Os futuros sanitaristas, seleccionados entre os que manifestem tendências profissionais que não se limitem ao estudo do organismo individual apenas, mas também ao dos organismos sociais, dando a devida importância à terapêutica, mas tendo em vista essencialmente a profilaxia, no campo mental e somático ao mesmo tempo, devem ser orientados de modo a compreenderem a importância das colaborações que dão à Saúde Pública outros profissionais, como veterinários, agrónomos, engenheiros, administradores, pedagogos, sociólogos, etc.

IV — Se às Faculdades de Medicina repugnar tal orientação, hoje seguida em todos os países progressivos, ou não lhes forem dados meios de a pôr em prática, o lugar do ensino sanitário afasta-se cada vez mais do que seja orientado no sentido quase exclusivamente terapêutico, por mais notável que seja, antes passando a seguir o que justificou a criação das Universidades Técnicas.

V — É tempo de as Faculdades de Medicina, independentemente de atenderem aos futuros proventos que aos sanitaristas devem ser concedidos e são justos, passarem a dar a devida categoria, nas dotações dos respectivos serviços e na classificação dos alunos, às Cadeiras de Higiene, e de criarem o ensino metódico da Medicina Social, para evitarem perder a oportunidade de intervirem na formação eficaz dos futuros sanitaristas nos moldes seguidos hoje em todo o mundo.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

A Renascença da Assistência em Portugal e Espanha

I — A par do renascimento verificado nas Artes, nas Ciências e nas Letras, podemos afirmar que ele se verificou também na Assistência aos pobres e inválidos.

II — As personalidades que intervieram no Renascimento da Assistência em Portugal foram, como precursores, o Rei D. Duarte, seu irmão D. Pedro, seu filho D. Afonso V e seu neto D. João II. Os executores foram seus netos, a Rainha D. Leonor e o rei D. Manuel, ajudando-os o Cardeal de Alpedrinha D. Jorge da Costa e o espanhol Frei Miguel Contreras.

III — Em Espanha as personalidades que considero já estudadas suficientemente como tendo intervindo no Renascimento da Assistência são os Reis Católicos, Fernando e Isabel e o português João Cidade, que a Igreja canonizou com o nome de São João de Deus.

IV — No Norte da Europa, tendo actuado directamente em Anvers, donde a sua influência irradiou para a França, Suíça, Alemanha e Inglaterra, a personalidade que mais influiu no Renascimento da Assistência foi o espanhol João Luís Vives, que aliás nada parece ter influido em tal sentido em Espanha e Portugal.

V — O Renascimento da Assistência foi levado às Américas, à África, à Índia, à China e ao Japão, a todo o mundo, enfim, pelos nossos colonizadores e em especial pelos franciscanos, dominicanos e jesuítas, portugueses e espanhóis.

VI — O Renascimento da Assistência aproveitou as melhores tradições greco-romanas, depois de criticadas por Santo Tomás de Aquino, reunindo à beneficência a previdência, instituindo confrarias, irmandades, hospitais, etc., e estimulando os progressos da Medicina, aproveitando o saber legado pelos gregos, romanos e árabes, mas acrescentando-lhe a terapêutica enriquecida com as drogas vindas do Oriente.

VII — A acção de São João de Deus deve ter-se tornado sensacional num meio de tradições hospitalares notáveis árabes, como o de Granada, então acabada de reconquistar aos mouros e onde os Reis Católicos tinham construído um hospital monumental, por ser calorosa, dedicada, atenta, paciente, carinhosa e humana — cristã, enfim — em contraste com a assistência apenas assente na ciência da época ou na que julgava suficiente a magnificência dos edificios.

ARNALDO SAMPAIO E MARIA DE MATOS FAIA

Reacções sorológicas na febre escaro-nodular

As reacções de Fixação do Complemento mostraram-se de grande valor no diagnóstico da febre escaro-nodular, sobretudo naqueles casos em que a sintomatologia clínica se confundia com as doenças do grupo do tifo (epidémico ou murino) e nas formas inaparentes da doença e nas formas clínicas que evoluíram sem exantema.

Não observamos reacções cruzadas com as doenças do grupo do tifo, nem com a febre Q.

Para o diagnóstico de doença activa, sobretudo dada a grande incidência entre nós, tem mais valor a subida do título dos anticorpos durante a evolução da doença do que propriamente uma reacção positiva, pelo que deve ser feita uma colheita de sangue na primeira visita ao doente e outra 10 a 15 dias depois.

O tratamento com os anti-bióticos aureomicina e terramicina não impede a formação de anticorpos reveláveis pelas R. F. C. e de aglutinação.

Das várias provas ensaiadas a que nos deu maior número de reacções positivas, e que apareceu mais precocemente foi a R. F. C. com o anti-génio Rickettsialpox.

A reacção de Weil-Felix mostrou-se de pouco valor, pois em 120 soros positivos com as reacções de Fixação do Complemento, só obtivemos 39 positivos, isto é, uma percentagem de 32,5 %.

As reacções de F. do Complemento também se mostraram de valor decisivo na apreciação da doença inaparente no cobaio.

G. JORGE JANS E BERNARDINO A. VICENTE DE PINHO

Inquérito nacional sobre a Pelagra endémica

A Pelagra é, dentre as doenças carenciais do adulto com individualidade clínica, a mais importante entre nós.

Foi em 1901 que se realizou o primeiro inquérito sobre a extensão da endemia, levado a efeito pelo Prof. Alfredo de Magalhães, tendo-se averiguado que a doença abrangia muitos concelhos do Minho, Douro, Trás-os-Montes e Estremadura.

A necessidade de actualizar os nossos conhecimentos sobre o assunto, e o intuito de estabelecer as bases para um estudo mais pormenorizado da Pelagra em Portugal, levou a Direcção Geral de Saúde, pelos seus Serviços Técnicos de Higiene e Alimentação, a proceder a um novo inquérito, que se baseou nas respostas a um questionário enviado aos Delegados de Saúde do Continente e Ilhas, e por estes, por sua vez, distribuído aos subdelegados concelhios e alguns clínicos locais.

Obtiveram-se assim os dados expostos a seguir, que se espera completar e corrigir, pela investigação directa nas regiões assinaladas.

Das respostas ao inquérito ressalta que a Pelagra reveste entre nós uma grande multiplicidade de aspectos, observando-se desde as formas frustes até aos quadros mais graves da doença. Não foram assinaladas particularidades que sobressaíam do quadro clínico da afecção, tal como ela é descrita classicamente.

A endemia foi apontada em muitos concelhos dos seguintes distritos: Aveiro, Braga, Castelo Branco, Coimbra, Leiria, Portalegre, Porto, Santarém, Setúbal, Vila Real e Viana do Castelo.

A sua distribuição revela-se, no mapa, pela existência de duas grandes zonas de endemia: uma ao norte do País, já bem conhecida anteriormente e centrada na região da broa de milho, e outra ao meio do Continente, constituindo uma larga faixa, menos bem estudada, que vai de Leiria a Castelo Branco.

Pode dizer-se que a Pelagra endémica é praticamente desconhecida ao sul do Tejo.

É sobretudo na zona norte do País que a endemia se revela mais intensa e grave, chegando a atingir em certos concelhos 50 % da população. Na zona central do País observam-se sobretudo os casos benignos.

A Pelagra endémica não parece existir actualmente nas Ilhas Adjacentes.

FAUSTO CRUZ DE CAMPOS E BERNARDINO ALVARO VICENTE DE PINHO

Bócio endémico em Portugal

A comunicação que vamos apresentar ainda não a consideramos completa. Corresponde à primeira parte de um inquérito efectuado pela Direcção Geral de Saúde portuguesa sobre a distribuição do bócio no nosso País e que, numa segunda fase, será completado com as percentagens de casos em relação à população, vários aspectos do bócio que se afastam da forma simples, e forma de alimentação das populações das zonas de endemia, compreendendo os respectivos cálculos dietéticos.

Entretanto, pelo trabalho já feito, podemos desde já dizer que embora o bócio não constitua assunto de acuidade no nosso País, apresenta ainda assim uma ou outra zona de endemia cuja distribuição geográfica apre-

senta algumas particularidades, entre as quais a de se ajustar a algumas observações feitas noutros países.

O assunto já tinha sido tratado em 1907 pelo médico português Dr. Teixeira Bastos que recorreu, para esse fim, aos livros de registo das observações médicas dos mancebos candidatos à vida militar.

Mas é de notar que, desta maneira, ficou de parte uma importante parcela da população incluindo o sexo feminino, o qual é, precisamente, pelo nosso inquérito, aquele em que o sintoma incide mais acentuadamente.

O nosso inquérito foi efectuado por um questionário enviado a todos os subdelegados de saúde de Portugal continental e insular, pelo qual se procura saber a frequência do bócio, na região, nas famílias e no sexo, bem como o nome por que era conhecido no local, a idade do seu aparecimento, as suas manifestações funcionais e associações com várias taras orgânicas.

bócio endémico em Portugal

O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge em 1950

(Relatório e Contas)

CINCO ANOS DE ESFORÇOS

Passaram 5 anos após a publicação do Decreto-Lei n.º 35.108 que remodelou os serviços de Saúde e Assistência e deu ao Instituto de Higiene possibilidades que ele nunca tivera desde a sua fundação em 28 de Dezembro de 1899, e foram posteriormente regateadas ou negadas aos Drs. Ricardo Jorge e José Alberto de Faria, após o impulso inicial que, pode dizer-se, terminou em 1904 e se deve ao Ministro do Reino Hintze Ribeiro, continuado aliás por José Luciano de Castro, ambos eles apoiando Ricardo Jorge.

O *Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge* completa agora o V ano da sua publicação, prefazendo 28 números com o total de 2.250 páginas, 147 gravuras e colaboração variada, registando as actividades e contas do Instituto, em matéria de investigação microbiológica e química, e dos seus trabalhos correntes, cada vez mais intensificados, ao Serviço da Direcção-Geral de Saúde, e registando algumas das 184 lições proferidas durante cursos de aperfeiçoamento, trechos de escritos de Ricardo Jorge em quase todos os seus números, lições preciosas, algumas delas ainda actuais, além de discursos, relatórios e outros artigos e de algumas disposições legais mais importantes, sendo 46 os autores que subscrevem o conjunto de tais trabalhos.

Que transformações se deram no Instituto durante estes cinco anos? Não é hoje ocasião de o pormenorizar, o que oportunamente faremos.

Quem todavia ler com atenção as páginas do *Boletim* encontra nele todos os pormenores, ano a ano.

Verificará como se tem procurado cumprir quanto possível o programa anunciado ao tomar posse do cargo e no primeiro relatório publicado, que pode ler-se no n.º 2 deste Boletim, a páginas 83 e 153:

— «Culto pela alta figura mental e profissional de Ricardo Jorge. Ser leal, grato e laborioso, para corresponder à prova de confiança que me foi dada; dar a mais dedicada colaboração a todos os que trabalhem no Instituto ou suas delegações; manter a mais fértil colaboração com a Direcção-Geral de Saúde e com todas as Instituições pedagógicas e práticas que se ocupam dos diversos ramos da hygiene, particularmente com as Faculdades de Medicina; valorizar todos os esforços e ter, quase como uma obsecção, a ideia de ser justo.

Não me apresentarei nunca como o que não sou, nem alardearei dotes que não possuo. Não dispensarei, evidentemente, a quantos me dêem a sua colaboração, a máxima lealdade, correcção, pontualidade e zelo».

Recordando estes cinco anos, tenho a consciência dos esforços feitos e das atitudes e observações verbais ou escritas para manter, dentro dos limites do possível no nosso meio, os pontos deste breve programa, com a discreção e generosidade impostas pelas circunstâncias.

Por vezes foi preciso descer a pormenores prosaicos que chegaram a inquietar alguns espíritos timoratos de amigos, ao recream que fosse ridículo, por exemplo, exigir-se num Instituto de Hygiene... asseio, preocupação antes própria de mulheres e por isso tão despresada por certos homens «superiores».

O programa anunciava mais:

- «a) — Limpeza conveniente e constante de todas as dependências do Instituto.
- b) — Arrumação dos objectos do Museu e da Biblioteca e organização dos catálogos respectivos. Arrumação da sala de aula.
- c) — Preparação e realização dum Curso de Visitadoras Sociais.
- d) — Preparação e realização dum curso de aperfeiçoamento para subdelegados de Saúde.
- e) — Estudos das diversas actividades do Instituto para apreciar a capacidade de produção do pessoal e permitir a remodelação do seu quadro, anexo ao Decreto-Lei n.º 35.108.

- f) — Estudo das necessidades mais urgentes de material de laboratórios e de publicações, periódicas ou não.
- g) — Valorização máxima de todo o pessoal.
- h) — Estudo da evolução do Instituto, desde a sua criação oficial em 1899, até hoje, para apreciar devidamente os obstáculos opostos ao seu regular funcionamento e lógico progresso, de modo a aproveitar-se a lição da sua história.
- i) — Início das actividades tendentes à organização do culto pela memória do ilustre cientista e homem de acção que foi o Doutor Ricardo Jorge, patrono do Instituto Superior de Higiene.
- j) — Preparação do 1.º número duma publicação periódica do Instituto com igual ou diferente orientação dos *Arquivos*, destinada a registar as actividades do mesmo.
- k) — Resolução dos assuntos correntes ou inesperados.»



Recordemos a traços largos algumas das realizações:

- I — Arrumação dos objectos do Museu, de modo a todos poderem ser examinados quando é preciso, não se tendo adquirido mais objectos a ele destinados por absoluta impossibilidade, devida à insuficiência do espaço no actual edifício. Catalogação desses objectos.
- II — Incremento dado à Biblioteca, comprando-se obras, assinando-se revistas, fazendo permutas, aperfeiçoando e actualizando os ficheiros, dando-se-lhe vida e tornando-a cada vez mais útil. As listas dos livros adquiridos ou oferecidos têm sido publicadas no Boletim.
- III — Realização de 5 Cursos de Visitadoras que diplomaram já 148 estando inscritas actualmente 40.
- IV — Realização de 5 Cursos de aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, por onde passaram em 5 anos 107.
- V — Realização de 4 Cursos de Medicina Sanitária, que já diplomaram 171 alunos, estando inscritos actualmente 88.
- VI — Subsídio ao chefe de Serviço do laboratório de Bacteriologia Sanitária, que frequentou com o melhor aproveitamento o Curso de *Master of Public Health* na Universidade de John Hopkins, de Baltimore.

- VII — Subsídio à Adjunta do Director do Serviço do laboratório de Bromatologia e Higiene da Alimentação para frequentar o Laboratório do *Centre de Recherches Scientifiques d'Enseignement et d'enquêtes sur l'Alimentation, de Paris* e a uma Analista do mesmo serviço para ir a Madrid fazer um estágio na Escola Nacional de Sanidade.
- VIII — Aperfeiçoamento das instalações do Laboratório de Bromatologia e Higiene da Alimentação, construindo-se 3 câmaras de vaporização e uma dependência isolada para guardar certos produtos, criando-se o serviço de investigação de vitaminas e apetrechando o laboratório com o material mais perfeito e moderno.
- IX — Transformação completa do laboratório de Bacteriologia Sanitária, que ocupava apenas os 4 compartimentos onde agora está alojado o Laboratório da Junta Sanitária de Águas, e passou a ter à sua disposição, no 1.º andar do edifício, uma das maiores salas da casa, onde em tempos esteve o Museu, além de 6 outras; no 2.º andar, mais quatro, além de no quintal se fazer o aperfeiçoamento e ampliação da casa de autópsias de animais.
- X — Este laboratório pôde assim criar, nestas 11 salas, secções separadas para estudo de salmonelas e de brucelas, para análises sorológicas, além de outra destinada a serviços gerais, criando-se o serviço de virus, com secção de gripe, em contacto com a Organização Mundial da Saúde, bem como uma dependência do laboratório no Hospital de Curry Cabral, esta última destinada a facilitar o serviço de luta anti-epidémica pela realização de certos trabalhos junto dos doentes isolados naquele hospital.
- XI — Todas as secções foram apetrechadas com material moderno e perfeito.
- XII — Instalação duma secção destinada a estudos sobre Nutrição, com secretaria e dois gabinetes, ocupados por um Adjunto do Director dos Serviços de Higiene da Alimentação desde que pediu a demissão o Médico Nutricionista, e por duas visitadoras do serviço de Higiene da Alimentação.

O material adquirido permite fazer determinações do metabolismo basal e de certas perturbações oculares devidas a algumas avitaminoses bem como a realização de trabalhos es-

tatísticos indispensáveis aos inquéritos alimentares, pondo ao seu serviço uma máquina de calcular eléctrica.

- XIII — Aperfeiçoamento dos serviços da Secretaria, adquirindo-se material e móveis, fazendo-se o inventário de todo o material do Instituto, instruindo-se o pessoal de modo a poder dar despacho ao movimento cada vez maior do Instituto.
- XIV — Remodelação da instalação eléctrica de modo a separar a rede da iluminação da destinada a motores, de tanta importância no Instituto, de onde resultou notável economia.
- XV — Instalação de mais um telefone e de extensões da rede aos diversos serviços, bem como do P.B.X. respectivo.
- XVI — Instalação duma sala de espera no 1.º andar.
- XVII — Arrumação do Arquivo do Instituto.
- XVIII — Aquisição de 80 cadeiras convenientes para as duas salas de aula, instalando-se uma destas, destinada aos Cursos de Visitadoras, na antiga sala de jantar da habitação do Prof. Ricardo Jorge, no 2.º andar.
- XIX — Adaptação duma das salas do mesmo andar a sala de estudo dos alunos.
- XX — Mobiliação da sala de espera e gabinete do Director, aproveitando e reparando uma mobília valiosa que estava quase abandonada.
- XXI — Limpesa, pintura e reparação e arrumação constantes de todas as dependências do edificio e remoção do material inútil, que estava a ocupar espaço, para outras dependências do Estado. Instalação da oficina de carpinteiro no sótão.
- XXII — Aquisição constante do material de uso corrente e despacho de serviços habituais ou inesperados.
- XXIII — Realização de conferências culturais, sobre a figura de Ricardo Jorge ou sobre aspectos da Medicina Preventiva.
- XXIV — Colaboração nas duas Reuniões de Delegados de Saúde de 1948 e 1950 e na dos oftalmologistas que dirigem os Postos antitra-comatosos, em 1948, todas realizadas no Instituto.
- XXV — Realização de algumas lições dos 3 Cursos de aperfeiçoamento Médico-sanitário, organizadas pela Ordem dos Médicos.
- XXVI — Instituição de três prémios anuais, de dois contos, 1.500\$00 e 1.000\$00, respectivamente, destinados a premiar as melhores monografias de interesse sanitário, escritas por alunos do Curso de Medicina Sanitária que hajam tido 14 ou mais valores no exame final do mesmo Curso.

*
* *
*

Como foi possível conseguir-se tal transformação em 5 anos em face do que o Instituto era em 1945 e pode ler-se no n.º 2 do Boletim? Os dados e comentários publicados nos 28 números deste Boletim documentam a origem dos esforços e a razão dos êxitos.

Nada teria sido possível sem as facilidades criadas pelo Estatuto da Assistência Social, que se deve ao Subsecretário de Estado da Assistência Sr. Dr. Diniz da Fonseca e Decreto-Lei n.º 35.108 e sem as verbas concedidas ao Instituto pelo Governo e em especial pelo então Subsecretário de Estado da Assistência Social, Sr. Dr. Joaquim Trigo de Negreiros.

Quem escreve estas linhas nunca lisongeu poderosos, mas preza como uma das qualidades que mais distinguem o homem verdadeiramente civilizado (não o que apenas chama civilização ao conforto, à cultura ou ao luxo) o ser grato e justo. A classe médica é muita vez acusada de ingrata, embora seja fácil provar que ela o não é mais do que outras, que por vezes confundem gratidão com domesticação; por isso é com a maior honra que aqui arquivo estas palavras por saber que, tão gratos como eu, estão quantos consciente e conscienciosamente trabalham no Instituto.

Mas há mais. É que o Sr. Dr. Trigo de Negreiros não se tem limitado a conceder verbas, que entretanto passaram de pouco mais de 350 contos anuais para 1.600, antes se interessou sempre pelos mínimos pormenores da administração e pelo aperfeiçoamento técnico e prestígio de todos os serviços, presidindo a sessões e a conferências, mantendo contacto permanente com o Instituto, procurando informações por todos os meios, de modo a fazer o melhor possível a selecção do pessoal, a quem se deve, em última análise, o progresso da instituição.

Igualmente interessado e zeloso tem sido sempre o Director-Geral de Saúde, Sr. Dr. Augusto da Silva Travassos, pelo que merece do mesmo modo, no seu campo de acção, a gratidão dos que aqui trabalham.

A todo o pessoal do Instituto, à sua competência e dedicação, se deve o que ele tem progredido e a orientação dada aos diversos serviços.

Fizeram todos a sua obrigação — dir-se-á.

Mas, se isso é certo, é certo também que o português, sentimental e emotivo e tanta vez cercado de preguiçosos e habilidosos, quando trabalha bem, aprecia que lho digam os que têm documentos que provam as suas qualidades e acção.

O Instituto Superior de Higiene, passados cinco anos após a sua remodelação, tem a consciência de haver cumprido o seu dever, honrando os serviços de Saúde Pública e o Governo que lhe deu vida nova, julgando-se não só no direito como no dever, para Bem da Nação, de iniciar novo período de progresso e aperfeiçoamento dos seus serviços que, agora, dado o impulso inicial, honrando a memória do seu Patrono e fundador, exige cada vez mais, dada a competência alcançada pelos seus técnicos, progresso que entretanto já mal pode ser possível sem se construir um edifício próprio, onde possa dar plena expansão às suas possibilidades na defesa da Saúde Pública dos Portugueses.

O EDIFÍCIO E AS INSTALAÇÕES EM 1950

Durante o ano de 1950 continuaram a ser feitas reparações no edifício do Instituto, de modo a adaptá-lo cada vez mais às exigências da técnica.

Assim, numa dependência da sala principal do laboratório Químico foi construída uma nova câmara de evaporação, pois a que ali existia, a única que durante muitos anos houve no laboratório, estava impossível de funcionar, expondo o pessoal a prejudicar a sua saúde. Ficaram assim duas *hottes* ao serviço da sala principal e uma na pequena sala destinada aos estudos sobre vitaminas.

No primeiro andar foram vedados e envidraçados dois troços da ampla varanda, para neles se instalarem dependências do laboratório de Bacteriologia Sanitária, que ficou a ocupar assim 7 dependências deste andar, sem contar os corredores e espaço do elevador, ocupados por frigoríficos e armários.

No 2.º andar foi feita uma vedação envidraçada numa das salas, para isolamento conveniente dos trabalhos sobre virus, ficando a Bacteriologia Sanitária nele com mais 4 dependências, sem contar igualmente os corredores e o espaço do elevador.

Devido ao aumento da aparelhagem nos laboratórios foi necessário rever-se e aumentar a rede da instalação eléctrica destinada a força motriz.

MATERIAL

Foi adquirido mais material para os laboratórios, tal como uma nova balança de precisão, uma centrífuga para 18.000 rotações, uma estufa

de vácuo, uma mufla, uma cápsula de platina, etc., além de múltiplo material de consumo corrente, ficheiros, livros, revistas etc., tendo sido feitas encadernações a muitos livros.

GRUPO DOS AMIGOS DO PROF. RICARDO JORGE

Continuaram durante este ano a ser publicados, com o título genérico de «Lugares Selectos», trechos de publicações do Prof. Ricardo Jorge, todos lidos sempre com o maior interesse por muitas pessoas, tanto maior quanto é certo que alguns deles são extraídos de obras esgotadas, difíceis hoje de alcançar, sendo apreciado não só o seu estilo, como o espírito crítico e o profundo conhecimento dos problemas sanitários, pedagógicos e médico-sociais, que revelam e impõem cada vez mais uma edição completa das suas obras, que honrará o notável pioneiro da Saúde Pública, não apenas português mas internacional, que foi Ricardo Jorge, honrando ao mesmo tempo o País em que ele nasceu.

Nos números do Boletim de 1950 foram insertos: o Prefácio do livro *Demografia e Higiene da Cidade do Porto*, publicado em 1898, trechos do *Relatório apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública* em 1885, referentes às deficiências do ensino da Higiene e da Bacteriologia, das clínicas e hospitais, cursos de parteiras, enfermeiros e dentistas, compêndios, instalações práticas, laboratórios e clínicas e o Relatório inicial sobre a epidemia da Peste no Porto, datado de 28 de Julho de 1899.

Finou-se este ano em 15 de Outubro o Dr. Alfredo Pimenta, do *Grupo dos Amigos do Prof. Ricardo Jorge*, que tinha em preparação a publicação de 200 cartas do Mestre, com quem teve grande convívio intelectual, que ele apreciava muito, e a respeito do qual oportunamente diremos algumas palavras que a sua figura complexa de excepcional mérito exige, despidas de paixões ou ressentimentos, embora porventura justos, por vezes, mas deslocados ante a sua grande figura, agora desaparecida, e que tanto lega de honroso para o País.

O LIVRO «DIAGNÓSTICO SOCIAL» DE MARY RICHMOND

Terminada a publicação do *Diagnóstico Social*, apressamo-nos a enviar os 10 exemplares que, além de 50 dollars, a *Russell Sage Foundation* se limitou a exigir-nos para autorizar a edição portuguesa, dado que se tratava dum Instituto com funções pedagógicas e não duma empresa comercial.

O Dr. Donald Young, Director-Geral da *Russell Sage Foundation*, sempre gentilíssimo, promoveu o conhecimento da tradução no Brasil, onde foi apreciado como merece o trabalho do Sr. Dr. José Alberto de Faria, pondo-nos em comunicação com a *União Panamericana* que aconselhou a compra do livro às Escolas de Serviço Social brasileiras.

A crítica portuguesa louvou igualmente a tradução e a iniciativa da publicação, que está a merecer interesse a entidades categorizadas dos serviços de Saúde, Assistência, Previdência e Serviço Social, aconselhando a Direcção do Instituto de Serviço Social a sua leitura às alunas do mesmo como um valioso livro para a sua formação profissional.

No N.º 23 do Boletim do Instituto Ricardo Jorge foi publicado o sumário dos capítulos da obra, que é citada ainda recentemente como uma das que mais contribuiu para a compreensão e expansão do Serviço Social em todos os centros de ensino onde ele tem sido cultivado, na valiosa *Encyclopædia of the Social Sciences*, publicada em New York em 1950, e como estimuladora de algumas das mais notáveis entidades que exercem o Serviço Social em todo o mundo.

VI CURSO DE APERFEIÇOAMENTO PARA SUBDELEGADOS DE SAÚDE

Do dia 1 ao dia 30 de Maio realizou-se no Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge o VI Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde do Continente, ao qual assistiram 24 além dum guarda-mor de Saúde.

O Curso consistiu, como o do ano passado, em lições, visitas e sessões de estudo, durante as quais foram versados, como sempre, assuntos oportunos, de interesse sanitário, alguns sugeridos pelos que a ele assistiram.

Nas sessões de estudo tomaram parte comigo, esclarecendo dúvidas, intervindo em discussões e sugerindo problemas, os Srs. Drs. Arnaldo Sampaio, Arruda Furtado, Conceição Correia, Norton Brandão e o licenciado em Ciências Biológicas Dr. Jaime Pinto, este a propósito dos seus estudos sobre *plankton* que o levaram na pista da origem das intoxicações por mariscos, realizados sob o patrocínio do Instituto de Biologia Marítima.

Só ganharam com estas excelentes colaborações que recebi as sessões de estudo, que mereceram o maior interesse a todos, tendo intervindo vários deles com brilho.

O programa das lições do Curso foi o seguinte:

Administração sanitária concelhia — pelo Dr. Fernando da Silva Correia
Aspectos da prática sanitária — pelo Dr. Carlos d'Arruda Furtado
Bacteriologia das febres tifóide e paratífóides — pelo Dr. Arnaldo Sampaio
As indústrias concelhias e os seus problemas sanitários — pelo Dr. Aníbal do Couto Nogueira

Esboço imunológico da sífilis — pelo Dr. Juvenal Esteves

Sorologia da sífilis — pelo Dr. Arnaldo Sampaio

Os meios farmacológicos tradicionais em face das modernas conquistas científicas — pelo Prof. Doutor Toscano Rico

Epidemiologia das febres tifóides e paratífóides — pelo Dr. Cristiano Nina

Alguns conceitos e definições indispensáveis em Medicina Social — pelo Dr. Fernando da Silva Correia

Tratamento da Sífilis — pelo Dr. Norton Brandão

O problema das doenças profissionais — pelo Dr. Heitor da Fonseca

Doenças profissionais nas indústrias rurais — pelo Dr. Heitor da Fonseca

Aspectos do problema da Assistência Social — pelo Dr. Agostinho Pires

Bacteriologia das meningites purulentas — pelo Dr. Arnaldo Sampaio

Aferição de insulinas — pelo Dr. Souto Teixeira

O que se não deve fazer em matéria de antibióticos — pelo Dr. Andresen
Leitão

Bacteriologia das bruceloses — pelo Dr. F. da Conceição Correia

Alguns problemas epidemiológicos concelhios — pelo Dr. Castro Soares

Análises bacteriológicas das águas — pela Dr.^a D. Helena de Avila

A prática da cloragem das águas de alimentação — pelo Dr. Eduardo Paquete

Corrimentos uretrais — pelo Dr. F. da Conceição Correia

Os sanitaristas e a guerra moderna — pelo Dr. Nicolau Bettencourt

A evolução da luta anti-venérea — pelo Dr. Tovar de Lemos

O diagnóstico laboratorial da gripe — pelo Dr. Arnaldo Sampaio

A prática da desinsectização nos meios rurais — pelo Dr. Raul Roque

Problemas da salubridade rural — pelo Engenheiro Agnelo Prazeres

Aspectos sanitários do distrito da Guarda — pelo Dr. Fernando Sardo

Alguns aspectos do problema da conservação dos alimentos — pela Dr.^a
D. Maria Ernestina Graça Mendes

Alguns aspectos da sanidade das construções — pelo Eng. Renato Berger

O problema dos reumatismos — pelo Dr. Assunção Teixeira

Aspectos da Higiene das escolas — pelo Dr. Américo Cortez Pinto

Diagnóstico laboratorial das rickettsioses — pelo Dr. Arnaldo Sampaio

Meningites purulentas — pelo Dr. Cristiano Nina

Estreptococos — pelo Dr. Arnaldo Sampaio

A higiene da gravidez e a patologia do recém-nascido — pelo Dr. Fernandes Homem

Alguns aspectos da colaboração dos delegados e subdelegados de saúde — pelo Dr. Luís Roque Machado

Aspectos práticos da Higiene Rural — pelo Dr. Francisco Freire

Aspectos actuais da luta contra o tracoma — pelo Dr. João Saraiva

Injecção focal de origem oral — pelo Dr. José de Paiva Boléo

Aspectos sanitários do Minho — pelo Dr. Cândido da Rocha e Sá

Imunidade das doenças de virus — pelo Prof. Doutor Cândido de Oliveira

Análises de alguns casos de reumatismo — pelo Dr. Assunção Teixeira

*

*

*

Além das lições referidas, o Dr. Cristiano Nina apresentou doentes, das afecções de que se ocupou, em 4 visitas a enfermarias do Hospital Curry Cabral; o Dr. Arnaldo Sampaio dirigiu cinco sessões de estudo para esclarecimentos dos assuntos que versava, o mesmo fazendo em 2 sessões o Dr. Conceição Correia e em 1 o Dr. Norton Brandão; e o Dr. Arruda Furtado e eu próprio, em 5, versámos assuntos vários de prática sanitária.

*

*

*

Foram feitas visitas de estudo ao Centro de Saúde, Dispensário de Alcântara, Hospital Escolar, Instituto Português de Oncologia, Instituto Câmara Pestana, Instituto de Serviço Social, Associação Portuguesa de Reumatologia (na R. de D. Estefânia, 187), Parque Sanitário e Hospital de Curry Cabral, Instituto de Malariologia e Centro de Micro-radiografia da Saúde Escolar, no Liceu Pedro Nunes, tendo os que tomaram parte no Curso sido recebidos respectivamente pelos Drs. José Cutileiro, D. Fernando de Lancastre, Engenheiro Jácome de Castro, Prof. Francisco Gentil, Prof. Cândido de Oliveira, D. Maria Carlota Lobato Guerra, Dr. Eduardo Paquete, Dr. Eugénio Mac-Bride Fernandes, Dr. José Santana Queirós e Dr. Daniel Monteiro, e os seus respectivos colaboradores.

*
* *
*

Durante os 30 dias que durou o Curso realizaram-se assim 42 lições, 4 visitas a enfermarias, 10 outras visitas e 19 sessões de estudo, ocupando estas 33 horas.

Comparando com as realizadas nos Cursos anteriores, verifica-se:

	1939	1946	1947	1948	1949	1950
Lições sobre doenças contagiosas	3	6	5	21	24	18
» » outros assuntos ...	5	26	24	18	18	24
Sessões de estudo	—	5	12	16	16	19
Visitas de estudo	5	5	14	12	14	14

*
* *
*

Tomaram parte no Curso os seguintes Subdelegados de Saúde, Doutores: Joaquim Alves Ferreira Milheiro, de *São João da Madeira*
 Luís de Freitas Morna, de *Coimbra*
 António Martins da Costa Maia, da *Maia*
 António Machado Monteiro, de *Celorico de Basto*
 Armindo Simões Serra, de *Peniche*
 José Gomes de Almeida Crespo, de *Viana do Castelo*
 Artur Máximo Saraiva de Aguiar, de *Vila Nova de Foscoa*
 José Eduardo Carneiro de Brito, da *Murtosa*
 Francisco Lopes Vasques, de *Beja*
 Eduardo Mota Ribeiro de Oliveira, de *Aljustrel*
 Bernardo Baptista Ferreira, de *Góis*
 Teófilo Joaquim Salvado, de *Arraiolos*
 Mário Restani Romão, de *Alpiarça*
 António de Almeida Pinho Bandeira, de *S. Pedro do Sul*
 Esmeraldo Pais Prata, de *Sintra*
 Olímpio Barreto Murta, de *Alter do Chão*
 António Augusto de Barros, de *Miranda do Douro*

José Luís Vieira Pinto dos Reis, de *Penafiel*
Manuel José da Costa Júnior, de *Sesimbra*
António José Lúcio, do *Cartaxo*
Francisco Pereira de Barros, de *Sabrosa*
António Ferreira Patrício Lucas, de *Mação*
António de Almeida Barbas, de *Penamacor*
José Felisberto Ribeiro Peixoto de Queirós, de *Lousada*
e o Guarda-Mor de Saúde de Lisboa, Dr. António Figueira de Freitas.

*
* *

Dos 6 cursos de aperfeiçoamento até hoje realizados, por onde ao todo já passaram 129 médicos sanitários, foi este o mais concorrido, tendo os que nele participaram seguido com o maior interesse as lições, sessões de estudo e visitas.

A semelhança do que todos os anos tenho feito, ouvi as impressões dos que nele tomaram parte, sobre os assuntos versados e o modo como foram tratados, para tirar ensinamentos para futuros cursos. Não deixa de ser curioso analisar as respostas, que condizem com as anteriores. Dum modo geral gostaram da maneira como os diversos temas foram desenvolvidos. Interessou-os particularmente tudo o que tinha aplicação à clínica e em especial às doenças infecto-contagiosas, e ao que se referia a novidades no campo do diagnóstico ou da medicina curativa.

Não lhes interessaram tanto os assuntos de medicina preventiva, de administração e de salubridade. Mereceram-lhes interesse manifesto as visitas feitas às enfermarias do Hospital de Curry Cabral, dirigidas pelo Dr. Cristiano Nina e as sessões de estudo sobre Bacteriologia Sanitária orientadas pelo Dr. Arnaldo Sampaio. Uma nota curiosa é a de terem apreciado pouco os trabalhos de administração sanitária rurais, talvez por os julgarem saber e os considerarem banais, visto serem os das suas habituais funções...

Apreciaram com justiça as boas exposições mas nem sempre as boas sínteses, às quais preferiram as análises.

É claro que quem fosse orientar um curso destes, destinado a *aperfeiçoamento* dos conhecimentos e a estímulo das qualidades dos médicos *como sanitaristas* e não como clínicos, seria levado a estimular uma *deformação* profissional, aliás vulgar em Portugal, onde o espírito de sani-

tarista (o espírito de Saúde Pública, dos americanos) e o culto pela Medicina Preventiva são excepcionais. No que respeita a interesse pelas novidades terapêuticas e vigilância da pureza dos medicamentos as impressões fornecidas são paradoxais.

Sensibilizaram-se muito, como é natural, com as referências à necessidade de os subdelegados de saúde deverem merecer mais respeito às populações, nem sempre havendo todos antes meditado, porém, sobre a complexidade das causas dessa impopularidade e os culpados da mesma.

Seja como for, os depoimentos representam subsídios valiosos, por motivos por vezes contraditórios até, deduzindo-se do seu conjunto que a orientação dos cursos, dum modo geral, pouco terá de ser alterado.

*

* *

Durante a visita ao Centro de Saúde foi evocada pelo Curso a memória do Prof. João Maia de Loureiro.

*

* *

Além das visitas referidas, assistiram alguns membros do Curso a duas sessões da Sociedade das Ciências Médicas e visitaram a Exposição Bibliográfica Abolicionista realizada na Sociedade de Geografia.

*

* *

Nas sessões de estudo foram versados problemas de ordem prática, quer de administração sanitária, quer de bacteriologia sanitária, que mereceu particular interesse, como vimos, tratamento moderno da sífilis, dinoflagelados e intoxicações por mariscos, papel dos subdelegados de saúde nas Comissões Municipais de Higiene, posturas municipais, Assistência e Saúde Pública, Deontologia, Medicina Social, licenciamento de estabelecimentos industriais e condições sanitárias a impor, Serviço Social, Higiene do Trabalho, tendo-se distinguido, entre outros, nas discussões, os subdelegados de saúde, de S. João da Madeira, sobre intoxicações profissionais mercuriais nos chapeleiros, e de Coimbra sobre vários assuntos da prática sanitária.

*
* *
*

Alguns dos subdelegados de Saúde que assistiram ao Curso, cónscios da vantagem que há, para criar prestígio à classe, em toda a gente saber distinguir um médico escrupuloso, brioso e digno, dos levianos ou esquecidos dos seus deveres, promoveram a publicação nos jornais dos seus concelhos dos preceitos a que deve obedecer *O Médico perfeito*, que a todos foram distribuídos durante o mesmo Curso.

*
* *

A semelhança dos Cursos anteriores, deixou este a importância de 1.250\$00, destinada à subscrição para um busto de Ricardo Jorge.

*
* *

Na sessão de encerramento do Curso, a que presidiu o Sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social, dei conta dos trabalhos realizados, do esforço e dedicação dos prelectores, da atenção e interesse com que os subdelegados de Saúde seguiram as lições, visitas e sessões de estudo, evocando a memória do Prof. João Maia de Loureiro, colaborador brilhante em Cursos anteriores.

Puz em destaque a circunstância de, graças aos aperfeiçoamentos conseguidos nos laboratórios e na Biblioteca, mercê do auxilio e apoio do Sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social, os cursos de aperfeiçoamento tomarem de ano para ano carácter mais prático, permitindo trabalhos de colaboração íntima entre os diversos técnicos e os clínicos.

É bem conhecida já de todos a intensidade do trabalho exigido durante os cursos a todos os subdelegados de Saúde, que mal deixa tempo a diversões.

Já tem havido quem julgue a duração destes cursos excessiva, o que só pode afirmar quem não esteja ao facto das circunstâncias portuguesas e da orientação dada noutros países a cursos neste género, que não podem ser confundidos com cursos cuja finalidade seja diversa. O argumento de resto é apenas invocado pelos que se julgam dispensados de todo e qualquer curso, por motivos diversos, entre os quais por certo

o de não precisarem de adquirir nem mais conhecimentos, nem novas técnicas, nem nova fé nas possibilidades modernas da Saúde Pública.

Os cursos na verdade representam 30 dias de esforço atento e fértil para os que desejam actualizar conhecimentos a bem da Saúde Pública, conviver com técnicos especializados, pôr dúvidas que lhes são esclarecidas, sugerir estudos, visitar instalações, trocar impressões com colegas, sobre pormenores, ouvir narrações do que se faz noutros países ou noutros concelhos do País, familiarizar-se com os vários problemas sanitários, criar ou aperfeiçoar sensibilidade para as faltas sanitárias, o espírito sanitário, aproveitando os conhecimentos e as faculdades de observação postos ao serviço da clínica, mas não limitando os horizontes a esta, como é tão vulgar.

São 30 dias de trabalho intenso. «Trabalho forçado»? Não. Para isso seria preciso que os que nele participam não tivessem consciência profissional como sanitaristas, o que não se verifica já em bastantes.

Fatigantes, sim. Mas que sucede aos médicos que vão ao estrangeiro, com o intuito sério de aprenderem e aproveitarem bem o tempo? E não desejariam tantos fazer essas visitas de estudo? Que o diga o Dr. Arnaldo Sampaio que ao regressar de Baltimore, ao fazer o seu curso na Universidade de John Hopkins, vinha exausto e emagrecido.

Estes cursos não aproveitam só pelas lições e visitas feitas, mas também pelas sugestões colhidas, estímulo para estudos e visitas futuras, permitindo criar fé no próprio esforço, único modo de se conseguir uma Sanidade Nacional eficaz.



O Subdelegado de Saúde de S. João da Madeira, Dr. Joaquim Alves Ferreira Milheiro, em nome do Curso proferiu então estas palavras:

1. — Encerra-se hoje o VI Curso de Aperfeiçoamento para os Subdelegados de Saúde concelhios do continente.

Na sequência de uma prática que constitui já quase uma tradição, um dos alunos é encarregado pelos seus camaradas do curso de dizer de sua justiça, trazendo até V. Ex.^a as críticas, os comentários, as apreciações de todos ao programa seguido, às matérias que para ele se escolheram, e também a indicação dos problemas que desejariam ver tratados e algumas reivindicações, diremos melhor, algumas aspirações dos subdelegados de Saúde ou da classe médica.

Julgamos que este costume não é seguido em curso algum e nomeadamente naqueles em que os discípulos estão subordinados a uma hierarquia administrativa.

Há necessidade de ferir publicamente esta nota, bem reveladora do espírito que anima esta casa e da preocupação dominante de acertar, de realizar o melhor em benefício da saúde pública e dos serviços.

E é consolador que também haja a preocupação de nos ouvir, a nós, aos pequenos, aos médicos de primeira linha, perdidos tanta vez nos pequenos aglomerados da planície alentejana ou nas serranias das Beiras ou de Trás-os-Montes, a nós a quem nunca ninguém ouviu, como se a nossa experiência, o nosso sacrifício diário, o nosso contacto com a terra e os seus habitantes fossem coisas de somenos.

Congratulamo-nos com o facto e mais ainda com a sua continuidade, com a sua permanência.

Sinal dos novos tempos que correm para o País, para a Saúde Pública e para a Medicina.

2. — No ano corrente fomos nós, talvez, o menos categorizado de quantos subdelegados aqui se encontram, o escolhido para servir de porta-voz do curso junto de V.^{as} Ex.^{as}.

Difícil é o encargo que nos foi cometido.

Críticas? Comentários?

Examinado o problema durante o escasso tempo que os trabalhos efectuados nos deixaram livres, pareceu-nos evidente que as considerações a fazer só podiam ser logicamente orientadas, segundo duas linhas de pensamento.

Uma, na qual se tomariam por base as necessidades imediatas da nossa profissão de subdelegados de Saúde: caracterização da nossa competência funcional, suficiência ou insuficiência de preparação para o seu exercício, elementos materiais que nos faltam para defender a saúde dos povos sob nossa jurisdição.

Deste simples enunciado vê-se facilmente que mundo de coisas a estudar, que mundo de problemas suscita a consideração de qualquer destes aspectos e como é difícil falar deles sem madura ponderação e estudo cuidadoso.

3. — Outro dos sentidos em que poderia ser orientada qualquer crítica construtiva é mais vago, mas talvez mais lógico, mais urgente e mais difícil.

A nossa profissão de subdelegados de Saúde, de sanitaristas e de médicos da medicina rural coloca-nos na grande encruzilhada, no ponto

de convergência de todas as necessidades dos povos que reclamam a aplicação prática dos progressos da medicina e das restantes ciências elaboradas para defesa do homem e melhoria das suas condições de vida.

E só a utilização dessas aquisições da ciência pelos povos cuja vida auscultamos dia a dia, é que fará com que a ciência não seja estéril e o progresso uma palavra inútil, uma palavra de recurso para os faladores ambiciosos.

Nós somos, afinal, e por imperativo da profissão, os pioneiros da aplicação prática das mais modernas correntes do pensamento médico e social na sua preocupação de cuidar mais de defender a saúde dos indivíduos e dos povos, do que de tratá-los das suas doenças.

Efectivamente para os subdelegados de Saúde, não se trata já de assegurar o tratamento médico imediato, de garantir os socorros médicos ao camponês que na sua aldeia longínqua se sente atacado pela doença.

Esse tempo está ultrapassado.

E se no espírito do comum dos mortais — e até no de alguns médicos e pessoas responsáveis — o subdelegado de Saúde continua a ser apenas mais uma pessoa devotada ao tratamento da pneumonia ou da fractura, não é menos verdade que tudo indica a necessidade de mudar de rumo, orientando a nossa actividade, em pleno, para a medicina social e para a prevenção das doenças, seguindo, assim, as mais modernas orientações dadas pelo desenvolvimento das ciências médicas.

Médicos da medicina preventiva e construtiva, mais do que da medicina curativa ou paliativa, é o que nós somos.

4. — Evidentemente que este conceito, este novo conceito das funções do subdelegado de Saúde, corresponde na sua essência à mudança de orientação do espírito clínico, à mudança de orientação das ciências médicas.

Essa mudança é conhecida, mas não me parece demais salientá-la.

Abonar-me-ei, para o efeito, com a autoridade dos competentes.

Kershaw diz a págs. 172 do seu interessantíssimo livro «An approach to social medicine»:

«Há, todavia, uma importante questão, que deriva deste tardio, mas enormemente rápido desenvolvimento da ciência médica. É que a medicina concentrou tanto as suas energias sobre o desenvolvimento científico que desprezou até certo ponto o seu desenvolvimento filosófico.

A base filosófica de qualquer ciência é de mudança lenta: não é, por isso, surpreendente que uma ciência que através de milhares de anos procurou a cura das doenças, quando por último encontra o caminho aberto diante de si para um progresso rápido, possa ainda pensar em termos de doença e da sua cura mais do que na saúde e sua defesa».

Mas quero sobretudo, lembrar aqui a notável conferência proferida pelo Sr. Director Geral de Saúde na sessão de abertura da Segunda Reunião dos Delegados de Saúde Distritais.

Parece que Sua Excelência pressentiu e procurou dar satisfação àquilo a que Kershaw chamava o desenvolvimento filosófico da medicina, diminuindo o desnível que existe entre a pequenez deste e o anormal e surpreendente desenvolvimento científico.

Lembramos a referência que fez daqueles princípios gerais que o médico deveria ter sempre presentes: a saúde, o médico e a sua acção no meio social, a medicina social.

Mas queremos lembrar sobretudo as palavras que proferiu relativas à posição actual do médico em face do problema da saúde:

«A doença é, pois, um mal que se sente, ao passo que a saúde é um bem que se não sente.

O médico, em geral, não falha a esta regra. Educado defeituosamente, mais no estudo do indivíduo doente do que no do indivíduo são, todo o seu interesse se dirige para a doença; é ela que o empolga e absorve, acabando por constituir a razão e até o meio para a sua vida.

O interesse pela saúde que desempenhou parte mínima na sua preparação académica, começa justamente onde ela acaba e tudo está em saber discernir a zona limite que marca o fim da saúde, porque pensa que a esfera da acção médica se inicia nessa zona».

(In *Jornal do Médico* — n.º 381, 13-5-950, pgs. 701).

Tenho, porém, a impressão de que estas ideias têm sido muito *pensadas*, mas muito pouco *vividas* por todos nós médicos.

5. — Fica assim definitivamente assente, aquilo que já não passa de um lugar comum: prioridade da medicina da saúde sobre a medicina da doença; alargamento do campo de actividade médica do individual para

o social; falta de preparação do médico para acompanhar a medicina nos seus novos rumos, ultrapassados como estão os antigos critérios médicos.

E se quisermos levar mais longe o exame, concluiremos por dois postulados de tamanha evidência, que a sua demonstração é inútil, para quem, como nós, vive as dificuldades da profissão dia a dia, hora a hora.

São eles:

- a incompreensão do público, melhor diremos, a falta de aceitação, a resistência mesmo do público em face das novas orientações da medicina social, da medicina essencialmente preventiva, que obrigam as autoridades sanitárias e nomeadamente o subdelegado de Saúde a limitar-lhe o bem querer, a liberdade de acção ofensiva da higiene e portanto do interesse público;
- a incompreensão de certas autoridades que desconhecendo — e às vezes querendo desconhecer — a utilidade pública de certas medidas de defesa sanitária, se opõem a elas com base em interesses ou comodidades que deviam ser desprezadas em face desse bem inegualável que se chama a «saúde».

Sendo assim, todo o comentário que possa fazer-se à preparação técnica e cultural dos subdelegados de Saúde, à sua competência e posição relativa perante as outras entidades particulares ou públicas, há-de ser determinado pela consideração de pensamentos de carácter mais geral.

Seguindo um critério rigorosamente pragmático, indicamos para já, como elementos orientadores:

- as necessidades dos povos consideradas à luz das novas aquisições das ciências médicas e em particular na parte que respeita à medicina social e à prevenção das doenças;
- o desenvolvimento que o Estado der ou puder dar à política da saúde — limitado como é pela sua capacidade financeira e por necessidades de toda a ordem;
- a competência que os diplomas legais atribuem aos subdelegados de saúde no presente momento.

Da consideração destes três elementos é que derivará segundo nos parece a futura posição dos subdelegados de Saúde, no quadro mais amplo da assistência social.

A sua competência técnica, deverá ser determinada pelas possibilidades legais de acção que lhes sejam facultadas; e uma e outra terão que

ser variáveis na medida em que o Governo puder dar expansão, puder dar realidade a uma política concertada da defesa sanitária do País.

6. — Ex.^{mo} Sr. Subsecretário:

Faltam-nos o tempo, os elementos e a competência necessárias para fazer o estudo dos problemas que equacionamos.

Seria mesmo quase ridículo que tentássemos fazê-lo aqui, atento o lugar e a hora, a vastidão e complexidade das questões a analisar e a categoria e responsabilidades das pessoas a quem nos dirigimos.

Na sequência, porém, das palavras que vimos dizendo, parece-nos haver lugar para certas verificações, que são já fruto de uma política sanitária definida, consciente e — e suponho não exagerar — orientada segundo os princípios que expus.

Sintomas que nos trazem esperanças de melhoras do doente . . .

Quero referir-me em primeiro lugar ao facto de, há poucos anos a esta parte, a situação dos subdelegados de Saúde, tender a esclarecer-se e a prestigiar-se.

Desta evolução — tão lenta — tem resultado para nós um acréscimo de prestígio, feito sobretudo à custa de um aumento definido de encargos e de responsabilidades.

Deve desde já declarar-se que estes não nos pesam: pelo contrário, todos desejamos que a nossa competência, que o nosso campo de acção e poderes sejam plenamente definidos, muito embora aspiremos também a que nos sejam dadas possibilidades equivalentes de vida.

Mas isso, é uma outra história, como diria o escritor.

O que desejo salientar é que essa mudança da nossa situação — tão lenta, repete-se — é fruto do novo interesse que o Poder Central tomou pela defesa da saúde pública.

São evidência desse interesse, estes cursos de aperfeiçoamento em que a par dos ensinamentos novos, sistemáticos, de carácter puramente técnico, vimos colher a impressão moral da utilidade do nosso trabalho, da unidade dos problemas sanitários do País, vimos colher, enfim, o estímulo necessário para continuarmos com fé e com calor, a nossa obra de pioneiros ignorados da reconstrução médico-social do País.

São evidência ainda desse interesse o apoio, o estímulo e, porque não diremos, a pressão sobre nós exercida pelos delegados de Saúde Distritais, agora orientados e a orientarem-nos dentro de um pensamento comum, a dentro de critérios que revelam a existência de uma política sanitária definida, ordenada para fins bem precisos e com aproveitamento de todas as possibilidades técnicas.

Mas estes factos só são possíveis pela orientação que o Governo imprimiu à Assistência Social, lançando-lhe os fundamentos em terreno onde nada existia feito e onde, louvado Deus, alguma coisa existe já de consolador para a nossa alma de portugueses e de médicos.

Valerá a pena que um clínico de província, de longe do Terreiro do Paço e das preocupações do Governo, diga como vê o problema e faça um ligeiro balanço do que está feito?

Talvez assim possa fixar-se melhor a linha geral da evolução que nos parece terem de seguir as funções dos subdelegados de Saúde.

7. — A laia de preâmbulo, recorro que apesar de já anteriormente o imporem o progresso científico e as necessidades de defesa da saúde das populações só em 1940 — faz agora 10 anos — se criou, não o Ministério da Assistência Social, aspiração de nós todos, mas o Subsecretariado de Estado da Assistência Social.

Nada havia: nem estudos, nem doutrina, nem material.

Após algumas tentativas para resolver problemas de carácter mais instantâneo, em 1944, em 15 de Maio desse ano, é promulgado após discussão que não convém esquecer, o Estatuto da Assistência Social.

Neste diploma se encontram sistematizados os princípios da nossa organização: tanto os filosóficos como os sociais, como os de carácter puramente administrativo.

Em 7 de Novembro de 1945 é publicado o Decreto n.º 35.108 que regulamentou o Estatuto e é já da autoria de V. Ex.^a Senhor Subsecretário.

Foi este diploma que deu realidade, que deu possibilidades de vida à lei n.º 1.998, estabelecendo critérios, definindo posições, organizando serviços, tudo em harmonia com as mais modernas aquisições da ciência.

É nele que se fundamentam todos os diplomas posteriores sobre serviços, organizando a luta contra os males e os sofrimentos, quer se trate de serviços gerais, quer se trate de outros a encarar essencialmente.

É este diploma que marca, enfim, o início da nova era que agora se vive em matéria de Assistência Social e particularmente nos domínios da Saúde.

8. — A saúde pública e sua medida são dadas pelo estado da população. Convirá, para fazer o balanço, referir alguns números?

A população do País subiu de 7.722.152 habitantes em 1940, para cerca de 8.500.000 habitantes, média calculada para o meio do ano de 1949.

O saldo fisiológico líquido anual subiu de 46.141 em 1941 para 111.297 em 1948.

E os números índices deste movimento fisiológico, calculados tomando por base a média do quinquénio de 1898-1902, sobem também de 121,0 em 1940, para 167,9 em 1945 e 203,5 em 1948.

Se considerarmos outros elementos temos que: a natalidade global sobe de 24,33 em 1940, para 25,71 em 1945 e 25,30 em 1948, com um excedente de vidas que sobe de 8,73 em 1940, para 11,50 em 1945 e 13,50 em 1948.

Não quero maçar V.^{as} Ex.^{as} com mais números, por mais não serem precisos para concluir que a população portuguesa revela uma vitalidade que a coloca em posição de marcada evidência entre as mais adiantadas nações do Mundo.

9. — Aos médicos, como aos sociólogos e aos políticos, interessa particularmente o fenómeno da mortalidade por revelar talvez, de modo mais particularmente realista o estado sanitário e social das populações.

Ao considerar este aspecto da demografia entre nós, mantêm-se as mesmas razões de optimismo.

Assim: a taxa de mortalidade geral desceu de 15,60 ‰ em 1940, para 14,21 em 1945 e 12,80 em 1948.

Ou seja: nos primeiros cinco anos baixa 1,39 pontos e nos últimos 3 anos 2,41 pontos por milhar.

E se da mortalidade geral passarmos para a mortalidade de crianças de menos de um ano, temos que de 126,28 que morriam por cada 1.000 nascimentos em 1940, morreram 114,92 em 1945 e 100,21 em 1948.

Quer dizer: por cada 1.000 crianças que nascem, salvam-se em 1948 mais 26,07 do que em 1940.

Se referirmos a mortalidade de crianças de menos de um ano à população existente, teremos, (por 1.000 habitantes), as seguintes taxas: 3,07 em 1940, 2,96 em 1945 e 2,64 em 1948.

Continua a marcar-se, assim, a tendência para uma melhoria sanitária, que se torna mais saliente com a indicação dos seguintes números: Por cada mil nados vivos, morreram 641,25 indivíduos em 1940, 552,74 em 1945 e 486,81 em 1948.

Quer dizer: por cada 1.000 indivíduos que nascem, conservaram a vida em 1948, mais 154,44 do que em 1940!

As razões de optimismo que resultam da análise dos números acima referidos, mantêm-se integralmente quando se examinam as estatísticas de mortalidade referidas às suas causas.

Não maçarei V.^{as} Ex.^{as} mencionando mais números que são tão conhecidos como fáceis de obter.

Essas estatísticas indicam uma diminuição flagrante nas taxas de mortalidade nas febres tifóides e paratifóides, no tifo exantemático, na varíola, no sarampo, na tosse convulsa, na difteria, no paludismo, em outras doenças infecciosas e parasitárias, nas pneumonias, nas enterites e em tantas outras doenças.

Verifica-se aumento da taxa da mortalidade no cancro e mantém-se sensivelmente a mesma, embora com uma tendência marcada para a regressão na tuberculose e na diabetes.

10. — Citaram-se estes números sem ignorar que quer pelos anos a que se referem, quer pela sua própria natureza, eles não podem fundamentar conclusões de rigor científico.

Acontece assim, de resto, com a generalidade dos números estatísticos, sobretudo quando referidos à demografia.

Pretendeu-se apenas evidenciar com eles a tendência geral indiscutivelmente marcada para o melhoramento sanitário do País.

É agora ocasião de perguntar qual a razão deste benéfico movimento.

Não se ignora e menos que ninguém podemos ignorá-lo nós, os sanitaristas, quão valiosa tem sido a acção desenvolvida pelo Governo em matéria de sanidade geral.

Há-de referir-se agora aqui o esforço considerável que tem sido feito pelas Câmaras Municipais e pelo Governo no calcetamento das ruas, no abastecimento de águas potáveis às populações, na regularização de cursos de água, no tratamento dos esgotos e em mil outras obras que fazem de Portugal de hoje, um País inteiramente diferente do de há 25 anos.

Mas queremos lembrar especialmente o esforço feito pelo Subsecretariado da Assistência Social na luta directa contra os males e sofrimentos das populações.

Convém recordar que só a partir de 1945 é que se encetou uma luta sistemática contra os grandes flagelos pela publicação das leis necessárias à organização dos serviços, logo seguida da sua realização prática.

Lembremos alguns diplomas principais:

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Lei n.º 2.011, de 2 de Abril de 1946, seguida depois por outros decretos, procurando tirar delas consequências práticas.

Temos hoje 20.000 camas nos hospitais gerais.

O seu número aumenta de ano para ano, estando prevista a construção de mais de 30.000.

ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Publicada a lei 2.006, em Abril de 1945, seguiu-se logo a sua regulamentação. Consequências: temos hoje 6.138 camas e o seu número tende a aumentar, quando em 1945 tínhamos cerca de 5.500.

Mas enquanto que em 1944 o número de doentes admitidos nas Casas de Saúde para alienados foi de 1.689, em 1948 foi de 3.277; e enquanto, naquele primeiro ano tiveram alta, curados, 488 doentes, no ano de 1948, já citado, o número deles sobe a 1.156.

Não queremos falar neste capítulo das consultas periódicas que os Centros de Assistência Psiquiátrica mantêm nas cidades e vilas de província e do facto consolador de não vermos já o espectáculo indecoroso dos loucos a passearem a sua miséria nas ruas públicas ou presos como criminosos e de mistura com eles nas Cadeias do Estado.

ASSISTÊNCIA AOS LEPROSOS

O regime jurídico do combate à lepra foi estabelecido pelo decreto 36.450, de 2 de Agosto de 1947.

É hoje lugar comum dizer-se que Portugal dispõe de uma leprosaria modelar e que, neste capítulo como em tantos, dispomos de uma organização que é considerada de entre as melhores do mundo.

*

* *

Para que falar de mais realizações?

É a nova legislação sobre Misericórdias, são os decretos sobre a assistência materno-infantil, é a organização da luta anti-sezonática, da luta contra o tracoma, da luta contra outros, contra tantos males sociais, de entre os quais não podem esquecer-se os diplomas legislativos discutidos na Assembleia Nacional, referentes às doenças infecto-contagiosas e, particularmente, à tuberculose.

Mas não se cuidou só dos elementos materiais e de organização: organizou-se o serviço social, regulamentou-se por forma verdadeiramente notável a vida das escolas de enfermagem e a preparação dos respectivos alunos; cuidou-se da preparação dos médicos e de visitadoras sanitárias.

II. — Não nos alongaremos mais, na certeza de que nem todas as providências tomadas se traduziram ainda em saúde e em vidas.

Há que dar tempo ao tempo e os trabalhos de qualquer organização de saúde são de resultados lentos.

Em todo o caso aquilo que já se vê e tiramos de estatísticas pobres e desactualizadas — os números oficiais não vão além de 1948 — são animadores.

E mais animadores ainda, são factos do conhecimento comum, que traduzem um extraordinário aumento do interesse nacional pelos problemas de saúde e de assistência, movimento que só tem explicação pela atmosfera que o Subsecretariado do Estado soube criar em volta destes problemas.

Tudo isto nos anima a nós, subdelegados de Saúde, a prosseguir no áspero caminho que trilhamos, afadigados sempre, mas agora animados de nova esperança.

A de ver mais honrada e mais dignificada a profissão que escolhemos e, que é ainda, apesar das incompreensões, nobre entre as mais nobres ;

A de ver alargado o nosso campo de acção a todos os domínios em que as preocupações da saúde pública devem interferir, com reconhecimento dos poderes convenientes para realizar em sua defesa tudo quanto se mostra necessário.

12. — Vou terminar, com a convicção de que disse pouco e descoordenadamente do muito que haveria a dizer nesta matéria.

Nem fico sequer com a consolação de que tenha dito o suficiente para interessar, para provocar um movimento de curiosidade em volta das ideias que expus.

É que os problemas são tão vastos, e foram tão levemente aflorados que se correu o risco de os ver passar sem reparo de maior.

Preferimos proceder assim, convencidos como estamos de que não chegou ainda o tempo em que, formulados os princípios fundamentais de doutrina e de organização, os casos particulares possam ser abordados e resolvidos com base em critérios definitivos.

Há todavia a grande, a consoladora certeza de que caminhamos para essas soluções com um ritmo certo, apoiados agora em realidades e não em mitos.

Como português vejo e aplaudo estas actividades de que derivará prestígio e honra para o meu País, saúde e paz social para os seus habitantes.

Como médico, sinto-me agora na posse de novos elementos de trabalho, sinto-me agora com a possibilidade de salvar aquelas vidas, de minorar aquelas dores que são o objectivo natural de uma actividade que, perdõem V.^{as} Ex.^{as} não pode deixar de ser abençoada por Deus.

Eu queria pedir a V. Ex.^a, Senhor Subsecretário, que esquecesse por um momento e sem desrespeito meu, que sou seu subordinado, que V. Ex.^a está no topo de uma escala hierárquica em cuja base me encontro.

É que V. Ex.^a tem sido o principal, o indefesso obreiro destas extraordinárias realizações a que vimos assistindo de há cinco anos a esta parte, realizações que conferindo-lhe direitos à consideração e respeito de todos, o consagram definitivamente na estima e gratidão do País.

Pertenço a uma classe frequente e injustamente acusada de indisciplina e rebelde, classe à qual V. Ex.^a proporcionou meios de acção que nunca teve.

Pois é como médico, como subdelegado de Saúde, como português, que, lembrado de toda a sua obra e julgando exprimir o pensamento e o sentir de quantos se encontram nesta sala, eu quero dizer a V. Ex.^a um grande e comovido: Bem haja.

Ex.^{mo} Sr. Dr. Fernando Correia:

Tem sido V. Ex.^a o inteligente e dinâmico animador dos Cursos de Aperfeiçoamento.

Vão para V. Ex.^a os nossos cumprimentos e os nossos agradecimentos pelo muito que viemos aprender.

A ciência evoluciona — e na ciência médica têm sido tão extraordinárias as suas conquistas em todos os seus ramos — que só com Cursos de Aperfeiçoamento — bem organizados — teremos facilidade — nós médicos de vilas e aldeias — de estarmos a par dos conhecimentos e das armas que a medicina moderna nos faculta.

É uma necessidade absoluta, para prestígio das funções que exercemos, e para proveito dos que nos confiam a sua saúde, estarmos em dia com a nova medicina.

Este curso actualizou-nos e embora a muitos de nós fosse penoso e causa de prejuízos materiais pelo afastamento da nossa clínica, temos a compreensão dum dever cumprido e de uma necessidade satisfeita.

Escolheu V. Ex.^a para mestres deste Curso os nomes mais em evidência nos respectivos sectores, e assim foi-nos dado o prazer de ouvir belas lições, cheias de saber e de utilidade.

A todos V.^{as} Ex.^{as} que colaboraram neste Curso, desejamos mostrar o nosso reconhecimento e a nossa homenagem pelo seu muito saber.

Mas, seja-nos permitido destacar, sem desprimor para ninguém — e só levados pelo nosso entusiasmo de clínicos — função de que não podemos separar-nos — agradecer aos Ex.^{mos} Colegas Dr. Nina e Dr. Arnaldo Sam-

paio — simbiose tão simpática — que com tanta proficiência nos ensinaram e com tanta paciência nos aturaram.

A V. Ex.^a Sr. Dr. Carlos Arruda Furtado, desejamos apresentar as nossas saudações, a nossa homenagem, pelo seu muito saber, desejando rápido restabelecimento da saúde de V. Ex.^a, para proveito de todos nós e a Bem da Nação.

*

* *

Encerrou a série de discursos o sr. dr. Trigo de Negreiros, que começou por referir o facto de há uns anos a esta parte se realizarem com um espírito de continuidade a que se não estava habituado, cursos, como o que se encerrava, destinados à actualização e aperfeiçoamento dos Subdelegados de Saúde, em matéria de medicina sanitária e social. Recebidos com um misto de desconfiança e cepticismo, tais cursos vão lançando raízes que, atentos os seus resultados, mergulham cada vez mais fundo. Através deles — acrescentou o Subsecretário — como que se opera simbiose fecunda: os subdelegados, se tomam contacto com as últimas conquistas da ciência médica, também, em contrapartida, trazem aos mestres os resultados da sua experiência de médicos rurais, rica como nenhuma outra. Ricardo Jorge, mestre insigne, fizera o retrato do médico rural, dizendo como ninguém dos seus merecimentos. Júlio Dinis os consagrou na sua figura genuinamente portuguesa de «João Semana». E se porventura a sua presença a certa altura foi notada na política, isso passou-se, teve o seu tempo e não deixou saudades. As coisas modificaram-se e, pouco a pouco, especializam-se e resolvem-se os problemas de ordem sanitária, tomando-se por base a preparação do pessoal destinado a assegurar o funcionamento dos diferentes serviços. Com esse objectivo se reformou o ensino da enfermagem, se promoveu a realização dos cursos de subdelegados e de outros congéneres, e se auxiliaram os que têm surgido da iniciativa da Ordem dos Médicos, com os quais aproveitaram já algumas centenas.

Falando da apreciação crítica do curso, do seu programa e dos trabalhos realizados, o sr. dr. Trigo de Negreiros afirmou que o sr. dr. Milheiro salientara bem que, os subdelegados, mais do que os médicos ao serviço da Medicina curativa ou paliativa, devem ser, na área em que servem, os pioneiros da Medicina preventiva e construtiva, não lhes interessando, por isso, só o homem doente, mas o homem são, a quem devem ajudar a proteger o mais precioso dos seus bens — a saúde. Pela primeira vez, os subdelegados que têm frequentado os cursos de aper-

feioamento afirmam corajosamente a prioridade da medicina da saúde sobre a da doença. Eles sabem que não é fácil, nem cómoda, nem rendosa esta viragem no domínio da Medicina e não ignoram que, ao alargarem o campo da actividade médica do indivíduo para a colectividade sã, terão que lutar com a incompreensão e a resistência, não só dos colegas cuja educação e interesse os liga apenas à doença, mas ainda com a da população que pretendem defender de alguns dos males evitáveis e que constantemente a ameaçam. Contudo não hesitaram em tomar posição e, quando todos fogem das responsabilidades, os subdelegados só pedem que seja alargada a sua competência e definidas as suas atribuições.

Agradeceu as palavras relativas à obra realizada nos últimos cinco anos no sector em que trabalha, dizendo que ela não lhe pertence, mas sim ao País, e foi feita sob a orientação do sr. Ministro do Interior, que acompanha, com o maior interesse tudo quanto respeita à defesa e protecção da saúde do povo português, sendo só possível porque o sr. Presidente do Conselho criou as condições necessárias para a melhoria que acusa o estado sanitário do País.

Ricardo Jorge, patrono desta casa, dizia que a palavra gratidão já não tinha usança condigna. Mas os subdelegados de Saúde aqui reunidos não haviam tido dúvida, porém, ao fazer o balanço da obra realizada, em dizer ao Governo o seu desassombrado e comovido «Bem-haja!». Honra lhes seja.

CURSO DE MEDICINA SANITARIA

O Curso de Medicina Sanitária do ano lectivo de 1949-1950 foi o mais concorrido que passou pelo Instituto desde a remodelação de 1946.

Com efeito, o número dos que o levaram a cabo em 1946-47 foi de 46, em 1947-48 de 33, em 1948-49 de 33 e no corrente ano de 59.

O número de requerimentos fôra de 92, tendo desistido ou perdido o ano por faltas 33.

O plano do curso foi o mesmo do ano passado, como se pode ver:

Higiene Geral — Dr. Heitor Vasco Mendes da Fonseca — 20 lições teóricas e 6 visitas.

Administração Sanitária — Dr. Fernando da Silva Correia — 12 lições teóricas e 8 práticas.

Higiene da Alimentação e Aguas de Abastecimento — Dr. Bernardino Alvaro Vicente de Pinho e Dr. Guilherme Jorge Janz — 22 lições teóricas e 3 visitas.

Bromatologia — Dr.^a D. Maria Ernestina Graça Mendes — 12 lições teóricas e 6 práticas — Preparador: Clementino Alves Tourais.

Epidemiologia e Técnica de Profilaxia — Dr. António Augusto de Carvalho Dias — 22 lições teóricas e 8 visitas.

Higiene e Medicina Sociais — Dr. Fernando da Silva Correia — 12 lições teóricas e 6 visitas.

Bacteriologia Sanitária — Dr. António Arnaldo de Carvalho Sampaio — Preparador: Jorge Esteves Cardoso — 15 lições teóricas e 60 práticas.

Sezonismo — Dr. Raul de Almeida Roque — 10 lições teóricas, 4 práticas e 2 visitas.

Higiene do Trabalho — Dr. Anibal do Couto Nogueira — 10 lições teóricas e 2 visitas.

Doenças Profissionais — Dr. Heitor Vasco Mendes da Fonseca — 8 lições teóricas e 2 visitas.

Engenharia Sanitária — Engenheiros Agnelo Caldeira Prazeres e Renato Paletti Berger — 22 lições teóricas e 6 visitas.

Demografia e Estatística Sanitária — Dr. António Augusto de Carvalho Dias — 10 lições teóricas e 1 visita.

Organização da Assistência Social — Dr. Agostinho Joaquim Pires — 15 lições teóricas e 6 práticas.

Total — 190 lições teóricas, 84 práticas e 36 visitas.

As aulas começaram a funcionar no dia 3 de Novembro. Mais uma vez os horários foram elaborados de modo a permitirem aos alunos a frequência do Curso de Medicina Tropical e, na medida do possível, a frequência de hospitais ou outros serviços, atendendo mesmo a solicitações de alguns que todos os anos alegam a dificuldade financeira que para eles representa o virem tirar a Lisboa o Curso de Medicina Sanitária, tendo-se formado no Porto ou Coimbra, pois podem assim familiarizar-se com certas técnicas que lhes aperfeiçoem a sua formação clínica, embora exija, tal frequência, acumulada com os Cursos, um esforço por vezes excessivo.

O que não pode é deixar de exigir-se a presença dos alunos, como sucedia quando, com o argumento de favorecer alunos pobres, se autorizava a frequência do Curso de Medicina Sanitária no 5.º ano de Medicina, pois tal sistema tornava impossível a real frequência, sistema que, alargado a médicos já instalados em longínquas localidades do País, permitia a obten-

ção do título sem frequentar as aulas, arremedo de concurso, benévolo sempre, e de que resultou durante muitos anos uma Medicina Sanitária teórica, sem tempo de criar contacto com os professores nem de aquisição sequer de conceitos fundamentais e de conhecimento prático de serviços essenciais, quanto mais de espírito sanitário e fé nas possibilidades da Higiene, tudo pouco propício para se conseguir o aperfeiçoamento da Saúde Pública nacional.

O convívio durante quatro anos com jovens colegas formados nas Universidades de Lisboa, Porto e Coimbra, ansiosos por legitimamente começarem as suas actividades profissionais, mas topando com dificuldades de toda a ordem, tem-nos permitido sondar suficientemente vários aspectos da prática pedagógica e da incompreensão do público a respeito da função da Medicina e particularmente da Higiene e Medicina Preventiva, bem mais responsáveis pela crise da classe médica do que a plethora e outras razões invocadas nalguns países. Em grande número de casos os médicos recém-formados têm razão para se queixar. Noutros casos, porém, certas práticas estranhas têm resultado de solicitações deles próprios, apenas cabendo culpa a outrem... por lhes fazer a vontade, tão manifestamente anti-pedagógica e contrária às boas regras da administração. Referimo-nos às formaturas feitas «em Outubro» que se prolongam... até 15 de Dezembro (1).

As lições teóricas continuaram a ser das 9 às 11 horas.

Dos 59 alunos que terminaram o Curso, 3 deles eram médicos-veterinários, 2 farmacêuticos e, dos restantes, todos médicos, haviam-se formado em Lisboa 27, no Porto 5, 21 em Coimbra e em Nova Goa 1.

Tal como nos anos anteriores, o Curso consistiu em aulas teóricas, aulas práticas com demonstrações, sessões de estudo, visitas e estágios, além da elaboração de monografias, a maior parte delas *topografias médicas* concelhias.

As sessões de estudo, nas quais foram postos problemas de ordem sanitária que os alunos discutiram em todos os seus aspectos, treinando-se, permitiram apreciar as qualidades de cada um e o interesse que lhes mereciam os diversos assuntos e até preferências individuais de alguns deles.

As visitas foram feitas ao Instituto Português de Oncologia, ao Hospital Escolar em construção, ao Centro de Saúde de Lisboa, ao Dispensário

(1) Esta prática tem dado lugar a requerimentos absurdos, em que os requerentes não atribuem a si as culpas, resultando delas adiamento da abertura do Curso de Medicina Sanitária e outros inconvenientes. *Abissus abissum...*

de Alcântara e ao Instituto de Serviço Social, além das realizadas como treino para inspecções.

Dado o manifesto interesse que haviam merecido alguns ensaios feitos no ano anterior, todos os alunos realizaram inspecções a alguns estabelecimentos para se iniciarem nessa prática, começando a criar sensibilidade para as faltas sanitárias, espírito sanitário, e a familiarizar-se com as disposições regulamentares aplicáveis a cada assunto.

Acompanhei-os nas primeiras visitas feitas, de modo a evitar quaisquer possíveis atritos ou mal entendidos, não se havendo registado nada de anormal.

As visitas de inspecção foram feitas a padarias, tabernas, talhos, mercearias, garages, tipografias, oficinas de carpinteiros e sapateiros, costureiras, modistas, barbeiros, a uma oficina de fabricação de âmpolas, a cafés, pastelarias, restaurantes, hotéis, cinemas, lares académicos, farmácias, pensões, mercados, *bars*, pátios e ruas e ao próprio Instituto Ricardo Jorge.

Os relatórios apresentados fornecem alguns subsídios valiosos de ordem prática, tendo as visitas merecido interesse, por vezes vivo, à maioria dos alunos.

Os «estágios» realizaram-se no Centro de Saúde, Dispensário Popular de Alcântara e Delegação de Saúde. Poucos alunos compreenderam todavia ainda a sua utilidade.

As monografias versaram todos estudos de *topografias médicas*, salvo as feitas por médicos veterinários e farmacêuticos. Os assuntos escolhidos constam da seguinte lista:

MÉDICOS (TOPOGRAFIAS MÉDICAS)

Póvoa do Varzim — Dr. Gil de Cantos.

Batalha — Dr. Abel Vieira de Campos de Carvalho.

Pinhel — Dr. Alfredo Gama Freire.

Torres Novas — Dr. Manuel da Costa Mourão.

Penamacor — Dr. António Campos Felino de Almeida.

Vila Nova de Ourem — Dr. António Eduardo Baptista Coelho.

Oleiros — Dr. António Edgar Nelson Ventura da Cunha.

Peniche — Dr. António Hermano Tavares de Melo.

Ponte de Sor — Dr. António José Namorado Mira Crespo.

Alcanena — Dr. António Raposo Martins.

Vinhais — Dr. Manuel do Amaral Abranches Pinto.

Vila de Rei — Dr. Diogo Mourão Garcês Palha.
Sobral de Mont' Agraço — Dr. Eduardo Pinto Guedes Beltrão Júnior.
Valença — Dr. Ernesto Maria Teixeira e Silva.
Proença-a-Nova — Dr. Eugénio Ferreira de Matos.
Tábua — Dr. Fernando Castanheira Neves.
Figueiró dos Vinhos — Dr.^a D. Maria da Conceição Gomes Moura.
Marinha Grande — Dr. Francisco José da Silva Gomes.
Sabrosa — Dr.^a D. Hilda Regina Neto.
Aljustrel — Dr. João de Brito Camacho.
Alcácer-do-Sal — Dr. João Edmundo da Silva Rodrigues.
Idanha-a-Nova — Dr. João Esteves Perdigoto.
Chaves — Dr. João Guimarães de Carvalho.
Barreiro — Dr. João de Sá Nogueira.
Óbidos — Dr. Joaquim Cândido Travassos Lamy.
Alvaiazere — Dr. Jorge Consolado Esteves.
Fundão — Dr. Jorge Pinto da Silva.
Alcobaça — Dr. José Augusto de Seixas Antão.
Niza — Dr. José Francisco de Matos Nunes da Silva.
Montemor-o-Novo — Dr. José Lourenço de Oliveira Fialho.
Alijó — Dr.^a D. Lille de Matos Miguens Falcão.
Régua — Dr. Luís da Silva Roseira.
Moita — Dr. Manuel Joaquim Gonçalves Ribeiro.
Leiria — Dr. Manuel Machado Sá Marques.
Vila Velha de Rodão — Dr. Manuel Pedro Azancot de Meneses.
Sertã — Dr. Manuel Teixeira Moreira Pinho.
Almeirim — Dr.^a D. Maria Águeda Pereira Alfaia Bárcia.
Nazaré — Dr.^a D. Maria Helena Barreto dos Santos Pinto.
Coimbra (parte rural) — Dr. António Joaquim de Canaes e Mariz Ferreira da Silva.
Belmonte — Dr. Tito Gonçalves Fernandes.
Caldas da Rainha — Dr. Vítor Coutinho Sá Vieira.
Boticas — Dr. Cassiano Sousa Calvão.
Benavente — Dr. João Armando Soares Pereira de Aragão e Rio.
Pombal — Dr. Mário Ferreira Rosa Falcão.
Castelo Branco — Dr. António Paulo de Oliveira Alves Monteiro.
Mortágua — Dr. Albano Fernandes de Abreu.
Ancião — Dr. Mateus Augusto da Costa Neves.
Figueira da Foz — Dr. Carlos Luís Gaspar Antunes.

Golegã — Dr. Joaquim da Silva Thó.
Vila Real (Trás-os-Montes) — Dr. António Crispiniano Ferreira de Lemos.
Olhão — Dr. Rafael António de Sousa Caixeiro.
Estremoz — Dr. António Joaquim Paulino.
Viseu — Dr. João António da Silva Menano.
Seia — Dr. Virgílio Saraiva Lemos.

MÉDICOS VETERINÁRIOS

Os ovos vectores de doenças para o homem — Dr. Carlos Penaforte e Costa.
Carnes parasitadas — Dr. Herlander Miguel da Silva Fazenda.
O frio na conservação dos produtos alimentares de origem animal — Dr. Luís Navarro Brasão.

FARMACÊUTICOS

Estudo comparativo das fórmulas Flaginac e Invic nas análises bacteriológicas das águas de abastecimento público — Dr. Eugénio Rodrigues de Jesus Paiva.

Verificação da relação $\frac{720.000}{\text{Resistividade}}$ e da fórmula

$$\text{SO}_3 \frac{100.000 \text{ RE } (0,28 \times \text{Alc.} + 0,3 \times \text{Alc.} + 0,77 \times \text{A}_2 \text{ Nitrico})}{0,21 \times \text{RE}} \text{ pelo}$$

Dr. Manuel Godinho de Matos Junior

Tal como nos anos anteriores, procurei, no contacto constante com o curso, apreciar a cultura geral dos alunos e as suas qualidades de inteligência, atenção, tacto, calma, rapidez de apreensão e bom senso, a par da assiduidade, pontualidade, etc., o que, combinado com as classificações das monografias, os relatórios das visitas e estágios e exercícios escritos, me permitiu dar a cada um sua nota de conjunto.

Na classificação das monografias atendi ao plano, clareza, conhecimentos revelados, trabalho pessoal, utilidade prática, forma, apresentação, bibliografia e pontualidade na entrega.

Topografia Médica do Montijo — pelo Dr. António Maria de Castro Ferreira.

Topografia Médica de Tomar — pelo Dr. Manuel José da Luz.

O *Jornal do Médico* publicou nos seus números 398 e 399, de 1950, a *Topografia Médica do concelho de Mafra* do Dr. Manuel José Gomes Marques.

II REUNIÃO DOS DELEGADOS DE SAÚDE

Do dia 12 ao dia 20 de Abril de 1950 decorreu no Instituto Superior de Higiene a II Reunião dos Delegados de Saúde, a que presidiu o Sr. Director Geral de Saúde, a ela tendo sido convidados a assistir os Directores dos diversos serviços da Direcção Geral, intervindo nas discussões os Drs. Castro Soares, Bernardino de Pinho, José Cutileiro e Daniel Monteiro, o Engenheiro Agnelo Prazeres e todos os delegados de Saúde, que apresentaram relatórios, acompanhados de estatísticas sobre os assuntos escolhidos, quais eram, a *Febre Tifóide* e a *Difteria*.

Na sessão inaugural, a que presidiu o Sr. Ministro do Interior com o Sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social, usou da palavra, para explicar os fins da Reunião, fazendo considerações sobre múltiplos aspectos da Medicina Social, o Sr. Dr. Augusto da Silva Travassos, cujo discurso foi publicado no n.º 24 deste Boletim e merece leitura atenta, usando a seguir da palavra o Sr. Ministro do Interior.

Na sessão de encerramento deu o Sr. Director Geral conta do modo como decorreu a II Reunião, encerrando-a o Sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social.

Oportunamente será publicado o relatório da Reunião, que foi cheia de interesse e mostrou bem as qualidades dos Delegados de Saúde e como é bem diferente a selecção feita pelo trabalho de campo, em *viveiro*, posto em experiência durante suficiente período de observação, do clássico sistema livresco, teórico, com ciência alcançada por atacado, tanta vez de pouca dura, sem fé nas possibilidades da Saúde Pública nem convicção dos processos por ela usados, período de observação que permite excluir os preguiçosos, os comodistas, os pouco cultos ou os que porventura pensassem suprir o saber seguro, o treino, as qualidades sólidas e até a robustez, indispensáveis, por simples memória, habilidades ou sofismas.

Comparando as notas assim obtidas durante o ano com as que os alunos tiveram nos exames e com as notas das monografias e as universitárias, verifica-se o seguinte:

Classificações	Durante o ano	Nas monografias	No exame final	No Curso Universitário
Reprovações	—	—	2	—
9,6 valores	1	2	—	—
10 »	1	—	1	—
11 »	3	11	8	—
12 »	2	14	13	6
13 »	16	3	21	7
14 »	21	11	11	13
15 »	5	6	3	15
16 »	8	3	—	14
17 »	2	3	—	4
18 »	—	6	—	—

Foram autorizados superiormente a fazer exame noutra época, contando-se-lhes a frequência, 2 alunos.

O exame, a cujo juri presidi, dele fazendo parte os Drs. Bernardino de Pinho, Carvalho Dias, Heitor da Fonseca e Arnaldo Sampaio, constou, como de costume, de provas escritas e provas orais, sendo os pontos da prova escrita tirados à sorte entre 25, versando assuntos de Epidemiologia, Higiene da Alimentação, Salubridade, Higiene do Trabalho e Administração Sanitária, não tendo sido afixados antes, como nunca o foram.

CURSO DE VISITADORAS SANITÁRIAS

O Curso de Visitadoras Sanitárias foi orientado, no ano lectivo de 1949-1950, mais ou menos, segundo os moldes dos anos anteriores, conforme o seguinte plano:

Flagelos Sociais-Profilaxia Social-Assistência Social — Dr. Fernando da Silva Correia — 10 lições e 10 visitas.

Administração Sanitária — Dr. Fernando da Silva Correia — 10 lições teóricas, 10 práticas e 5 visitas.

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

Higiene Alimentar — Dr.^a D. Maria José Machado Arrobas da Silva — 12 teóricas e 8 práticas.

Higiene Pré-Natal e Puericultura — Dr. Francisco Fernandes Homem Rodrigues — 12 teóricas e 6 práticas.

Bacteriologia e Parasitologia — Dr.^a D. Helena de Avila — 10 teóricas e 10 práticas.

Princípios de Sociologia. Diagnóstico Social e Serviço Social — Dr.^a D. Helena de Avila — 12 teóricas e 12 visitas.

Deontologia — Dr. Fernando da Silva Correia. *Economia Doméstica* — D. Adriana Rodrigues Barata Moura — 6 teóricas e 3 práticas cada.

Noções Elementares de Enfermagem — D. Maria da Graça Moraes — 10 teóricas e 20 práticas.

Epidemiologia e Profilaxia das Doenças Transmissíveis — Dr. António Augusto de Carvalho Dias — 10 teóricas e 20 práticas.

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

Total: 130 lições teóricas, 86 práticas e 27 visitas.

O número de candidatas foi de 78, sendo excluídas na Junta Médica a que presidi e de que fizeram parte os Drs. D. Helena de Avila e Francisco Fernandes Homem, 4 alunas.

Das aprovadas, 10 tinham habilitações que as dispensaram do exame de admissão, sendo 43 sujeitas a este, a cujo juri presidiu o Dr. Agostinho Pires, fazendo parte dele os Drs. Adriano Rodrigues Castilho e Raul Lima Amaral Marques. Foram admitidas 31 e excluídas 12.

O Curso iniciou-se assim com 41 alunas no dia 16 de Novembro, por terem desistido, ou sido excluídas 37 das 78. A todas as admitidas foram feitas microrradiografias no Dispensário de Alcântara, pelo Dr. Casanova Alves.

Durante o ano foram feitos exercícios de frequência sobre *Higiene pré-natal e Puericultura*, *Higiene Alimentar*, *Higiene Geral*, *Bacteriologia e Parasitologia*, *Elementos de Sociologia* e *Flagelos sociais*, *Profilaxia Social e Assistência Social*.

Além das lições teóricas e práticas, foram feitas sessões de estudo, visitas e estágios.

As visitas foram à Quinta da Calçada, Recolhimento da Encarnação, Centro Social de Cascais, Protecção às Raparigas, Jardim Escola João de

Deus, Semi-Internato de N.^a Senhora da Conceição (ao Rato), Instituto de Serviço Social, Parque Infantil das Necessidades, Posto de Protecção à Infância (Rato), Instituto P. de Oncologia, Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, Florinhas da Rua, Dispensário de Alcântara, Asilo-Escola António Feliciano de Castilho e Associação Portuguesa de Reumatologia.

Os estágios realizaram-se no Centro de Inquérito Assistencial, Creche do Jardim da Estrela, Centro de Saúde de Lisboa, Delegação de Saúde de Lisboa, Posto de Protecção à Infância (do Rato), Instituto Maternal, Instituto Português de Oncologia, Ass. Portuguesa de Reumatologia, Dispensário de Alcântara, Delegações de Saúde e Dispensários de Higiene Social, Sub-delegações do Instituto Maternal e do Instituto de Assistência à Família de Castelo Branco e Évora, Delegação de Saúde de Setúbal, Dispensário anti-tracomatoso de Peniche, Centro de Assistência Social e Misericórdia de Montijo e Dispensário de Higiene Social e Centro de Assistência Social das Caldas da Rainha.

Foram admitidas a exame 37 alunas do Curso de 1949-1950, além duma do Curso anterior que não pudera fazê-lo oportunamente e superiormente fôra autorizada a isso.

Do júri dos exames, a que presidi, fizeram parte os Drs. Agostinho Pires, Carvalho Dias, Cortês Pinto e Fernandes Homem.

O resultado dos mesmos, que constaram de provas escritas e orais, foi o seguinte:

10 valores—1 aluna; 11 valores—4; 12 valores—10; 13 valores—14; 14 valores—6; excluída—1; faltou às provas, por doença, tendo sido superiormente autorizada a fazer exame para o ano, uma aluna.

As alunas diplomadas foram: Honorata da Conceição Russinho, Lisette Galvão de Carvalho, Maria Helena Veiga de Andrade, Maria José da Assunção Pessoa, Maria de Lourdes Peixoto de Oliveira, Maria Manuela Vilar de Oliveira, Aurora Hermínia Rodrigues Valente, Clara da Conceição Baptista, Diocleciana Ribeiro Rodrigues, Ivone da Purificação Pereira Ribeiro, Lucinda Ribeiro de Carvalho, Maria Alice Serrat Silva, Maria do Carmo Teixeira, Maria Elvira Pimentel Montenegro, Maria José Lizardo Vinagre, Maria Luisa Carvalho da Silva, Maria Rosalina Sampaio Quaresma, Maria Udite Esteves Valente, Suzette Colaço Moreira de Sousa, Maria Delfina Viçoso Freire, Clyde Gomes Kruss Afflalo Costa, Maria Amélia Prates Lizardo Vinagre, Maria Fernanda Pires Pinto, Maria Georgette Gomes Cabral, Maria Guiomar da Cunha Tavares de Melo Bandeira, Maria Júlia Soeiro da Silva, Maria de Lourdes Lacerda Moral Rodrigues, Maria

Noémia Lopes, Mercedes da Assunção Damaso, Vicência Martins Cardoso Perestrelo, Ausenda Ramos da Conceição, Maria Amélia Moreira da Câmara, Maria Helena Figueiredo Pinto Ângelo, Maria Madalena da Cruz e Castro e Maria de Jesus Boavida Santos.

Nas classificações influíram, além das provas escritas e orais, os exercícios feitos durante o ano.

A respeito das alunas foram obtidas informações de ordem moral favoráveis, não tendo sido desmentidas no convívio atento durante o ano.

PRÉMIOS A MONOGRAFIAS DE INTERESSE SANITÁRIO DO CURSO DE MEDICINA SANITÁRIA DE 1948/49

Nos termos do Regulamento aprovado pelo Sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social em 19 de Janeiro de 1949, o mesmo júri do ano anterior classificou as monografias de interesse sanitário elaboradas por alunos do Curso de Medicina Sanitária de 1948-1949, só tendo sido admitidas, conforme o Regulamento, que se pode ler no n.º 24 deste Boletim, as dos que haviam tido no exame final do Curso notas de 14 ou mais valores.

Os trabalhos mais classificados foram os seguintes:

- 1.º Prémio — *ex aequo* — aos Drs. Sérgio Farrajota Ramos e José Gomes da Costa Belo, pelas suas *Topografias Médicas*, respectivamente dos concelhos de Loulé e Torres Vedras.
- 2.º Prémio — ao Dr. Luís António Corte Real Cayolla da Motta pelo seu estudo sobre *Leishmanioses humanas*.
- 3.º Prémio — ao Dr. António Loureiro da Fonseca, pela sua *Topografia médica* do concelho do Seixal.

Além destes, outros trabalhos mereceram as atenções do júri. Foram eles:

Topografia Médica de Setúbal — pelo Dr. Antero Jacques Pena.

Topografia Médica de Portimão — pelo Dr. António Duarte de Sousa Calaça.

A II Reunião veio confirmar os méritos e o saber e poder realizador de cada um, já revelado durante a I Reunião, feita há dois anos, bem como a necessidade de repetição de tais reuniões, sempre estimuladoras de todo o pessoal técnico dum serviço como é o da Saúde Pública.

MOVIMENTO DA SECRETARIA

Continuou a aumentar, como se pode ver pelo quadro junto, o movimento da Secretaria, só à custa das qualidades e esforços do funcionário que nela superintende, Sr. José Vaz dos Reis, se conseguindo fazer com a oportunidade devida todo o serviço, por o pessoal do quadro ser mais que insuficiente, dado o incremento que o Instituto recebeu do Governo e que excedeu todas as previsões, de que os números do quadro são de certo modo um índice, tendo excedido o quadruplo a correspondência recebida e mais de duas vezes e meia a recebida, em relação ao ano que precedeu a remodelação dos serviços.

MOVIMENTO DA SECRETARIA

Correspondência	1940/44 (Média)	1945	1946	1947	1948	1949	1950
<i>Recebida</i>							
Total	957	981	1.268	1.539	2.003	3.565	3.986
Média mensal	79	82	105	127	168	297	332
<i>Expedida</i>							
Total	2.424	2.568	2.600	2.893	3.966	6.037	6.519
Média mensal	202	214	216	241	331	503	543

Só com o pessoal contratado foi possível obstar-se a qualquer atraso, gravíssimo sempre num Instituto desta natureza, visto depender da resposta duma análise o diagnóstico oportuno das causas duma doença e o combate ou expansão duma epidemia.

Esse pessoal contratado já por vezes se mostra insuficiente, nunca se correndo, como em certos serviços, o risco de estar inactivo, visto haver sempre na Biblioteca ficheiros de artigos a aperfeiçoar.

DIA MUNDIAL DA SAÚDE

No dia 22 de Julho comemorou-se entre nós o *Dia da Saúde*, como se fizera já no ano passado.

A comemoração em todo o mundo passa a ser feita de futuro no dia 7 de Abril. Não tendo porém sido possível este ano realizar-se entre nós na nova data, fez-se no dia primitivamente escolhido.

Uns dias antes na Emissora Nacional foram repetidos alguns *slogans* sobre a *Defesa da Saúde*, a *Medicina Preventiva e o seu valor*, a *necessidade da Educação Sanitária da População*, *Medicina Social*, a *necessidade de todos colaborarem com os serviços de Saúde Pública*, a *economia da Medicina Preventiva*, etc., anunciando-se a comemoração do dia da Saúde e o programa desta.

Como a instituição *A Voz do Operário* me houvesse convidado, pouco tempo antes, para fazer uma conferência na sua sede, combinou-se, de acordo com o Sr. Director Geral de Saúde, ser ela incluída no programa.

Este consistiu na publicação duma entrevista no «Diário de Notícias» com o Sr. Director Geral de Saúde, na realização duma conferência no Instituto Ricardo Jorge pelo Dr. A. Carvalho Dias, palestras na Emissora Nacional pelo Dr. Castro Soares e no Rádio Clube Português pelo Dr. Bernardino de Pinho, além duma sessão de cinema e da conferência na *Voz do Operário*.

A conferência, sobre *A responsabilidade dos operários na sanidade da Nação*, foi já publicada no n.º 26 deste Boletim, na pág. 274 e segs. Os filmes apresentados, dois deles cedidos gentilmente pelo Instituto Britânico, com os títulos de *A Saúde dum Povo* e *A História dum Homem*, e os outros pela Direcção Geral de Saúde, Direcção Geral de Assistência e Hospital Rovisco Pais, com os títulos, respectivamente de *Vacinação*, *Uma coisa sem importância...*, *Nasceu um menino...* e *O Hospital Rovisco Pais*, ocupavam-se da descrição de algumas realizações alcançadas em Inglaterra em matéria de assistência médico-social; da história dum médico inglês que numa terra da província conseguiu pela sua iniciativa instalar serviços de Medicina Social em bases modernas, embora modestas; dos perigos do aborto; dos cuidados a haver, antes de nascer uma criança e a seguir ao nascimento, para defender a sua saúde e da mãe; da descrição documentada do Hospital Rovisco Pais.

Esta sessão de cinema, tal como foi exibida, devia ser repetida nas sedes de todos os distritos, precedida duma breve palestra de apresentação, como devia ser exibida, a pouco e pouco, no maior número de cinemas de Lisboa e de todo o País, apresentada sempre por um Delegado ou Subdelegado de Saúde ou outra entidade julgada conveniente.

Alguns ensinamentos nos forneceu a comemoração do *Dia Mundial da Saúde*, que podem ser úteis em futuras realizações de vulgarização sanitária.

VIAGENS DE ESTUDO

Tendo tido oportunidade de ir, em representação do Sr. Director Geral, a Espanha, assisti ali ao Congresso Luso-Espanhol de Hidrologia, que se iniciou em Madrid no dia 13 de Junho e se prolongou até o dia 28 seguinte, tendo assim oportunidade de apreciar o valor dos médicos hidrologistas, engenheiros e geólogos do país vizinho, bem como as instalações de algumas estâncias balneares do Norte da Espanha.

Não é aqui lugar de referir pormenorizadamente o que se passou no Congresso, durante o qual recebemos provas de estima e da maior consideração pelos serviços da Direcção Geral, a par de gentilezas em que os organizadores do Congresso e os congressistas espanhóis rivalizaram com os dirigentes dos serviços de turismo e as empresas para proporcionarem a todos uma excursão encantadora.

De harmonia com o plano da visita de estudo que fiz a Espanha em 1947, relatada no n.º 9 deste Boletim, aproveitei a oportunidade para visitar em Santander o Instituto Provincial de Sanidade dirigido pelo Dr. Jesus Villar Salinas, e as obras do Sanatório em construção nos arredores desta cidade, como visitei em Burgos o velho Hospital del Rey, construído no século XIII, pelo Rei Afonso VIII e considerado outrora como um dos melhores hospitais da Espanha, restaurado e beneficiado pelos Reis Católicos no século XVI.

A caminho duma viagem particular a França e Itália, em comissão gratuita de serviço, visitei em San Sebastian o Instituto Provincial de Sanidade, da direcção do Dr. António Garcia Velez.

Tanto esse instituto como o de Santander confirmam as impressões que colherei em 1947 sobre o valor das instituições nesse género que então visitei em Espanha, misto das nossas delegações de Saúde distritais e de dispensários polivalentes valiosos.

Em Paris troquei impressões, numa visita que fiz ao Instituto Nacional de Higiene, com o seu Director, Prof. Bugnard, e com o Director da Escola Nacional de Saúde Pública, Prof. Saintenoise, ambos me manifestando o maior interesse pela publicação da tradução do *Diagnóstico Social* de Mary Richmond.

Igualmente troquei impressões com o Presidente da Cruz Vermelha Francesa, Prof. Justin Besançon, da Faculdade de Medicina de Paris,

grande amigo de Portugal, que apreciou durante o XIII Congresso Internacional de Hidrologia, e foi a alma do I Congresso Internacional de Medicina Interna, realizado em Paris em 1950.

Em Milão visitei o Instituto de Higiene, dirigido pelo Prof. Carlo Ragazzi, que estava então ausente, como visitei em Roma o Instituto de Higiene da Cidade Universitária, dirigido pelo Prof. Puntoni, que estava igualmente ausente, e o Museu de História da Medicina, instalado no mesmo edifício, visitando também o Instituto Superior de Sanidade, da Direção do Prof. Domenico Marotta, também ausente, instituição colossal devida à colaboração da Fundação Rockefeller com Mussolini e onde há muita sugestão a colher e muita noção a aprender.

Em Florença visitei a velha Misericórdia, fundada, segundo a tradição, em 1240 e cujo arquivo me mostrou o Sr. Gino Lotti, o Hospital de Santa Maria Nova e o Arquivo da Cidade, estabelecimento onde encontrei inúmeros subsídios que interessam à história da Assistência e em particular à dos hospitais portugueses, cujo inventário me mostrou o Dr. Renato Rubrichi Júnior. A importância deste arquivo justifica uma bolsa de estudo para um estudioso português conhecedor dos problemas da Assistência ali colher dados valiosos, fundamentais para a História da Assistência em Portugal.

Em Roma visitei o Hospital do Espírito Santo e a Biblioteca Lanciana, onde igualmente colhi dados e pistas valiosas para a história dos hospitais portugueses, que me revelou o Dr. Pietro de Angelis.

Oportunamente darei conta pormenorizada dos elementos colhidos.

PESSOAL

Um aumento do movimento do Instituto tal como o consecutivo à publicação do Decreto-Lei n.º 35.108 e à concessão de verbas sucessivamente maiores só era possível com a nomeação de pessoal técnico, de secretaria e auxiliar.

O técnico foi desde logo previsto, ampliando-se o quadro. O movimento, porém, e as possibilidades criadas levaram esse pessoal técnico a realizar trabalhos novos e a poder intensificar os já anteriormente feitos. Resultou daí uma *crise de crescimento*, pois o pessoal previsto já não chegava para a soma de trabalho obtido. O edifício foi sendo a pouco e pouco todo ocupado, não ficando espaço suficiente para se instalar um dos serviços, o da Comprovação de Medicamentos, de tão largos e oportunos horizontes. O pessoal correspondente, todavia, não ficou inactivo. Parte dele foi colocado nos Laboratórios de Bacteriologia Sanitária e de

Bromatologia e Higiene de Alimentação. Dois dos preparadores, porém, aproveitando a sua especial aptidão ou experiência anterior, foram colocados no serviço da Secretaria, tornando-se excelentes funcionários, para o que contribuiu a sua prática de laboratório que os familiarizara com os assuntos, facilitando-lhes a tarefa.

O incremento dado à Biblioteca, exigindo intensificação da organização de ficheiros e o movimento dado aos cursos, com a realização de monografias e outros, acrescida de consulta de livros por pessoas estranhas ao Instituto, tudo obrigou a reter na Biblioteca pessoal, dificultando o serviço de Secretaria. Só a boa vontade de todo o pessoal desta, obrigando por vezes a serviço fora das horas regulamentares, tem permitido, por vezes com manifesto sacrifício, fazer certos serviços a tempo e horas.

Com efeito o pessoal da Secretaria e o da Biblioteca rivaliza com o dos laboratórios em dedicação.

Mas há necessidade de fixar no quadro o pessoal manifestamente exigido pelo serviço e que até aqui tem estado como contratado além do quadro, em situação instável, pouco de molde a estimular esforços.

Por outro lado, o trabalho correcto, atingido pelo pessoal técnico exige igualmente um estímulo, até para evitar que os estímulos oferecidos por empresas particulares, como já sucedeu, desorganizem as equipas conseguidas à custa de tantos esforços.

Nestas condições as circunstâncias aconselham que, precedendo informação dos chefes respectivos, que passaria a ser anual, o pessoal técnico pudesse, à semelhança do que sucede noutros serviços, ir sendo promovido, beneficiando concomitantemente os seus vencimentos, começando pela categoria de terceira até atingir a primeira classe.

Na verdade, as exigências da vida familiar na hora difícil que passa, se não dispensam o cumprimento do dever, marcam naturalmente um limite ao espírito de sacrifício.

Não nos compete escolher o sistema preferível dentro da orgânica do Estado, fundado no sistema das diuturnidades, exigindo uma prévia informação dos chefes, ou assente na pontualidade, zelo, perfeição, técnica, etc., ou outro julgado preferível.

A doença prolongada, seguida do falecimento, duma funcionária e a rescisão do contrato de outra, tornaram mais agudo o problema, pois exigiram as circunstâncias o deslocamento de outros funcionários, que a custo têm acudido às dificuldades mais urgentes.

Segue-se a lista geral do pessoal que trabalhava no Instituto em 31 de Dezembro de 1950.

RELAÇÃO DO PESSOAL EM SERVIÇO

Pessoal técnico do quadro

Dr. Fernando da Silva Correia	<i>Director</i>
Dr. Bernardino Álvaro Vicente de Pinho ...	<i>Chefe de Lab. dos Serviços de Hig. da Alim. e Bro- matologia</i>
Dr. António Arnaldo de Carvalho Sampaio	<i>Chefe de Serviços de Lab. Bacteriologia Sanitária</i>
Júlio Alberto Vidal Júnior	<i>Adjunto do Chefe de Serviços</i>
Dr. ^a Maria Ernestina da Silva Graça	<i>Adjunto do Chefe de Serviços</i>
Dr. Fernando Ramalho da Conceição Correia	<i>Adjunto do Chefe de Serviços</i>
Dr. ^a Raquel Elvira Carvalho Gonçalves de Almeida	<i>Analista</i>
Dr. ^a Gabriela Lucinda dos Santos Lopes Pinto	<i>Analista</i>
Dr. ^a Maria de Matos Faia	<i>Analista</i>
Dr. ^a Noémia Augusta Ferreira	<i>Analista</i>
Dr. ^a Maria Regina Pacheco Mendonça e Melo Costa	<i>Analista</i>
Dr. ^a Maria Adriana Cardoso Figueiredo ...	<i>Analista</i>
João Gonçalves Enes	<i>Preparador</i>
Jorge Esteves Cardoso	<i>Preparador</i>
Eduardo José Martins de Freitas	<i>Preparador</i>
António de Oliveira Pato	<i>Preparador</i>
Maria Stela dos Prazeres Mendonça Arez ...	<i>Preparador</i>
Maria Helena Bartolomeu Guimarães	<i>Preparador</i>
Lucinda Duarte Rodrigues	<i>Preparador</i>
Maria Madalena de Lima Lopes	<i>Preparador</i>

Pessoal de secretaria

Carlos de Sá Alves Cortez	<i>Escriturário de 1.^a Classe</i>
Maria Manuela Pimentel Montenegro	<i>Dactilógrafo</i>

Pessoal menor

Fernando Afonso	<i>Contínuo de 1.^a Classe</i>
Francisco Rebelo	<i>Contínuo de 2.^a Classe</i>

Francisco Vaz da Silveira	<i>Continuo de 2.ª Classe</i>
João Fernandes da Silva	<i>Continuo de 2.ª Classe</i>
Emília Augusta	<i>Auxiliar de limpeza</i>

Pessoal contratado além do quadro

Maria de Lourdes Rodrigues Rebelo de Andrade	<i>3.º Oficial</i>
Maria de Lourdes Loureiro Frade	<i>Preparador</i>
Celeste Teixeira Garcia Branco	<i>Preparador</i>
Maria Gabriela Martins Ramalho	<i>Preparador</i>
Maria Eugénia dos Anjos Pacheco Peres Pereira	<i>Escriturário de 2.ª Classe</i>
Maria Palmira da Silva Correia	<i>Dactilógrafo</i>
Carlos Manuel da Cunha Pascoal	<i>Serventuário de 2.ª Classe</i>

Pessoal em prestação de serviços

Paz da Saúde Correia Gomes	<i>Escriturário de 2.ª Classe</i>
----------------------------------	-----------------------------------

Pessoal destacado de outros estabelecimentos

José Vaz dos Reis	<i>1.º Oficial (Chefe da Secretaria)</i>
-------------------------	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando estava a ser elaborado este relatório, perdeu o Instituto, no dia 19 de Janeiro de 1950, uma das suas excelentes colaboradoras, a Senhora D. Maria de Lourdes Rodrigues Rebelo de Andrade, que superintendeu na Biblioteca durante pouco mais dum ano, dali saindo por motivo da doença implacável que a levou deste mundo.

Funcionária exemplar, inteligente, estudiosa, cumpridora, incapaz duma incorrecção, nunca aceitando qualquer regalia que lhe parecesse sequer excepcional, apesar de já doente, pode dizer-se que sem a sua colaboração dedicada, exaustiva, oportuna e sempre prestada de boa vontade, não teria sido possível levar a cabo a edição da tradução do livro *Diagnóstico Social*, vítima de igual doença da autora deste, como que por intuição, não lhe permitindo a doença outra colaboração, sentisse que assim ajudaria a transmitir a chama duma boa obra, deixando no Instituto um exemplo raro a seguir, com a recordação saudosa de quantos a conheceram como funcionária.

*

* *

Os trabalhos do Laboratório de Bacteriologia Sanitária têm merecido cada vez mais o interesse dos clínicos e analistas, não só de Lisboa, como de muitas localidades do País, que têm acompanhado a sua realização e progressos, com manifesta vantagem para o serviço de luta anti-epidémica. Os Drs. Arnaldo Sampaio e D. Maria Faia apresentaram ao Congresso Luso-Espanhol para o progresso das Ciências uma comunicação sobre Febre escaro-nodular, cujo resumo foi publicado no n.º 27 deste Boletim.

*

* *

O Dr. Arnaldo Sampaio tomou parte, por incumbência do Sr. Director Geral de Saúde, no Colóquio internacional realizado em Paris do dia 25 de Setembro ao dia 7 de Outubro sobre a Sífilis, onde a sua boa preparação foi apreciada, nomeadamente pelo prestigioso médico americano Prof. Charles Rein.

*

* *

Os trabalhos realizados no Laboratório de Bromatologia igualmente têm merecido crescente interesse, revelado em novas modalidades de análises pedidas e no apreço manifestado pelos já publicados, entre os quais o estudo feito pelas Dr.^{as} D. Maria Ernestina Graça Mendes e D. Raquel de Carvalho sobre os Queijos Portugueses que mereceu significativos louvores, expressos em carta enviada ao Instituto pelo prestigioso especialista em matéria de lacticínios, Prof. José Maria Rosell que o considerou «um dos estudos mais completos e bem feitos que têm sido realizados sobre os queijos de qualquer país, estudo que merecia ser conhecido noutros países, por, na verdade, ser dos mais completos».

Sobre quem faz estas afirmações foi recentemente escrito o seguinte por uma autoridade portuguesa em matéria de lacticínios:

«José Maria Rosell não é um nome qualquer; José Maria Rosell é, pode afirmar-se, o primeiro lactologista do Mundo. O seu «Curriculum vitae» é tão extenso, como importante a sua obra para a ciência mundial.

Natural de Espanha e formado em medicina pela Universidade de Barcelona, é também Doutor «Magna cum Laude» pela Universidade de Würzburg, ex-chefe de laboratório e professor de explorações clínicas do Hospital de Thionville (Lorena), ex-médico do Instituto Imperial de doenças tropicais de Hamburgo, membro de honra da R. Sociedade de Medicina de Berlim, especialista em doenças digestivas e de nutrição por Barcelona, etc., etc. Além disso o Prof. José Maria Rosell trabalhou cerca de 12 anos no Canadá e Estados Unidos, sendo o seu nome, nesses países, familiar em todos os meios científicos. O governo canadiano honrou-o dando o seu nome ao primeiro Instituto de Lactologia que construiu e que o Prof. Rosell fundou, pondo os seus vastos conhecimentos ao serviço dessa grande nação».

É consolador e compensa-nos de muito esforço e contrariedades ver justos elogios a colaboradores, proferidos por quem tem tal autoridade.

*
* *

Continuou a trabalhar no Instituto, no Laboratório de Bromatologia e Higiene da Alimentação o Sr. Dr. Jorge Jantz, que apresentou, com a analista do mesmo Laboratório Dr.^a D. Gabriela Pinto, um trabalho ao Congresso Luso-Espanhol para o Avanço das Ciências, já publicado no Boletim, além de outro, também levado ao congresso, sobre Pelagra, em colaboração com o Dr. Bernardino de Pinho, incluído no Relatório do Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia de 1949.

*
* *

Igualmente continuou aqui a funcionar o Laboratório da Junta Sanitária de Águas, dirigido pela Dr.^a D. Helena d'Avila, tendo o movimento do mesmo laboratório aumentado, atingindo o número de 746 análises.

*
* *

No sector dependente da Direcção do Serviço de Higiene da Alimentação aqui instalado, continuou a trabalhar o Dr. Fausto de Campos, que

colaborou com o Dr. Bernardino de Pinho num inquérito sobre o Bócio, apresentado ao Congresso acima referido e igualmente publicado no mesmo Relatório, de que o Boletim n.º 27 registou o resumo.

*
* *

Fazendo parte duma equipe encarregada pela Direcção Geral de Saúde de estudar o problema das Bruceloses em Portugal, tem trabalhado no Laboratório do Instituto o Dr. Luís Cayola da Motta, adjunto do Director dos Serviços Técnicos de Profilaxia das doenças infecciosas e sociais.

*
* *

O problema do edifício está a atingir uma fase aguda.

Com efeito, o incremento verificado de ano para ano em todos os sectores do Instituto, que já levou ao aproveitamento de varandas e de espaços no quintal, tem um limite.

Os serviços dos laboratórios, principalmente do de Bacteriologia, exigem a ampliação das instalações para animais. Mas estas instalações para ficarem suficientemente amplas, fariam correr risco de pejar de modo inconveniente o quintal, prejudicando o arejamento e a iluminação das salas do rés-do-chão, já agora mal alojadas. Os estudos sobre *Gripe* e soro-reacções da *Sífilis* confiados pela Organização Mundial da Saúde à Direcção Geral de Saúde e por esta entregues ao Chefe do Laboratório de Bacteriologia Sanitária Dr. Arnaldo Sampaio, igualmente impõem ampliação das instalações.

O mesmo se pode dizer da Biblioteca, salas de aulas e conferências e de estudo para os alunos, do Museu, actualmente disperso por todo o Instituto e sem se lhe poder dar incremento, tão necessário à educação sanitária dos alunos e do público, da falta de vestiários para os alunos, etc.

Tudo isso levou-me a procurar, primeiro o senhor Presidente da Câmara Municipal de Lisboa, a seguir S. Ex.^a o Ministro das Obras Públicas, para trocar as primeiras impressões sobre a escolha do terreno destinado a novo edifício à altura da função que o Governo atribui ao Instituto Ricardo Jorge.

Os trabalhos preliminares e os estudos de institutos estrangeiros, das circunstâncias portuguesas e das necessidades de cada serviço, tudo está a ser ou vai ser estudado, do que daremos conta oportunamente.

*
* *

O crescimento rápido dos serviços do Instituto exige já retoque no projecto do novo regulamento apresentado há quatro anos superiormente, sem prejuízo, evidentemente, de nova revisão quando seja construído o novo edifício que substitua o actual, não pertencente ao Estado, como se sabe.

Este ano, por ordem superior, que anunciava a terminação do regime dos balancetes na administração, foi elaborado projecto de orçamento do Instituto.

Várias dificuldades surgiram, porém, que obrigam a manter o regime anterior, entre as quais a do quadro do pessoal, actualmente insuficiente, apesar dos funcionários contratados, dada a importância alcançada pelos diversos serviços, que de futuro só pode aumentar.

*
* *

Por ter atingido o limite de idade legal, perdeu o Instituto um excelente colaborador, o preparador Diamantino Alves Tourais.

Trabalhando no laboratório de Bromatologia há 37 anos distinguiu-se sempre pelo seu escrúpulo, pela correcção constante do seu trabalho, pelo zelo com que realizou sempre as suas funções, espírito de equipe, delicadeza e até pela habilidade manual que lhe permitia resolver certas dificuldades, improvisando e tornando-se prestável, sempre modesto e bom, deixando em quantos com ele privaram, quer no laboratório, quer nos outros serviços do Instituto, a recordação dum homem de bem, dum companheiro incomparável e dum técnico seguro.

*
* *

Outras considerações se poderiam acrescentar, oportunas aliás, mas que saíam das características próprias dum relatório e que por isso procuraremos fazer noutra ocasião.

CONCLUSÕES

I — Passados 5 anos após a remodelação dos serviços do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, devida às disposições do Decreto-Lei n.º 35.108 e ao apoio constante de Sua Ex.^a o Subsecretário de Estado da Assistência Social, verifica-se um progresso digno de nota, quer nas instalações, quer na aparelhagem, quer no trabalho competente e zeloso do seu pessoal.

II — Independentemente do progresso verificável objectivamente, é manifesto o aumento do prestígio dos seus diversos serviços, quer na opinião expressa de membros do Governo e da Direcção Geral de Saúde, quer da classe médica e do público e até de individualidades ou instituições estrangeiras.

III — No ano de 1950 o movimento de todos os serviços aumentou em relação ao dos anos anteriores.

IV — O perfeito aproveitamento do material e instalações e da competência alcançada pelo pessoal técnico, só será possível com a construção dum edifício onde possam ter plena expansão os seus diversos serviços de laboratórios de Bacteriologia Sanitária e de Bromatologia e Higiene da Alimentação, a Biblioteca, o Museu, os Cursos de Medicina Sanitária, de Aperfeiçoamento de Médicos Sanitários, de Visitadoras e outros, bem como a Nutrição, a Comprovação de Medicamentos e todos os que a técnica moderna põe à disposição da defesa da saúde, conforme o conceito aceite pela Organização Mundial da Saúde e para prestígio do País.

V — Até ser levada a cabo a construção dum edifício próprio, impõe-se a aprovação dum Regulamento provisório.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Movimento geral de Análises Bacteriológicas

PRODUTOS	Média de 5 anos						
	1941-45	1945	1946	1947	1948	1949	1950
Águas	9	5	5	6	—	28	33
Cabelos (pesq. de tinha e outros parasitas)	—	7	7	72	94	87	35
Carraças (classificação e inoculação ao cobaio para isolamento de rickettsias)	—	—	—	—	—	—	121
Culturas para pesquisas de gonococos	—	—	—	—	—	—	85
Derrames sinoviais (pleurais, etc.) .	—	—	3	—	2	—	6
Esfregaços de pús para pesquisas de gonococos	29	19	44	52	29	175	180
Espectorações para pesquisa de Bacilo de Koch	98	108	109	230	473	521	809
Exsudados de ulceração peniana ...	30	29	27	27	26	30	30
Fezes (invest. de bac. de Koch, disentericos, tíficos, parasitas e seus ovos)	15	16	136	311	22	555	807
Fragmentos de baço e pele ulcerada para pesquisa de Leishmanias ...	—	—	4	—	2	—	2
Hemoculturas para brucelas	—	—	—	—	—	—	92
Líquidos céfalo-raquidianos (1)	30	28	29	20	45	156	59
Sangue para aglutinação com antígeno Vi	—	—	58	282	—	109	31
» para contagem de glóbulos, fórmula leucocitária e velocidade de sedimentação	94	120	194	34	128	101	124
» para pesq. do hematozoário do paludismo e de Kala-azar	0,8	2	8	7	7	—	22
» para hemocultura de Kaiser .	150	207	212	243	252	885	893
» para hemoglobina	—	—	9	20	—	30	124
» para reacção de Kahn	630	685	681	1.405	1.851	4.665	9.086
» para reacção de Wassermann	1.322	1.308	1.474	1.890	3.212	5.582	9.087
» para reacção de Weil-Felix .	49	44	25	120	68	191	211
» para reacção de Widal	411	371	490	478	519	1.114	1.534
» para reacção de Wright ou Huddleson	31	38	60	77	157	234	2.841
» para reacção de Weinberg ...	—	—	—	—	2	—	2
» para hemoculturas de Viridans	—	—	—	—	2	2	—
Secreção nasal (pesq. do B. Hansen)	—	—	—	9	56	26	30
Sero-reacções para diagnóstico de viroses e rickettsioses	—	—	—	—	—	476	1.699
Urinas para exame cito-bacteriológico do sedimento, inoculação ao cobaio ou cultura	5	24	6	13	4	20	28
Vacinas anti-variólicas para verificação	—	—	—	1	—	9	55
Pesquisas do Bacilo de Löffler	—	—	—	—	9	445	50
Outras análises (2)	29	32	23	84	14	121	116
TOTAL	2.932,8	3.043	3.604	5.381	6.974	15.562	28.192 (3)

(1) Líquidos céfalo-raquidianos para contagem celular, exame cito-bacteriológico, reacções de Wassermann e Kahn.

(2) Leites e outros produtos alimentares, reacção de Hange, reacção de Takata, diagnóstico da tosse convulsa, tempos de coagulação e hemorragia, espectorações 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 300 — 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 1941/5	1945	1946	1947	1948	1949	1950
Açúcar	7	15	4	15	48	34	25
Água (cloretos, etc.)	—	—	3	4	—	—	4
» (completa)	0,6	—	1	—	—	—	1
» (simples)	55	95	57	63	—	109	83
» (sumária)	143	100	187	124	192	237	275
Azeite	68	57	45	61	121	105	200
Banha	—	—	—	—	29	81	26
Aguardente	—	—	—	—	—	10	—
Cacau e chocolate	8	3	2	2	1	2	5
Café	—	—	5	—	2	5	3
Chá	—	—	4	2	1	—	1
Cominhos	17	10	3	13	3	4	4
Conservas de frutas	6	—	14	1	2	1	18
Cons. de peixe e mariscos	9	6	4	10	41	23	13
Corantes de géneros alim.	—	—	13	53	23	47	72
Farinhas diversas	44	47	33	68	21	40	14
Leite de mulher	10	24	20	25	12	11	20
» em pó	—	—	3	—	—	4	2
» de vaca	259	401	485	391	407	292	475
» pasteurizado	—	—	—	—	3	7	1
Licores	7	4	11	1	2	1	2
Manteiga	22	44	6	4	64	12	22
Mariscos	—	—	2	—	—	—	—
Margarina	—	—	4	1	6	—	—
Massa de tomate	19	22	40	36	46	33	33
Óleos de peixe, fígados de bacalhau e outros	5	12	4	2	19	59	62
Óleos veg., excepto azeite	—	—	—	—	—	37	—
Pimenta	9	11	13	2	2	3	3
Pimentão	50	66	29	6	1	19	6
Queijos	12	47	19	46	5	—	—
Refrigerantes	—	—	20	10	36	24	2
Sangue (glicose)	1	5	8	5	—	5	—
Sangue (ureia, etc.)	9	19	29	20	72	81	80
Sumo de uva	—	—	2	2	—	—	3
Trigo	—	—	8	4	1	22	2

PRODUTOS	Média	1945	1946	1947	1948	1949	1950
	de 1941/5						
Urina (análises químicas) .	58	73	84	87	221	174	190
Vinagre	11	14	3	7	15	16	22
Vinho	14	8	14	29	25	10	27
Outras análises (1)	210	173	95	97	227	165	30
TOTAIS	1.053,6	1.256	1.264	1.171	1.653	1.673	1.726

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 1950, ainda se efectuaram, a pedido da Inspecção Geral dos Produtos Agrícolas e Industriais (Ministério da Economia) 41 análises de recurso, respeitantes aos géneros alimentícios a seguir discriminados e que não são incluídas no quadro:

Azeites	5
Farinhas	27
Bolachas	1
Massas alimentícias .	2
Açúcares	2
Manteiga	1
Banha	1
Extracto de malte .	1
Laranjada	1
	41

(1) Água oxigenada, amendoim, azeitonas, arroz, bolachas, canela, centeio, cera, cerveja, dextrina, erva doce, extracto de cola, farinhas para gados, farinhas, feijão branco, fermento em pó, figos, mel, melaço, pão, peixe, toucinho, etc.

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Mapa comparativo das despesas processadas e pagas

DESPESAS COM O PESSOAL	1936/45 (Média)	1946	1947	1948	1949	1950
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	414.822\$70	697.390\$10	671.575\$24	802.053\$40	817.883\$70
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	258.653\$85	592.462\$09	560.272\$36	445.050\$20	455.685\$80
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	101.854\$75	197.394\$96	237.334\$22	336.159\$40	327.566\$80
	321.014\$70	775.331\$30	1.487.247\$15	1.469.181\$82	1.583.263\$00	1.601.136\$30

CONTA DE GERENCIA DE 1950

Receitas diversas	101.136\$30
Subsídio do Estado	1.500.000\$00
Soma	1.601.136\$30
Despesa total	1.601.136\$30

Laboratório da Junta Sanitária de Águas

Movimento geral de Análises no ano de 1950

O número total de análises efectuadas durante o ano foi de 746, sendo:

Análises bacteriológicas de águas de abastecimento	563
Análises bacteriológicas de águas de mesa e de águas minero- medicinais	38
Análises de águas residuais	54
Análises de solutos clorados em uso nas estações de purificação de águas de abastecimento	39
Determinações do «Test gama» de cloro	39
Exames micrográficos de sedimentos e outras análises	13
	746

Das 563 amostras de águas de abastecimento eram:

Não tratadas	438
Tratadas	125
	563

Nas 438 amostras de águas não tratadas encontraram-se:

Águas de título colibacilar superior a 100 cc.	165
Águas de título colibacilar entre 100 e 10 cc.	41
Águas de título colibacilar igual ou inferior a 10 cc.	232
	438

As amostras de águas de abastecimento para análise bacteriológica foram colhidas nas seguintes localidades:

A-da-Beja — Boletins n.ºs 847 e 860.
 Abelheira (Belas) — Boletim n.º 927.
 Abrantes — Boletins n.ºs 852 e 915.
 Águeda — Boletim n.º 824.
 Alcains — Boletim n.º 883.
 Alcanêças — Boletim n.º 1.035.
 Algeruz — Boletim n.º 948.
 Algezur — Boletim n.º 875.
 Alhandra — Boletins n.ºs 783 e 784.
 Aljubarrota — Boletim n.º 831.
 Almada — Boletins n.ºs 1.003, 1.011, 1.011-A, 1.023 e 1.040.

Almargem — Boletins n.ºs 818 e 981.
 Almeirim — Boletim n.º 822.
 Alvalade — Boletins n.ºs 1.031 e 1.032.
 Amadora — Boletins n.ºs 886, 910 e 920.
 Amarante — Boletim n.º 856.
 Amares — Boletim n.º 1.026.
 Arcos (Anadia) — Boletim n.º 1.002.
 Arganil — Boletins n.ºs 955 e 1.034.
 Arouca — Boletim n.º 986.
 Arruda dos Vinhos — Boletins n.ºs 804 e 838.
 Atrozela — Boletins n.ºs 789 e 865.
 Aveiro — Boletins n.ºs 881 e 918.
 Azenha (Mafra) — Boletim n.º 817.
 Azenhas do Mar — Boletins n.ºs 961 e 998.
 Azóia (Leiria) — Boletim n.º 794.
 Baixa de Palmela — Boletim n.º 947.
 Barquinha — Boletins n.ºs 786, 870 e 931.
 Barros Vermelhos (Figueira da Foz) — Boletim n.º 1.030.
 Beja — Boletins n.ºs 823 e 995.
 Benavente — Boletins n.ºs 830 e 930.
 Boa-Vista (Crato) — Boletim n.º 916.
 Bombarral — Boletins n.ºs 935, 941 e 1.028.
 Cabanas do Chão — Boletim n.º 782.
 Cabeceiras de Basto — Boletim n.º 1.025.
 Caldelas — Boletim n.º 895-A.
 Cambas (Oleiros) — Boletim n.º 988.
 Canelas (Arouca) — Boletim n.º 917.
 Carnaxide — Boletim n.º 1.024.
 Cartaxo — Boletins n.ºs 841, 868, 943 e 1.007.
 Casas de Monforte — Boletim n.º 951.
 Cascais — Boletim n.º 791.
 Castanheira de Pera — Boletim n.º 854.
 Castelo de Vide — Boletim n.º 851.
 Chaves — Boletins n.ºs 958 e 959.
 Coimbra — Boletim n.º 867.
 Coina — Boletim n.º 896.
 Condeixa — Boletim n.º 843.
 Entroncamento — Boletins n.ºs 1.009 e 1.016.
 Ericeira — Boletins n.ºs 815 e 816.
 Espozende — Boletim n.º 924.
 Évora — Boletins n.ºs 811, 829, 840, 889, 909, 992 e 1.012.
 Estremoz — Boletins n.ºs 835, 836, 888, 922, 965 e 991.
 Faiões — Boletim n.º 952.
 Faro — Boletim n.º 828.
 Fermentelos (Águeda) — Boletim n.º 985.
 Figueira da Foz — Boletim n.º 905.

Friães (Arouca) — Boletim n.º 938.
 Gerez — Boletins n.ºs 876 e 877.
 Gois — Boletim n.º 987.
 Golegã — Boletim n.º 810.
 Guimarães — Boletins n.ºs 974, 1.010, 1.015 e 1.027.
 Lagos — Boletim n.º 874.
 Leiria — Boletins n.ºs 796, 880 e 936.
 Lomba (Oliveira de Azeméis) — Boletim n.º 928.
 Lontreira (Castelo Branco) — Boletim n.º 873.
 Loures — Boletim n.º 940.
 Lourinhã — Boletim n.º 864.
 Madeirã — Boletim n.º 969.
 Malveira — Boletins n.ºs 899, 911, 921 e 934.
 Marinha Grande — Boletins n.ºs 914 e 1.033.
 Marmeleira — Boletim n.º 900.
 Mesão Frio — Boletim n.º 848.
 Mestras (Caldas da Rainha) — Boletim n.º 989.
 Mira — Boletins n.ºs 813 e 970.
 Monção — Boletim n.º 972.
 Monte Estoril — Boletins n.ºs 790 e 898.
 Monte Real — Boletins n.ºs 792 e 793.
 Montemor-o-Novo — Boletins n.ºs 830, 890 e 1.013.
 Montijo — Boletim n.º 897.
 Nazaré — Boletim n.º 903.
 Niza — Boletim n.º 933.
 Ouriçosa — Boletim n.º 882.
 Palmela — Boletim n.º 1.005.
 Pardais — Boletim n.º 964.
 Parede — Boletins n.ºs 803 e 814.
 Pedrógão — Boletins n.ºs 820, 821 e 893.
 Poiães — Boletins n.ºs 968 e 1.019.
 Pombal — Boletim n.º 967.
 Portel — Boletim n.º 954.
 Porto Brandão — Boletins n.ºs 887, 957 e 984.
 Porto de Lage — Boletim n.º 1.039.
 Porto de Mós — Boletim n.º 832.
 Portimão — Boletim n.º 966.
 Praia do Guincho — Boletim n.º 866.
 Praia das Maças — Boletim n.º 999.
 Póvoa do Varzim — Boletim n.º 902.
 Reguengos — Boletim n.º 812.
 Ribeira de Santarém — Boletim n.º 996.
 Rio Maior — Boletins n.ºs 942 e 990.
 Rojão — Boletim n.º 819.
 Roliça (Bombarral) — Boletim n.º 997.
 Sabugal — Boletim n.º 983.

Santarém — Boletins n.ºs 779, 780, 842, 869, 944, 977 e 1.008.
 Santa Iria — Boletim n.º 996.
 Santo Isidro (Beja) — Boletim n.º 953.
 S. Jacinto (Aveiro) — Boletim n.º 919.
 S. João da Madeira — Boletim n.º 929.
 S. Martinho da Cortiça — Boletim n.º 1.020.
 S. Martinho do Porto — Boletins n.ºs 863, 904 e 937.
 S. Pedro de Muel — Boletim n.º 913.
 S. Tiago do Cacém — Boletins n.ºs 1.001 e 1.022.
 S. Vicente da Beira — Boletim n.º 1.038.
 Sarrazola (Aveiro) — Boletim n.º 939.
 Seixas — Boletim n.º 925.
 Sendinho de Santo Amaro — Boletins n.ºs 945 e 971.
 Sernache — Boletim n.º 885.
 Setúbal — Boletins n.º 837, 892, 906, 907 e 1.006.
 Sezimbra — Boletins n.ºs 785 e 956.
 Sintra — Boletins n.ºs 798, 799, 844, 845, 846, 912, 994 e 1.000.
 Soure — Boletim n.º 963.
 Tancos — Boletim n.º 1.018.
 Tolosa — Boletim n.º 932.
 Tomar — Boletins n.ºs 801, 802, 826, 871, 946 e 1.037.
 Tondela — Boletim n.º 797.
 Torres Novas — Boletins n.ºs 777, 853 e 894.
 Torres Vedras — Boletins n.ºs 800, 862, 923 e 993.
 Trancoso — Boletim n.º 1.021.
 Urca (Sintra) — Boletim n.º 962.
 Urra (Portalegre) — Boletins n.ºs 809, 827, 834 e 839.
 Vagos — Boletim n.º 808.
 Vale de Santarém — Boletim n.º 778.
 Vendas Novas — Boletins n.ºs 891 e 1.014.
 Viana do Castelo — Boletim n.º 926.
 Vieira de Leiria — Boletim n.º 795.
 Vila Alva (Cuba) — Boletim n.º 1.029.
 Vila do Conde — Boletim n.º 901.
 Vila Nova de Ourém — Boletins n.ºs 833 e 1.036.
 Vila Pouca de Aguiar — Boletim n.º 849.
 Vila Praia de Âncora — Boletim n.º 973.
 Vila Real de Santo António — Boletim n.º 872.
 Vilarinho da Raia — Boletim n.º 949.
 Vila Verde da Raia — Boletim n.º 950.

As amostras de águas de mesa e minero-medicinais provinham de:

Beja (Carasona) — Boletim n.º 995.
 Caldelas — Boletim n.º 895.
 Caneças — Boletim n.º 960.

Curia — Boletins n.ºs 859 e 878.
 Gerez — Boletim n.º 858.
 Luso — Boletins n.ºs 825 e 855.
 Monfortinho — Boletins n.ºs 857 e 884.
 Monte Real — Boletins n.ºs 861 e 879.
 Parede (Casal de S. José) — Boletim n.º 908.
 Pedras Salgadas — Boletim n.º 975.
 Salgueiras — Boletins n.ºs 806, 976, 978, 979 e 982.
 Santa Sofia — Boletim n.º 807.
 Surraipas — Boletim n.º 805.
 Vale de Cavalos — Boletim n.º 1.004.
 Vimeiro — Boletins n.ºs 781, 788 e 980.

As análises de águas residuais foram feitas em águas da estação depuradora de esgotos de Ferreira do Alentejo.

As análises de solutos clorados realizaram-se em solutos das Estações de cloragem de: Abrantes, Algeruz, Atrozela, Azenhas do Mar, Beja, Cartaxo, Cascais, Évora, Estremoz, Figueira da Foz, Guimarães, Leiria, Montemor-o-Novo, Poiares, Portimão, Porto de Mós, Santarém, Sernache, Setúbal, Sintra, S. Martinho do Porto, Tomar, Torres Novas, Torres Vedras, Vendas Novas, Vila Nova de Ourém.

Livros comprados no ano de 1950

História da Administração Pública em Portugal nos Séc. XII a XV (tomo VII).
 Comptes — rendus des Séances de la Société de Biologie.
 Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (N.º 20).
 Ricketsial Diseases of Man — Publication of the American Association for the
 Advancement of Science.
 Médecine du Travail — Simonin.
 Subsídios para a Monografia de Segura — Marques de Andrade.
 Soure — A. Santos Conceição.
 Portugal, o Mediterrâneo e o Atlântico — Orlando Ribeiro.
 Géographie Aérienne — Emmanuel de Martonne.
 Como eu vi a Serra da Estrela — Fred Wachsmann.
 Geografia das Cidades — Lourenço Marques — J. Oliveira Boléo.
 O Porto de Lisboa — Luís Schwalbach.
 Précis d'Hygiène Industrielle et de Médecine du Travail — Caffiaux.
 Lições de terminologia médica — Paulo Mangabeira — Albernaz.
 Doenças do sangue e atlas de hematologia — Roy Kracke.
 Preventive Medicine — Mark Boyd.

- Bacillary Dysentery colitis and enteritis — Joseph Felsen.
- Métodos de Laboratório para el diagnostico de la sífilis — A. Navarro Martin.
- Bibliografia Médica Internacional — Ano IX — Novembro de 1949 — N.º 103.
- Industria delle Conserve — Franco Emanuele.
- Clinica e Tecnologia degli oli, grassi e derivati — Martinneghi.
- Vitaminas, ácidos aminados essenciais e minerais em nutrição — F. A. Gonçalves Ferreira.
- Tables de Logarithmes a sept decimales — Schrön.
- Enterobactéries pathogènes — Jean Brison.
- American Journal of syphilis, gonorrhea and venereal disease n.ºs 2 a 6 de 1949 e n.º 1 de 1950.
- Initiation a la Medecine — A. Pecunia.
- Métodos de analisis quimico industrial — Berl-Lunge-D'Ans — Tomo II (2.ª parte).
- Le Rhumatisme Scarlatin — B. Bernard e Olivier Dumas.
- La Rage — Etudes Cliniques Experimentales et Immunologiques — P. Renlinger e Bailly.
- Microbiologie générale et techniques microbiologiques — Paul Hauduroy.
- Le parasitisme et la simbiose — M. Caullery.
- La variation — E. Guyenot.
- La typologie et ses applications therapeutiques — Léon Vannier.
- Le principe des anatoxynes et ses applications — Gaston Ramon.
- Bacilles tuberculeux et paratuberculeux — P. Hauduroy.
- La Blenorragie — Pierre Durel.
- O Seguro Social no Brasil — Oliveira e Silva.
- Você e a hereditariedade — Amram Scheinfeld.
- Traité de protozoologie médicale et vétérinaire — M. N. Lemaîne.
- História do Brasil — Vicente Tapajós.
- História da Ciência — William Cecil Dampier.
- Biotipologia — L. Mompó Aliño.
- O problema social económico do Brasil — Pedro Rache.
- Técnica directiva — Mário Gonçalves Viana.
- Cuidemos das criancinhas — Emília Morgado.
- Arte de dirigir — Mário Gonçalves Viana.
- História da Cruz Vermelha — Martin Gumpert.
- Vermínoses animais — J. S. Silva Leitão.
- Précis de microscopie — M. Langeron.
- Précis de Bacteriologie Medicale — Pierre Gastinel.
- Physico-Chimie du Lait — W. Kopaczewski.
- Les Medecins Célèbres.
- Analyse colorimetrique — B. Lange.
- La chimie des vitamines et des hormones — J. Sivadjan.
- The control of venereal diseases — R. A. Vonderlehr e Heller.
- Practical Statistics — Ruth Rice Puffer.
- Diphthérie — J. Eleizegui.
- Bacteria in relation to domestic science — C. E. Bukes.

Le Lait et ses Derivés — por A. Rochaix et A. Papernoux.
 Freeze — Dryng — Earl W. Flodorf.
 Allen's Commercial Organic Analysis — Vol. I e II.
 Food Inspection and Analysis.
 Problemas da habitação (ensaios Sociais) — M. Vicente Moreira.
 Archivos de Medicina — publicados sob a direcção de Câmara Pestana.
 História da Administração Pública em Portugal nos séculos XII a XV.
 Encyclopaedia of Chemical Reactions.
 Brucellosis (Ondulant Fever) — Harold J. Harris.
 B. C. G. Vaccination — Neville Irvine.
 Normal Values in Chímical Medicine — Sunderman and Boerner.
 Developments in Diphthérie Prophylaxis — Lewis Holt.
 International Water Supply Association.
 The Examination of Waters & Water Supplies.
 A febre amarela e o seu tratamento — Dr. Mello Moraes.
 Prophylaxia das tinhas na escola — Zeferino Falcão.
 Bosquejo histórico da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa — Augusto Mota.
 Sociologia Botânica — J. José de Barros.
 Ensaio de uma classificação das ciências botánicas para fins biblioteconómicos
 — J. José de Barros.
 Estudos Médico-Tropicais — Província de Angola — Manuel Ferreira Ribeiro.
 Noções Básicas de Estatística — Thurstone.
 Introduction to the bacteria — C. E. Clifton.
 Métodos Biológicos de Valoración de Hormonas, Vitaminas y Drogas — R. Ruiz
 Gijon.
 Vitaminas — Métodos de dosificación — Gilberto Villela.
 La culture des virus et des rickettsioses dans l'embryon de poulet — Beveridge
 e Burnet.
 The Organisation of industrial scientific research—Kennet Mess e J. Leermakers.
 Progressos de Laboratório Clínico.
 Prurito vulvar — Prof. F. Bonilla.
 Métodos de Análise Químico Industrial.
 Condições da Felicidade — Serras e Silva.
 Questões de Educação — Cartas a uma mãe — Serras e Silva.
 L'Homme cet être Unique — Julian Huxley.
 História de uma Rapariga Moderna — Serras e Silva.
 Determinisme et Libre Arbitre.
 De l'Intelligence.
 L'Ame du Medecin.
 O Problema do Trabalho.
 Souvenirs Entomologiques — J. H. Fabre.
 La vie de J. H. Fabre — Naturaliste — Legros.
 Arte de Obedecer — Mário Gonçalves Viana.
 Manuel de Classement Statistique International des Maladies, Traumatismes
 et Causes de Décès — Vol. I.
 Cités — Jardins — Habitations a bon marché.

L'Analyse Factorielle des Aptitudes Humaines — G. Thomson.
 La Volonté — Raymond de Saint — Laurent.
 Les lois du bonheur vrai — Frédéric Saisset.
 Dictionnaire de L'Art de Persuader — Vignes Rouges.
 Bréviaire de la Volonté — J. de Courberive.
 Comment combattre les mauvaises habitudes — C. Legajean.
 La clé du self-gouvernement — J. de Courberive.
 Comment acquérir une culture individuelle — Henri Arthus.
 Les secrets de la vie active — Leon Mabile.
 Dictionnaire de la guérison — J. des Vignes Rouges.
 Dictionnaire de la Volonté — J. des Vignes Rouges.
 Dictionnaire des Caractères — J. des Vignes Rouges.
 Assistência Social—Diplomas coordenados e anotados—Tomo I—Paiva Brandão.
 Canned Foods — Baumgartner.
 Public Health Engineering — Carle B. Phelps.
 Os perigos da castidade — Américo Cortês Pinto.
 La responsabilité médicale — Adrien Peytel.
 Réflexions sur la conduite de la vie — Alexis Carrel.
 Retour du tuberculeux a la vie sociale et professionnelle — Laurent.
 Techniques de laboratoire en pneumologie — Levaditi e Kreis.

Lista das publicações oferecidas à Biblioteca no ano de 1950

Pseudo-pestes aviária — Correia de Vasconcelos, A. E. Coelho Marques e J. Domingos Borrego.
 Annuaire Statistique de la Ville de Oslo en Norvège.
 Boletim Climatológico do Monte Estoril.
 Boletim Climatológico da Praia da Rocha.
 Resumo Mensal das Observações Meteorológicas.
 Bulletin hebdomadaire de statistique démographique et médicale de la ville d'Oslo, Norvège.
 Centro de Profilaxia da Velhice — pela valorização humana desde a mocidade.
 O. M. S. — Études et problèmes — Nouvelles.
 Endeavour — Revista.
 Indice cultural espanhol.
 Statistike Meldinger.
 Acta endocrinologica et gynaecologica.
 Surgical Newsletter.
 Medical Newsletter.
 Pharmacy in the United States.

Anuário Climatológico de Portugal, Continente e Ilhas do Atlântico Norte.
 Relatório da Direcção Geral dos Serviços de Urbanização — 1948.
 Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana.
 A robustez da criança rural em idade escolar — António Almiro do Vale.
 A carência do mobiliário anatomo-fisiológico, higiénico e pedagógico na escola
 primária portuguesa — António Almiro do Vale.
 A disseminação do bacilo da tuberculose no meio rural — O mesmo.
 A disseminação do bacilo da tuberculose na população da província do Sul do
 Save (África Oriental Portuguesa) — O mesmo.
 Bulletin du Ministère de la Santé de Turquie.
 Anais Nestlé.
 Boletim Oficial da Cruz Vermelha Portuguesa — 1948, n.º 43.
 Projecto de carta orgânica para la Facultad de Medicina de Lima — 1949.
 Annales de la Real Academia Nacional de Medicina — 1948.
 Report on the Health of the City of Manchester for 1948.
 Report on the Health of the city of Liverpool for 1948 — W. M. Frazer.
 Report of County Medical officer of Health and School Medical Officer for the
 Year 1948 — Allen Daley.
 Report on the Operation of the Board During the period 1946-1949.
 Annual Report of the Medical Officer of health to the Port Health Authority
 for 1948.
 City of Bradford — anual report of the medical officer for the year 1947.
 City of Manchester — report for the two years ended march 1948.
 Sewage Disposal — city of Bradford.
 The practice of controlled tipping as a means of refuse disposal — J. W. Call.
 Um caso de «red water» motivado por abundância anormal de «Goniaulax
 Poliedra Stein» — Jaime dos Santos Pinto.
 British Medical Bulletin — 1949.
 Boletim epidemiológico da Colónia de Angola.
 Instantanés Medicaux.
 Centro de Estudos Demográficos — Revista.
 A campanha pelo casamento das telefonistas.
 O Problema da Orientação Profissional — A. Carmo Fernandes.
 A Raiva, doença comum aos homens e aos animais — A. L. Monteiro.
 Como se faz um Ladrão — Sousa Costa.
 Immunisation contra el tífus exantemático com vacuna viva cepa E. — Clavero
 del Campo e Perez Gallardo.
 Cadernos Científicos.
 Segunda Centúria de Curas Médicas — 1949.
 Anuário Estatístico do Império Colonial — 1947-1948.
 Elementos de Desratização.
 Food Composition Tables — Outubro de 1949.
 Casa de Portugal — Jornal.
 Dietary Surveys.
 Hospital Rainha D. Leonor (internamentos).
 Anais do Instituto Geofísico do Infante D. Luís — anos de 1946-1947-1948.

O Serviço de Inspeção de Toleradas no ano de 1949 — Tovar de Lemos.
 Anuário Demográfico — ano de 1949.
 Anais Azevedos — Vol. II — N.º 2.
 Service Hospitalier de la Ville de Stockholm — 1948.
 Geografia Médica de «El Alamo» (Madrid) — Dr. António Castillo de Lucas.
 Boletim Mensal das Observações Meteorológicas no Arquipélago da Madeira.
 Boletim Climatológico da Praia da Rocha.
 O Instituto — Revista científica e literária — Vol. 113 — Coimbra, 1949.
 Resumo das Doenças transmissíveis e epidémicas, Março e Abril de 1950.
 Arquivos de Dermatologia e Sifilografia — Ano I — N.º 1.
 Tuberculose — 6.ª série — (Vol. 4, n.º 1), Julho de 1950.
 Comité D'Experts pour l'Unification des Pharmacopées — O M S.
 Groupe D'Experts sur Prématurnité — O M S.
 Comité D'Experts des Antibiotiques — O M S.
 Comité D'Experts des Statistiques Sanitaires — O M S.
 Comité D'Experts pour la formation professionnelle et Technique du personnel
 medical et auxiliaire — O M S.
 Comité D'Experts des Drogues Susceptibles D'Engendrer la Toxicomanie—OMS.
 Comité Mixte O I T/O M S de L'Hygiène des Gens de Mer — O M S.
 Groupe Consultatif D'Experts de la Fièvre Jaune — O M S.
 Comité mixte d'experts de l'alimentation et de la nutrition — O M S.
 Lutte Antivénérienne aux Etats-Unis d'Amérique — O M S.
 Comité D'Experts des Maladies Vénériennes — O M S.
 Comité D'Experts de la Peste — O M S.
 Comité D'Experts de L'Assainissement — O M S.
 Comité D'Experts de la Santé Mentale — O M S.
 Comité D'Experts de la Tuberculose — O M S.
 Comité D'Experts du Paludisme — O M S.
 Vaccination contre les maladies contagieuses courantes de l'enfance.
 Comité D'Experts des soins infirmières — O M S.
 L'action bienfaisante de la crénothérapie chez les paludéens — Marcel Lager.
 Fundação Rockefeller — Relatório do ano de 1949.
 Tifo exantemático em Braga — Arnaldo Sampaio e Almeida Soares.
 Primeiras impressões acerca do tratamento das rickettsioses pela aureomicina.
 Cloromicetina na febre tifóide — Sep. do Boletim do Instituto — Ano V, n.º 24.
 Eugenesia Pré-matrimonial — A. Castillo de Lucas.
 Anais do Instituto Superior de Agronomia.
 Book on Science.
 Anais do Observatório Central Meteorológico do Infante D. Luís — 1918-1919.
 Histoire et Progrès de la Psychiatrie.
 S. João de Deus — Costa Brochado.
 Diagnóstico Social — Mary E. Richmond.
 Anais da Faculdade de Farmácia do Porto — Vol. IX, 1949.
 Aperçu de la situation économique en 1949 — Estatística oficial da Noruega.
 Aspecto Médico Sanitário do Distrito de Vila Real — Montalvão Machado.
 Estudos Italianos em Portugal — Instituto de Cultura Italiana.

Esboço de uma topografia médica do concelho de Mafra — Mário Marques.
 Bulletin de l'Union Internationale contre la tuberculose.
 Arquivo de Anatomia e Antropologia — Vol. XXVI, 1948-1949.
 Congresso Luso-Espanhol para o progresso das ciências — Outubro 1950.
 Dispensário de Higiene Social de Lisboa — Relatório 1949 — Tovar de Lemos.
 O Serviço Anti-tracomatoso no Dispensário de Higiene Social de Lisboa --
 Relatório de 1949 — Dr. João Saraiva.
 Carceles Españolas — Madrid, 1948.
 Las Reformas Sociales en España — Madrid, 1948.
 A Instalação do Laboratório Wander — Especialidades Farmacêuticas — 1950.
 Boletim da Estância Sanatorial do Caramulo.
 Ribeiro Sanches — Percursor da Cruz Vermelha — Costa Belo.
 A agressão atômica — Costa Belo.
 A Cruz Vermelha Portuguesa — Sua génese e sua actividade em 80 anos.
 Bibliografia Médica Portuguesa — Vol. 5 — 1949.
 Doença de Brill — Separata do Bol. do Instituto — Ano V, n.º 26 — Almeida
 Soares.
 Tratamento do Reumatismo pelo enxofre coloidal — Lelo Portela.
 A desinfeção pelo Aldehydo Fórmico — Pereira e Sousa.
 Algumas palavras sobre o diagnóstico da bacia da mulher grávida — Morais
 Manchego.
 A cura da tuberculose humana — Evaristo Cutileiro.
 Sobre o bacilo ácido — resistente dos cadáveres — Argemiro Rodrigues de Sousa.
 A ginecomastia na lepra — Luís Baptista.
 Porque morrem as crianças — Nunes Claro.
 Variola e Vacina — Raul Godinho.
 Mycosis leptothrixica da pharinge — Eduardo Correia de Castro.
 Algumas palavras acerca de sensibilização de bacterias — Sophia da Conceição
 Quintino.
 Sobre o aleitamento artificial — Alberto Baptista.
 Sezonismo — Everardo E. Pidwell.
 Sobre a Puericultura intra-uterina — J. Leira Pinto.
 Contribuição para o estudo da aplicação dos sais de bismuto na sífilis — José
 Formosinho Sanchez.
 A educação nos meios rurais — Ferreira de Mira.
 Higiene Rural — Ferreira de Mira.
 Indicações das intervenções cirúrgicas nas sinusites frontaes — Maximo Homem
 de Campos Rodrigues.

Lista das publicações permutadas no ano de 1950

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.
 Revista Brasileira de Leprologia.
 Relatório e Contas das Gerências de 1948 e 1949 — Federação Nacional dos
 Produtores de Trigo.
 Revue Zdravotnicka.
 Revue turque d'hygiene et de biologie experimentale.
 Pseudo- peste aviária.
 La reforma médica.
 Ocidente.
 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.
 Indice Cultural Espanhol.
 Bulletin de l'Institut National d'Hygiene.
 Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa.
 Boletim Clínico dos Hospitais Cívis de Lisboa.
 Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie.
 Notícias da Suécia.
 Clínica Contemporânea.
 Anais dos Serviços de Veterinária e Indústria Animal — Pecuária.
 Bulletin Mensuel du Bureau Central de Statistique du Royaume de Norvège.
 A Acção Médica.
 Arquivo de Patologia.
 Boletim do Instituto Nacional de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar,
 1949.
 Boletim Clínico dos Hospitais Cívis.
 Anais de Marinha.
 Gazeta Médica Portuguesa.
 Revista de Medicina Veterinária.
 Notícias Farmacêuticas.
 Arquivos de Trabalhos da Faculdade de Medicina do Porto.
 Boletim Tisiológico Dispensarial — Ano de 1950 — Janeiro a Outubro.
 Análises — Boletim analítico das revistas técnicas francesas.
 Istituto Superior de Sanita — Roma, Ano de 1950, n.ºs 19 a 23.
 Annuaire Statistique du Danemark — 1950.
 Anuário Climatológico de Portugal — Vol. 2.º, ano de 1948, 1.ª parte.
 Toreami «Rapport » sur l'activité annee 1948.
 Bulletin de l'Organisation Mondial e de la Santé.

Revistas assinadas no ano de 1950

Annales des Falsifications et des Fraudes.
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 Immunology.
Journal of Hygiene.
Annales de l'Institut Pasteur.
Bulletin de l'Institut Pasteur.
Comptes Rendus de la Société de Biologie.
Revue de Immunologie.
La Presse Médicale.
Bacteriological Reviews.
Endocrinology.
American Journal of Clinical Pathology.
Annals of Internal Medicine.
Jornal do Médico.
Acta Endocrinológica et Gymnaecologica.
American Journal of Physiology.
Nutrition Review.
Archives des Maladies Professionnelles de Médecine du Travail.
Journal of Experimental Medicine.
Journal of Infectious Diseases.
Science.
Journal of Clinical Endocrinology.
Physiology Biochemistry and Pharmacology — II Secção Excerpta Médica.
Medical Microbiology and Hygiene — IV Secção da Excerpta Médica.
Dermatology and Venereology — XIII Secção da Excerpta Médica.
Tuberculose — XV Secção da Excerpta Médica.
The Analyst.
Nutrition Abstracts and Reviews.
Ion.

Chimie Analytique.
Archives de Medecine Sociale.
Annales d'Hygiene Publique.
Population.
Scientia.
Revue du Rhumatisme.
Techniques Hospitalières.
The Journal of Endocrinology.
British Journal Nutrition.

1885

LUGARES SELECTOS

Deficiências do ensino médico

CLÍNICAS E HOSPITAIS

Eis o remate dos serviços práticos, em que deve primar um estabelecimento de ensino médico. Desventuradamente, todos os pecados da instrução se vão naturalmente conglomerar ali. O estudante, mal preparado de antemão, não frui todos os benefícios que devem colher-se da frequência duma enfermaria; o professor vê-se em embaraços sérios para comunicar a destreza dum clínico aos aprendizes que o rodeiam. E no entanto o destino social da instituição não obedece essencialmente a essa finalidade immediata?

O quadro clínico actual comprehende duas clínicas gerais — médica e cirúrgica — e uma clínica obstétrica; adicione-se, para sermos rigorosos, simulacro de clínica de crianças. Esta série mesquinha tem de ser completada com as clínicas especiais — de doenças de olhos, de pele e sifilíticas, nervosas e mentais. Os hospitais que nos têm de abrir as suas enfermarias são o Hospital de Santo António, o hospício dos expostos, como já o fazem actualmente, e emfim o Hospital do Conde Ferreira, para a clínica psiquiátrica.

A excepção do hospício dos expostos, que está a cargo da administração pública, os outros dois estão subordinados à mesa da irmandade da Misericórdia. A escola do Porto está pois assim, em matéria de relações hospitalares, numa situação especial e única dum extremo melindre, porque os poderes que governam os dois estabelecimentos são essencialmente diferentes; dum lado o Estado, do outro uma corporação particular. Se as duas entidades não jogam harmònicamente, se a confraria desdenha

os interesses do ensino e os julga um onus e uma invasão das suas atribuições, corre riscos sérios de perigar a instrução clínica. Por estes fados tem infelizmente decorrido a vida atribulada da nossa escola, sempre a braços com obstáculos sérios que importa remover de vez por decoro e necessidade.

A lei preceituou expressamente os compromissos a que tinha de satisfazer o hospital para com os clínicos; e um regulamento já antigo pautou com minudência a execução da lei. Dizer que tudo isso foi amiudadas vezes calcado aos pés, é sabido de todos os que têm transitado pelas clínicas como professores e como alunos.

Há perto de três anos os escândalos da mesa obrigaram a autoridade a demiti-la; um homem de grande autoridade e competência, o professor Costa Simões, foi encarregado de elaborar um regulamento e organizar devidamente o serviço hospitalar. O novo código, onde abundavam perceitos profícuos, e que mais largas franquias rasgava para a nossa escola, embora não satisfizesse a todos os desiderata, durou a manhã das rosas. Substituíram-no em breve trecho por outro que teve a mesma triste sorte. É o último da série, promulgado este ano, que vigora, e inútil será dizer que os âmbitos da acção escolar são demasiadamente escassos.

A actual administração merece, porém, felizmente, toda a confiança e é hoje possível como nunca uma boa inteligência. E nessa conformidade a escola deve ser autorizada a proceder de acordo com a mesa à confecção dum regulamento em que se resolvam todas as necessidades do ensino. Eis as principais bases em que deve assentar o novo regime: aumento do número de camas das clínicas gerais; abertura de três enfermarias especiais para doenças de olhos, de pele, e moléstias nervosas no Hospital de Santo António e para moléstias mentais no do Conde Ferreira; utilização do banco ou policlínica, para aproveitar ao ensino os exemplares que se apresentam à consulta e escolher logo os que devam povoar as enfermarias da escola, criação do internato em as nossas clínicas; livre saída dos cadáveres para os serviços anatómicos, acompanhados sempre dum diário clínico, etc. A escola deve ainda possuir um elemento de superintendência geral, quer no conselho médico de que devem fazer parte os lentes de clínica, quer no conselho de administração onde entrem representantes seus; daí uma ingerência directa nos melhoramentos higiénicos e novas instalações indispensáveis quer para as clínicas como tendas para operações, casa de banhos, etc., quer para o ensino como laboratórios, salas de autópsia, etc.; de que a administração se prestou já honrosamente a lançar os fundamentos.

A organização da nossa clínica depende absolutamente da estatuição destes pontos e sua pormenorização regulamentar.

Sobre a questão de pessoal já emitimos a opinião sobre a necessidade de chefes de clínica assistentes e internos. E não esqueça reparar ainda o feitiço actual da ocupação das clínicas que funcionam somente durante o ano lectivo; é assim como uma coisa de empéstimo, um veículo de passagem. Não, a escola uma vez que tomou posse das enfermarias fica obrigada à sua ocupação permanente. Os professores desempenharão sempre o seu serviço clínico; aumentem-lhes se quiserem a remuneração.

...

CURSO DE PARTEIRAS

Este curso menor de obstetrícia é frequentado por mulheres que não possuem em geral a menor instrução; à entrada manda a lei que se examine se sabem ler e escrever; o lente de partos tem de desempenhar assim todos os anos as funções de mestre-escola.

Com tais predicados imagina-se o que serão em geral estas comadres ao rematar do curso e em que condições estão elas para utilizar do ensino. Ao menos que os exames de instrução primária e francês lhes sejam exigidos.

CURSO DE ENFERMEIROS E CURSO DE DENTISTAS

Houve já, depois da restauração das escolas, cursos de sangradores e cirurgiões ministrantes; ainda na ditadura de 70 se restabeleceu a fossil entidade que foi, e bem, pouco depois abolida. Fora com esses meios títulos que desvirtuam a profissão e abrem o caminho da curandeirice.

Não direi o mesmo dos cursos de enfermeiros, destinados a fornecer aos hospitais bons ajudantes, e mesmo à clínica particular bons assistentes de leito. Nos Estados Unidos florescem belas instituições desta ordem; e na França, graças a Bourneville, prosperam já num grande número de hospitais. Criado o internato e a assistência de clínica não poderia iniciar-se esse curso humanitário no hospital de Santo António, cuja administração devia ter o máximo empenho em promovê-lo?

Enfim, lembremo-nos da despresada odontologia, abandonada totalmente pela lei em matéria de ensino. O Estado não ministra a menor instrução sobre este importante ramo prático, mas tem a coragem de exigir um diploma e obrigar os dentistas a um exame sem valor, que é uma verdadeira incongruência. Uma vez que legiferou para os actos de

cirurgião dentista, preste-lhe ao menos um curso especial onde ele seguramente se eduque.

Tanta protecção pela saúde pública por um lado, e tanto desmazelo pelo outro.

Quando chegarão estes dois progressos?

OS COMPÊNDIOS

A instituição do compêndio de texto, por onde o professor vai rastreando os seus comentários e marcando aos alunos o tamanho das lições, é um elemento escolar tradicional, que pode ter toda a frescura e validade em instrução secundária, mas que nos parece uma velharia rancida em instrução superior. Se o decreto regulamentar impõe ao vogal eleito do conselho de instrução pública a obrigação de apresentar a lista dos compêndios adoptados no estabelecimento de que é delegado, não é por que autentique, penso eu, semelhante norma para as escolas superiores, mas porque de facto para o ensino secundário muito importa reconhecer que a questão de compêndios tem praticamente não pequena importância.

Num curso de medicina a exibição dos compêndios repugna-me. Há vinte e tantos anos que Casado Giraldes, conversando com o nosso colega o Dr. Carlos Lopes, abria um riso satírico perante a inabalável portuezice dos livros de texto. Desenganemo-nos de vez — a exigência do compêndio, não tem razão de ser; uns cumprem a formalidade e nunca mais querem saber do compêndio, professando como devem as matérias do curso; para outros o maldito compêndio é um arrimo para iludir as funções professorais.

Demais há cadeiras para as quais se não encontra facilmente um compêndio adequado aos nossos programas. Tais são fisiologia, medicina operatória, patologia geral, anatomia patológica, patologia externa, higiene e medicina legal.

Escrever e imprimir livros de texto em Portugal é tentativa malograda. Quando envelhecerem de ciência, o que poucos anos levará, a maior parte da edição prepara-se resignada para sofrer a invasão da traça, a menos que a mercearia não se compadeça do papel para usos mais arejados. Ou então teima-se anos e anos em impor o mísero compêndio cuja leitura poderia ter sido muito proveitosa para os pais dos alunos.

A questão só tem uma solução válida e que, creio eu, está no ânimo de toda a gente. Escrevam os professores programas desenvolvidos das

suas cadeiras, imprimam-nos e distribuam-nos pelos estudantes; e quando caducarem, o que em geral poucos anos leva, redijam-se de novo.

Os compêndios fora com eles; o que a escola tem a fornecer à sua clientela é uma boa biblioteca e horas de leitura.

E nesse ponto a escola do Porto oferece aos seus alunos e professores uma bem sortida livraria de 10 a 12.000 volumes, instalada numa esplêndida sala; abundam os jornais de medicina e à noite franqueia-se sempre a livraria duas a três horas.

INSTALAÇÕES PRÁTICAS, LABORATÓRIOS E CLÍNICAS

O fecho da abóbada do edifício inteiro de instrução médica é o trabalho prático; toda a architectação pedagógica e regulamentar ali tem de convergir; e a seu turno é ele que mantém a solidez e harmonização eficaz do conjunto. A instalação e as alfaías das suas salas de trabalho são o metro por onde tem de aferir-se o nível do ensino e a validade do magistério.

O que são, perante estas ideias directrizes da pedagogia médica hodierna, as escolas portuguesas — mal acomodadas, sem rendas suficientes, sem uma apurada educação professoral — já foi largamente tracejado e colorido em triste e escurentado painel sobre o qual me pesa de voltar os olhos amargurados.

A extinção deste pauperismo indígena depende do preenchimento de indicações múltiplas e complexas, que nos serviram há pouco de tema para dissertação extensa, embora não exaurissemos o assunto. A fórmula terapêutica é longa e complexa, abrangendo, como deve, a medicação orçamental, regulamentar, e professoral. Arbitrar melhores dotações, regular os trabalhos práticos, criar-lhe um pessoal suficiente e adequado, educar mestres hábeis que especializem fortemente as suas aptidões antes e depois do acesso ao magistério, promover incessantemente a relação dos educadores e educandos com os grandes focos de ensino como institutos de aperfeiçoamento, eis o objectivo de todos os esforços de restauração.

É preciso um assentimento rasgado sobre estas bases de reforma e a resolução formal de proceder em conformidade com elas, para em seguida se projectarem os meios práticos e regulamentares da sua execução. Por menorizar desde já com toda a finura microscópica de minúcias é perder a pena e pejar papel; as discussões do conselho superior de instrução pública e os trabalhos demorados dos conselhos escolares apurarão pouco

e pouco as regras particulares a que deve sujeitar-se a realização da reforma e a sua completa mecanização.

Esbocem-se as linhas capitais do traçado, corrijam-se pela concordância de vistas críticas; só depois se formulará a planta definitiva, por que tem de governar-se a reconstrução.

Quiséramos descrever com particularidade a instalação actual da escola médico-cirúrgica do Porto; a corporação porém não teve ainda nem tempo nem meios de ordenar definitivamente a sua casa e as suas alfaias. Daremos quanto possível uma indicação sucinta mas suficiente do material e trabalhos existentes, anotando as lacunas abertas e apontando o norte que seguir-se deve para o seu preenchimento.

Há a atender nos estabelecimentos práticos a três pontos — instalação, pessoal e trabalho.

A instalação peca pela pobreza e às vezes até pela má adaptação das salas; isto quando existe, porque algumas estão no mais puro branco que imaginar se pode. Honra seja às tentativas feitas para suprir tais lacunas, infelizmente sagradas até pela lei. A nossa escola tem destes exemplos de dedicação, graças aos quais possui hoje gabinetes de histologia e fisiologia experimental. O pessoal é mesquinho; assistentes, preparadores, chefes de laboratórios, alunos escolhidos, tal é o exército que urge recrutar para as salas de exercícios práticos, obedecendo aos princípios já exarados.

Enfim, o trabalho deve reinar continuamente nesses recintos; alfaias e lugares não estão ali para mero efeito de exposição. Estes trabalhos devem ser de três espécies: de investigação, de demonstração e de aprendizagem discipular.

As investigações de alta verificação ou descoberta que são as provas capitais da superior competência do mestre e constituem a honra da ciência nacional, sejam cultivadas cada vez com mais amor e dedicação; siva-se o professor de todos os que podem auxiliá-lo, e guie os discípulos selectos nos trabalhos que tenham de servir de base às suas dissertações ou a escritos destinados a iniciar a sua reputação científica. Este elemento juvenil, ouvi eu ao célebre Ranvier, é a alma dos trabalhos de laboratório, sem ele pouco produziria o estabelecimento; sem esse transporte de iniciativa audaz e de imaginação criadora, o mestre esterilizar-se-ia.

As demonstrações, tão completas e tão bem seriadas quanto possível, são o labor de todos os dias; acompanham e seguem as suas lições, formam o substratum do seu ensino. De cursos hoje sofrivelmente regularizados em demonstrações práticas, podem contar-se apenas em a nossa escola a anatomia, a medicina operatória, a farmácia e as clínicas; a histologia,

a fisiologia e a anatomia patológica, depois. Do resto quase nada ou mesmo nada.

Enfim os trabalhos de aprendizado discipular são os de adestramento técnico de alunos a que têm indistintamente de submeter-se todos eles, como elemento imprescindível de educação médica. Apesar de apóstolo dedicado da instrução prática, eu faria uma escolha escrupulosa e restrita e não forçaria os alunos a perpassar por todos os laboratórios, como me parece ser a tendência de alguns reformadores.

O estudante deve adestrar-se tènicamente em tudo o que dum modo directo interesse ao mister profissional que se propõe desempenhar na sociedade. Inicie-se, pois, em todos os pormenores da anatomia descritiva e topográfica, familiarize-se com a medicina operatória e eduque-se como clínico; saiba praticar uma autópsia, diagnosticar as lesões macroscópicas e redigir um relatório médico-legal; enfim conheça a técnica micrológica mais indispensável para a clínica, e as análises mais rudimentares e precisas. Tal tenha de ser a sua bagagem técnica, e por felizes se podem dar se a possuirem.

Tudo o mais apreciem-no pela demonstração cuidadosa do professor; e frequência dos laboratórios seja só para aqueles que se preparam para o ensino e que se dominaram pelo amor das investigações científicas.

RICARDO JORGE

(Do Relatório apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública na sessão de 1 de Outubro de 1885)

Índice do ano V do Boletim (1950)

	FASC.	PÁG.
A ABRIR	23	3
<i>Uma lição da História da Higiene</i> — por Fernando da Silva Correia	23	5
<i>Profilaxia das febres tifóide e paratífoides</i> — pelo Dr. Bernardino de Pinho	23	20
<i>Nova tabela das doenças contagiosas de declaração obrigatória</i> (Portaria n.º 13.031)	23	53
<i>Tifo exantemático em Braga</i> — pelos Drs. Arnaldo Sampaio e Almeida Soares	23	54
<i>«Diagnóstico social»</i> — por Mary Richmond (sumário dos capítulos)	23	76
<i>Discurso inaugural da II Reunião dos Delegados de Saúde</i> — pelo Dr. Augusto da Silva Travassos	24	81
<i>Cloromicetina na febre tifóide</i> — pelos Drs. Cristiano Nina e Arnaldo Sampaio	24	102
<i>Lugares selectos</i> (algumas páginas de Ricardo Jorge)		
— 1898 — <i>Prefácio da «Demografia e Higiene da cidade do Porto»</i>	24	142
— 1885 — <i>Deficiências do ensino médico</i>	26	315
— 1899 — <i>A peste no Porto</i> (primeiro relatório)	27	353
— 1885 — <i>Deficiências do ensino médico</i>	28	70
<i>Prémios por monografias de interesse sanitário</i> — por F. S. C.	24	151
<i>A estatística ao serviço da Medicina Preventiva</i> — pelo Prof. Meliço Silvestre	25	161
<i>Relatório sobre o estado actual da Profilaxia da Raiva em Portugal</i> — pelo Dr. Augusto da Silva Travassos	25	188
<i>A infecção focal de origem oral</i> — pelo Dr. J. de Paiva Boléo ...	25	211
<i>Declaração obrigatória das doenças contagiosas</i> (circular) — pelo Dr. Augusto da Silva Travassos	25	238
<i>Novos conceitos sobre diarreia dos lactantes</i> — pelo Prof. Carlos Salazar de Sousa	26	243
<i>Um aspecto da preparação puerícola dos médicos portugueses</i> — pelo Dr. Fernandes Homem	26	261
<i>A responsabilidade dos operários na Sanidade da Nação</i> — pelo Dr. Fernando da Silva Correia	26	274
<i>Doença de Brill</i> — pelo Dr. J. Almeida Soares	26	297

	FASC.	PÁG.
<i>Doenças infecto-contagiosas de notificação obrigatória</i> (circular) — pelo Dr. Augusto da Silva Travassos	26	317
<i>O conteúdo em carotenos dos azeites portugueses</i> — pelos Drs. Gui- lherme Jorge Jantz e D. Gabriela L. Pinto	27	321
<i>Aspectos sanitários do Minho</i> — pelo Dr. Cândido Augusto da Rocha e Sá	27	328
<i>Epidemiologia em meios rurais</i> —pelo Dr. Duarte Gorjão Henriques	27	365
<i>Corrimentos uretrais</i> — pelo Dr. F. da Conceição Correia ...	27	389
<i>Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências</i> ...	27	395
— <i>As bases científicas do ensino sanitário</i> — pelo Dr. Fer- nando da Silva Correia ...	27	395
— <i>A Renascença da Assistência em Portugal e Espanha</i> — pelo Dr. Fernando da Silva Correia ...	27	396
— <i>Reacções sorológicas na Febre Escaro-nodular</i> — pelos Drs. Arnaldo Sampaio e D. Maria de Matos Faia ...	27	397
— <i>Inquérito Nacional sobre a Pelagra endémica</i> — pelos Drs. G. Jorge Jantz e Bernardino A. Vicente de Pinho ...	27	398
— <i>Bócio endémico em Portugal</i> — pelos Drs. Fáusto Cruz de Campos e Bernardino Álvaro Vicente de Pinho ...	27	399
<i>O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge em 1950</i> (Re- latório e contas) — por Fernando da Silva Correia ...	28	401
<i>Movimento geral de análises bacteriológicas</i> ...	28	452
<i>Movimento geral de análises químicas</i>	28	453
<i>Mapa comparativo das despesas processadas e pagas</i> ...	28	455
<i>Movimento geral de análises do Laboratório da Junta Sanitária</i> <i>de Águas</i> ...	28	456
<i>Livros comprados no ano de 1950</i> ...	28	460
<i>Lista das publicações oferecidas à Biblioteca no ano de 1950</i> ...	28	463
<i>Lista das publicações permutadas no ano de 1950</i> ...	28	466
<i>Revistas assinadas no ano de 1950</i> ...	28	468

Índice das gravuras

	FASC.	PÁG.
1 — Gráfico sobre a evolução das hemoculturas, aglutininas no sangue e culturas de fezes positivas na febre tifóide (Topley e Wilson)	23	22
2 — Obituário mensal por febre tifóide e paratifóides na cidade de Lisboa em 1942	23	28
3 — Gráfico da Epidemia de Febre Tifóide em Lisboa em 1912	23	32
4 — Gráfico comparativo da incidência simultânea, na cidade de Braga, do tifo clássico e do tifo murino	23	59
5 — Localização do tifo na cidade de Braga em 1944-48-49	23	67
6 — Esquema dos trabalhos laboratoriais realizados em Braga sobre tifos	23	70
7 — Gráfico da doente M. C. A. A. com febre tifóide, tratada pela cloromicetina	24	III
8 — Gráfico da doente M. F. J. C.	24	II2
9 — Gráfico da doente G. J. L.	24	II5
10 — Esquema resumindo 29 observações de tíficos tratados pela cloromicetina (Série I)	24	120
11 — Esquema de Topley e Wilson	24	119
12 — Curvas dos títulos dos anticorpos depois de dois estímulos	24	121
13 — Esquema resumindo os doentes da Série II	24	121
14 — Gráfico da doente M. L. P. A.	24	124
15 — Curvas da formação de aglutininas em oito coelhos ...	24	133
16 — Curva logística	25	172
17 — Curva de Gauss	25	178
18 — Outras curvas de frequência	25	178
18-A — Gráfico do movimento do Instituto Anti-rábico do Porto em 1950	25	207
18-B — Cartograma indicando a localização dos dispensários anti-rábicos existentes em Portugal em 6 de Junho de 1950	25	210
19 a 27 — Radiografias de lesões dentárias dando origem a focos de infecção com repercussão a distância	25	224-5
28 a 35 — Outras radiografias de lesões dentárias tornadas em focos de infecção	25	232-3

	FASC.	PÁG.
36 — Curvas de mortalidade infantil em Portugal de 1943 a 1947	26	244-5
37 — Curvas de mortalidade infantil e de perigo alimentar em Portugal e num Dispensário de Puericultura de 1932 a 1937	26	245-6
38 — Gráfico do doente R. O. F. com tifo exantemático epidémico em Braga	26	304-5
39 — Gráfico da doente M. C. M. com tifo exantemático epidémico em Braga	26	306-7
40 — Quadro comparativo da incidência simultânea, na cidade de Braga, do Tifo Histórico e do Tifo Murino (1944 a 1950)	26	310-11
41 — Curvas de absorção verificadas em 16 azeites portugueses estudados para determinar o seu conteúdo em carotenos	26	323
42 — Curvas referentes a azeites refinados	26	324
43 — Planta esquemática indicando a origem da inquinação duma fonte na povoação do Juncal (Leiria)	26	377

